

Хэзлем М.Т. Психиатрия. Вводный курс. М.: ООО «Фирма «Изд-во АСТ»»; Львов: «Инициатива», 1998. - 609 с.

Хэзлем Психиатрия 1998



ББК

X99

Художник Ю.Д. Федичкин

Научный консультант А.А. Холявко

Перевод с английского Г.А. Лубочкова

Хэзлем М.Т.

X99 Психиатрия: Вводный курс/Пер. с англ. - М.: ООО "Фирма "Издательство АСТ", Львов: "Инициатива", 1998. - 624 с. - (Классики зарубежной психологии).

ISBN 5-237-00077-0 (АСТ)

ISBN 966-7172-00-7 (Инициатива)

"Психиатрия" - это учебник, разработанный самыми знаменитыми специалистами Оксфорда, переведенный на множество языков, пользующийся огромным и заслуженным успехом во всем мире. Данная книга предназначена как для индивидуального, так и для группового обучения, и читатель, продвигаясь шаг за шагом, сможет свободно ориентироваться даже в наиболее сложных аспектах психиатрии. Легкость и доступность,

с которой написана "Психиатрия", обеспечивают эффективное усвоение материала.

© Psychiatry Made Simple

by M. Haslam

Butterworth-Heinemann, 1990 © Издательство "Серебряные нити" © Перевод, подготовка текста, оригинал-макет. Издательство "Инициатива", 1998 © Оформление. ООО "Фирма "Издательство АСТ", 1998

Посвящается Майклу, Фионе и Мелани

Содержание

| | |
|---|-----------|
| Предисловие ко второму изданию..... | 15 |
| Предисловие к первому изданию..... | 17 |
| Благодарности..... | 20 |
| Часть 1. Основные концепции в психиатрии | |
| 1 Определения..... | 23 |
| Что такое психиатрия | 23 |
| Выявление заболевания | 24 |
| Кто такой психиатр | 25 |
| О терминах «сумасшествие» и «разум»..... | 28 |
| Литература..... | 38 |
| Вопросы | 38 |
| 2 Общие понятия..... | 39 |
| Система здравоохранения..... | 39 |
| Масштабы проблемы..... | 41 |
| Состав пациентов в клинике | 42 |
| Лечебная община..... | 45 |
| Показания к амбулаторному лечению..... | 48 |
| Нормальность: что это такое..... | 49 |
| Аномалии на кривой нормального распределения..... | 50 |
| Личность: диапазон нормальности..... | 51 |
| Интеллект..... | 52 |
| Задержка умственного развития: деменция или аменция | 54 |
| Общины..... | 56 |
| С чем приходится считаться | 57 |
| Литература..... | 60 |
| Вопросы | 60 |
| 3 Направление пациента в клинику на основании Акта о психическом здоровье от 1983 года | 62 |
| Основания для направления в клинику..... | 64 |
| Акт о психическом здоровье от 1983 года..... | 65 |
| Литература..... | 81 |
| Вопросы | 81 |
| 4 История психиатрии..... | 82 |
| Первые законодательные акты..... | 82 |
| Акт о психическом здоровье от 1959 года..... | 87 |
| Акт о психическом здоровье от 1983 года..... | 87 |
| Критерии диагностики..... | 89 |
| Психозы..... | 93 |
| Лекарственная терапия..... | 96 |
| Большие транквилизаторы..... | 97 |
| Антидепрессанты | 98 |
| Психотерапия..... | 102 |
| Литература..... | 104 |

| | |
|--|------------|
| Вопросы | 104 |
| 5 Этиология..... | 105 |
| Определение категории заболевания..... | 105 |
| Этиологические факторы..... | 108 |
| Исследование шизофрении | 115 |
| Исследование аффективных заболеваний..... | 117 |
| Исследование неврозов | 119 |
| Расстройства личности: влияние окружающей среды..... | 120 |
| Литература..... | 124 |
| Вопросы | 125 |
| 6 Лечение..... | 126 |
| Общие понятия..... | 126 |
| Стационарное или амбулаторное лечение | 129 |
| Лекарственная терапия, или медикаментозное лечение..... | 131 |
| Анксиолитики..... | 133 |
| Антидепрессанты | 135 |
| Литий..... | 140 |
| Нейролептики..... | 140 |
| Физические методы лечения | 143 |
| Техники релаксации | 148 |
| Психотерапия..... | 149 |
| Поведенческая терапия..... | 151 |
| Литература..... | 155 |
| Вопросы | 156 |
| 7 Психотерапия..... | 157 |
| Типы психотерапии..... | 160 |
| Перенос | 163 |
| Индивидуальная психотерапия..... | 164 |
| Групповая психотерапия..... | 165 |
| Психодрама..... | 166 |
| Гештальт-терапия..... | 168 |
| Биоэнергетика..... | 168 |
| Трансакционный анализ..... | 169 |
| Когнитивная терапия | 170 |
| Семейная психотерапия..... | 171 |
| Поведенческая психотерапия | 172 |
| Литература..... | 174 |
| Вопросы..... | 174 |
| 8 Электросудорожная терапия..... | 176 |
| Природа электрошока | 177 |
| Терапия с помощью инсулиновой комы | 179 |
| Эффективность электрошока..... | 180 |
| Свидетельства эффективности метода | 183 |
| Исследования эффективности | 187 |
| Механизм действия..... | 189 |
| Риск..... | 191 |
| Риск при анестезии | 192 |
| Опасные последствия отказа от лечения..... | 193 |
| Литература..... | 195 |
| Вопросы | 195 |
| 9 Взаимодействие психиатрии с другими дисциплинами | |

| | |
|----------------------------------|-----|
| | 196 |
| Медицина общего профиля..... | 197 |
| Неврология | 197 |
| Психология..... | 202 |
| Социология..... | 203 |
| Биохимия | 206 |
| Фармакология..... | 206 |
| Статистика..... | 206 |
| Нейрохирургия (лейкотомия) | 207 |
| Литература..... | 211 |
| Вопросы..... | 212 |

Часть 2. Психиатрические синдромы

10 Заболевания с доминирующим расстройством мышления

| | |
|-------------------------------------|-----|
| | 221 |
| Краткая характеристика..... | 221 |
| Классификация | 221 |
| Описание..... | 223 |
| Распространенность и этиология..... | 225 |
| Биохимические нарушения | 226 |
| . Эпидемиология..... | 227 |
| Паттерны симптомов..... | 228 |
| Гебефрения | 228 |
| Галлюцинации | 230 |
| Другие симптомы..... | 231 |
| Простая шизофрения | 233 |
| Кататония..... | 234 |
| Параноидная шизофрения..... | 237 |
| Парафрения..... | 238 |
| Паранойя | 240 |
| Резидуальная шизофрения..... | 244 |
| Лечение..... | 247 |
| Реабилитация | 249 |
| Прогноз | 250 |
| Литература..... | 253 |
| Вопросы..... | 253 |

11 Заболевания с доминирующими аффективными расстройствами

| | |
|---------------------------------------|-----|
| | 254 |
| Краткая характеристика..... | 254 |
| Описание | 256 |
| Суицид..... | 257 |
| Монополярные аффективные психозы..... | 260 |
| 10 | |
| Лечение..... | 268 |
| Биполярные аффективные психозы..... | 273 |
| Послеродовые психозы..... | 276 |
| Мания и гипомания | 280 |
| Агрессия и агрессивные психозы..... | 286 |
| Литература..... | 289 |
| Вопросы..... | 290 |

12 Аффективные расстройства: невроты.....291

| | |
|------------------------------|-----|
| Краткая характеристика | 291 |
| Описание..... | 293 |

| | |
|---|------------|
| Симптомы | 298 |
| Пронизывающая тревога..... | 299 |
| Фобические состояния..... | 301 |
| Обсессивно-компульсивные неврозы | 303 |
| Невротическая депрессия..... | 305 |
| Деперсонализация..... | 307 |
| Истерия..... | 309 |
| Парасимпатическая сверхактивность | 315 |
| Дифференциальная диагностика..... | 315 |
| Лечение..... | 317 |
| Литература..... | 326 |
| Вопросы.....! | 326 |
| 13 Психосоматические расстройства..... | 327 |
| Краткая характеристика | 327 |
| Классификация..... | 327 |
| Вегетативная нервная система..... | 329 |
| Желудочно-кишечная система..... | 333 |
| Дыхательная система..... | 334 |
| Сердечно-сосудистая система | 335 |
| Кожа..... | 336 |
| Скелетно-мышечная система | 337 |
| Мочеполовая система..... | 337 |
| Нарушение метаболизма и эндокринные нарушения..... | 338 |
| Соматопсихические расстройства..... | 339 |
| Литература..... | 343 |
| Вопросы..... | 343 |
| 11 | |
| 14 Расстройства личности и поведения..... | 344 |
| Краткая характеристика | 344 |
| Классификация..... | 346 |
| Отклонения в развитии личности..... | 348 |
| Пагубные привычки..... | 351 |
| Аномалии сексуального поведения | 352 |
| Психопатия | 355 |
| Другие расстройства личности | 360 |
| Проблемы расстройства личности у подростков..... | 362 |
| Литература..... | 364 |
| Вопросы..... | 364 |
| 15 Алкоголизм и наркомания | 365 |
| Краткая характеристика | 365 |
| Алкоголизм | 366 |
| Delirium Tremens..... | 369 |
| Энцефалопатия Вернике | 370 |
| Психоз Корсакова | 370 |
| Лечение алкоголизма | 371 |
| Наркомания..... | 379 |
| Лечение наркомании..... | 384 |
| Литература..... | 386 |
| Вопросы..... | 386 |
| 16 Старческое слабоумие..... | 387 |
| Краткая характеристика | 387 |

| | |
|---|------------|
| Описание..... | 388 |
| Пациенты, состарившиеся в условиях психиатрических клиник..... | 395 |
| Престарелые люди с функциональными психическими заболеваниями..... | 397 |
| Престарелые пациенты с деменцией | 398 |
| Заключение..... | 400 |
| Литература..... | 402 |
| Вопросы..... | 403 |
| 17 Расстройства интеллекта..... | 404 |
| Краткая характеристика | 404 |
| Описание..... | 405 |
| Паттерны заболеваний..... | 405 |
| 12 | |
| 13 | |
| Симптомы | 406 |
| Органические психозы..... | 409 |
| Делирий | 410 |
| Деменция..... | 411 |
| Сенильная деменция..... | 415 |
| Атеросклеротическая деменция | 417 |
| Пресенильная деменция..... | 418 |
| Прогрессивный паралич..... | 420 |
| Эпилепсия..... | 422 |
| Припадки, связанные с отменой лекарств..... | 426 |
| Опухоли..... | 427 |
| Черепно-мозговые травмы..... | 428 |
| Органические психозы..... | 429 |
| Энцефалиты | 431 |
| Заболевания щитовидной железы..... | 431 |
| Гипогликемия | 432 |
| Миалгическая энцефаломиелопатия..... | 432 |
| Злокачественная анемия | 433 |
| Инттоксикация бромидами | 433 |
| Отравление свинцом и ртутью..... | 434 |
| Исследования и лечение..... | 435 |
| Литература..... | 437 |
| Вопросы..... | 437 |
| 18 Психосексуальные расстройства: дисгармония во взаимоотношениях партнеров..... | 438 |
| Краткая характеристика | 438 |
| Описание..... | 439 |
| Мужские и женские проблемы..... | 441 |
| Механизм возбуждения | 442 |
| Недостаточность эрекции или возбуждения..... | 445 |
| Дисфункция, связанная с оргазмом..... | 448 |
| Расстройства эякуляции..... | 450 |
| Вагинизм..... | 451 |
| Устранение дисгармонии во взаимоотношениях партнеров..... | 453 |
| Лечебные программы..... | 454 |
| Лечение с помощью медицинских препаратов..... | 457 |

| | |
|---|------------|
| Сексуальные приспособления..... | 459 |
| Литература..... | 463 |
| Вопросы..... | 463 |
| 9 Психосексуальные расстройства: аномалии | |
| ':] сексуального поведения..... | 464 |
| Краткая характеристика | 464 |
| Описание..... | 465 |
| Гомосексуализм | 467 |
| Педофилия..... | 471 |
| Фетишизм | 472 |
| I Трансвестизм..... | 472 |
| Транссексуализм..... | 475 |
| Экспозиционизм и вуайеризм..... | 477 |
| Садомазохизм..... | 478 |
| Лечение..... | 479 |
| Аверсивная терапия..... | 481 |
| Операции по изменению пола | 482 |
| Литература..... | 484 |
| Вопросы..... | 484 |
| 20 Детская психиатрия | 485 |
| Краткая характеристика | 485 |
| Описание..... | 486 |
| Депривация и разрыв взаимоотношений..... | 488 |
| Расстройства поведения | 491 |
| Детские неврозы..... | 494 |
| Психическая анорексия..... | 495 |
| Школьная фобия..... | 498 |
| Тики и синдром Гилля де ла Туре..... | 500 |
| Аутизм..... | 500 |
| Гиперкинез..... | 503 |
| Дизлексия..... | 503 |
| Психозы у детей..... | 505 |
| Юношеские проблемы..... | 508 |
| Литература..... | 512 |
| Вопросы..... | 512 |
| 21 Умственная неполноценность (дефективность)..... | 513 |
| Краткая характеристика..... | 513 |
| Описание | 514 |
| Требования к подготовке специалистов..... | 517 |
| Правовые аспекты задержки умственного развития | 518 |
| 14 | |
| Этиология | 522 |
| Диагностика..... | 527 |
| Лечение | 528 |
| Индивидуальные синдромы | 531 |
| Генетические дефекты | 531 |
| Причины, связанные с полом..... | 535 |
| Аномалии внутриутробного развития плода..... | 536 |
| Причины, обусловленные внешней средой | 539 |
| Литература..... | 541 |
| Вопросы | 541 |

| | |
|---|------------|
| 22 Судебная психиатрия | 542 |
| Краткая характеристика..... | 542 |
| Описание | 543 |
| Юридическая ответственность..... | 547 |
| Убийство и непреднамеренное убийство..... | 549 |
| Суицид..... | 550 |
| Прерывание беременности, убийство жизнеспособного, но не отделившегося от тела матери ребенка и детоубийство..... | 551 |
| Преступники с психическими расстройствами..... | 555 |
| Законодательство о наркотиках..... | 558 |
| Сексуальные преступления..... | 559 |
| Синдром «побитого ребенка» | 560 |
| Синдром «побитой жены» | 560 |
| Насилие над детьми..... | 560 |
| Магазинное воровство..... | 563 |
| Эпилепсия..... | 563 |
| Литература..... | 564 |
| Вопросы | 565 |
| 23 Перспективы на будущее | 566 |
| Многодисциплинарная команда..... | 575 |
| Психозы | 578 |
| Психоневрозы | 580 |
| Психиатрические проблемы старения (психогериатрия)..... | 583 |
| Расстройства личности | 584 |
| Новый диапазон проблем («совместная психиатрия») ... | 585 |
| Литература..... | 587 |
| Глоссарий | 588 |
| Указатель..... | 599 |

Предисловие ко второму изданию

Прошло восемь лет со дня первой публикации этой книги и около десяти — со времени, когда она была задумана. Все это время психиатрия продолжала двигаться вперед. Множество изменений произошло в области управления отраслью, хотя успехи в лечении, наверное, были не столь значительны.

Тем не менее, в 1984 году вышел в свет новый *Акт о психическом здоровье*, оказавший существенное влияние на некоторые аспекты медицинской помощи. Перемены в структуре управления больницами и попытки определенных кругов общественности добиться закрытия психиатрических клиник и передачи попечения о пациентах общественным структурам способствовали значительному изменению во взглядах на психиатрию среди вспомогательного персонала службы, особенно на принцип социальной психиатрической помощи.

Во втором издании эти изменения были учтены при изложении определенных аспектов управления делами пациентов, в частности тех, кто вследствие психотического заболевания страдает той или иной степенью длительной несостоятельности. Полностью переработана глава об *Акте о психическом здоровье*, по-новому, с учетом происшедших за последнее десятилетие изменений освещены аспекты, связанные с лечением (в частности, те, что касаются лекарственных препаратов и их использования).

Солидная часть книги посвящена тем областям психиатрии, которые за последние годы особенно нуждались в обновлении. Так, мы продолжали уделять внимание темам, связанным с насилием над детьми и сексуальным насилием, психиатрическим проблемам, порожденным злоупотреблением транквилизаторами и другими психотропными средствами.

16

Однако был сохранен объем книги, поэтому, вероятно, читатель почувствует, что основной акцент остался на описании ортодоксальной, стандартной практики государственной системы здравоохранения в области рассматриваемой специализации, призванной служить обычному

рядовому человеку, нуждающемуся в психиатрической помощи. «Raison d'être» автора продолжает оставаться медицинская модель, которая сейчас уверенно восстанавливает свой престиж после некоторого периода упадка.

М. Т. Хэзлем

Предисловие к первому изданию

На протяжении многих лет психиатрия страдала от двух взаимоисключающих представлений, каждое из которых одинаково вредно. С одной стороны, это идея о том, что психиатры должны работать в клиниках для душевнобольных, изолированных от общества плотно закрытыми дверями, пациенты которых обречены на пожизненное заточение, поскольку все они, как сказал бы обыватель, сумасшедшие со справками. Такая точка зрения все еще существует, несмотря на современные достижения в лечении и введение в Британии в 1959 году *Акта о психическом здоровье*, в котором заложены принципы, в корне отличающиеся от прежних представлений. Но с предрассудками так трудно расставаться!

Другой крайностью являются попытки представить психиатра в виде бородатого психоаналитика с его неизменной кушеткой, мишенью для юмористов всего мира. Этот образ, который постоянно подпитывают наиболее эксцентричные приверженцы Фрейда, так же вреден, как и первый, поскольку предполагает, что «психиатр» — это просто синоним «психоаналитика», и что все лечение в психиатрии в той или иной степени ограничивается «разговорным» лечением. Таким образом психиатрия вообще выносится за пределы медицины.

Широко распространены также и другие, не менее странные взгляды всевозможных доморощенных психологов и психиатров, укрепляющих у людей уверенность, что психиатры и в самом деле похожи на тот портрет, который нарисовали юмористы. Школы психоанализа, без сомнения, на протяжении многих лет сохраняют значительное влияние в США, однако критическое замечание о том, что психоаналитики лечат лишь тех, кто, по сути, не болен, в значительной мере оправданно!

18

Как же изменить эти в корне неверные представления? Автор полагает, что в адресованной неспециалистам литературе имеется определенный пробел. В этой книге сделана попытка заполнить его путем доступного изложения современных концепций и идей с описанием методов лечения, почти не известных рядовому человеку. Для врача, специализирующегося в психиатрии, выпускается солидная научная литература, однако многие книги отличаются неупорядоченностью терминологии и отражают не совсем ортодоксальные взгляды. Читателю, не имеющему специального образования, довольно сложно определить, какие же из этих книг стоит читать.

Более того, недавнее исследование, проведенное профессиональной ассоциацией психиатров, выявило чудовищное невежество не только среди широкой публики, но и в среде коллег из других областей медицины в том, что касается роли психиатра и состояния современных психиатрических клиник. Это невежество усугубилось публикацией не совсем удачных сообщений об отдельных неприятных инцидентах в некоторых психиатрических клиниках старого образца. Безусловно, очень важно, чтобы эпизоды такого рода не оставались незамеченными, однако это не принесло пользы общественности, а на новое поколение медиков произвело впечатление, скорее обратное ожидаемому, отпугнув тех, кто был заинтересован в более просвещенном подходе на основе дальнейшего исследования проблемы, и привлекая тех, у кого не совсем чистые мотивы для чрезмерного интереса к данной теме.

В этой книге сделана попытка просветить людей, представив материал в форме, приемлемой для простых смертных, интересующихся данной проблемой, а также дать необходимые знания студентам, желающим получить некоторое, не слишком сложное начальное представление, прежде чем они начнут изучение более глубоких работ по данной теме. Мы хотели представить широкую картину современных взглядов и знаний, не злоупотребляя при этом излишне техническим подходом.

Книга состоит из двух частей. В первой части в общепотребительных терминах описываются проблемы классификации и обсуждаются понятия, связанные с этиологией заболеваний и их лечением, а также симптомы и признаки психических заболеваний и методы исследования.

19

Вторая часть посвящена проблеме индивидуальных психических заболеваний и синдромов. По мнению автора, ортодоксальные принципы классификации, возвращающие нас к идеям столетней давности, недостаточно логичны и надежны, поэтому до тех пор, пока не будут тщательно

изучены причины этих заболеваний, есть смысл попытаться сгруппировать психические расстройства на основе симптоматики. Автор надеется, что читатель признает эту книгу в качестве прочной основы для более глубокого изучения предмета.

Для удобства читателя в конце книги приведен глоссарий. В конце каждой главы дан краткий список литературы для дальнейшего изучения темы и вопросы, которые читатель может использовать для проверки правильности своего понимания предмета.

М. Т. Хэзлем

Благодарности

Я благодарен моим коллегам за ценные советы при работе над рукописью; Морин Хадсон, напечатавшей первый вариант книги, и Сибил Воуз, печатавшей окончательный текст.

Часть 1.

Основные концепции в психиатрии

1 Определения

Что такое психиатрия

Психиатрия — это область медицины, изучающая расстройства, влияющие на мышление и эмоции, а, следовательно, и на поведение. Болезней, способных вызывать расстройство этих функций, огромное множество. Причины одних известны, другие же недостаточно изучены. В связи с этим приведем такое рассуждение. Можно написать объемистый научный трактат на такую тему, как, скажем, заболевания, влияющие на функционирование большого пальца. Прежде всего вспоминаются названия *подагра* и *гангрена*. Для первой основными симптомами являются боль в суставах и их опухание. Однако дальнейшие исследования покажут, что имеются изменения, связанные с другими аспектами функционирования тела, особенно биохимические, поэтому лечение, помимо исходного снятия боли, должно быть направлено на лежащие в основе заболевания нарушения. Гангрена тоже может влиять на функционирование большого пальца, однако основным здесь, как правило, является нарушение циркуляции крови. Как видим, даже о заболеваниях большого пальца можно написать довольно много. Если мы обратимся к более сложной системе организма — можно выбрать любую из них, например, щитовидную железу, — то можно написать не только статью, но целую книгу по данному вопросу. Сначала следовало бы рассмотреть заболевания, вызывающие избыток гормона щитовидной железы, затем те, что снижают его количество, и, наконец, те, вследствие которых железа вырабатывает совсем не тот гормон, который необходим организму. И так можно рассматривать любую из желез эндокринной системы, какую вы потрудитесь выбрать. В

24

Психиатрия

каждой области функционирования организма могут возникнуть нарушения, подобные тем, которые мы описали, или другие.

По непонятной причине у многих людей сложилась привычка менять представление о болезни, как только они переводят свой взгляд выше шеи. Считается, что заболевания, поражающие мозг, имеют какое-то мистическое происхождение. В наше время, даже если бы мы ничего не знали о функциях этого сложного органа, такое мнение, без сомнения, оттолкнуло бы любого думающего человека как нонсенс.

Из всех производящих гормоны систем человеческого тела мозг является наиболее сложной. Он состоит из множества разнообразных нервных узлов и сплетений и имеет замысловатую систему взаимодействий на основе гормонов и ферментов. Трудно предположить, чтобы в такой системе не возникали нарушения, вызывающие время от времени избыток или недостаток гормонов или ферментов либо приводящие к выработке совсем не тех веществ, что требуются. А раз так, то встает вопрос, какие симптомы могут вызвать подобные отклонения от нормы. В чем состоит функция мозга? В основном, он управляет мышлением, эмоциями и поведением. Поэтому весьма вероятно, что любое отклонение от нормы в системах мозга будет проявлять себя в виде расстройства, влияющего на мышление, эмоции или поведение пациента. Поэтому можно утверждать, что у пациента, страдающего расстройством мышления, эмоций или поведения, имеются нарушения функционирования мозга, обусловленные аномалиями производства или использования тех или иных гормонов и ферментов.

Выявление заболевания

Выявить отклонения от нормы не так просто. Одним из способов, как и прежде, является косвенное обследование путем анализа крови и тканей. Однако сделать биопсию участков мозга, как это делается,

например, с поджелудочной железой при диабете, не очень легко. Если пациент приходит к врачу с какими-то необычными жалобами — скажем, на потерю веса, чрезмерную жажду или частые позывы к мочеиспусканию, — врач, как правило, исследует его мочу на сахар. Если выясня-

Определения

25

ется, что таковой обнаружен, можно с уверенностью говорить о диабете и подтвердить диагноз анализом крови. Во времена, когда еще не умели делать анализы крови и мочи, постановка диагноза при таких несколько странных симптомах была более сложным делом, оставлявшим место для разногласий между врачами.

Как только люди научились делать анализы, упростилось подтверждение многих диагнозов. Однако в психиатрии мы все еще находимся на том уровне, когда лишь немногие заболевания удается выявлять таким простым способом. Более того, прежде чем проводить анализы, психические заболевания должны быть классифицированы в полном соответствии с клиническими концепциями, на основе согласования симптомов между собой и анализа получившейся в результате картины заболевания.

Мы, быть может, находимся на том этапе развития медицины, когда пациенту, жалующемуся на усиливающийся кашель, врач мог сказать только, что у него «кашель». Мы знаем, что бывают разные виды кашля, однако, если бы не были изобретены рентгеновское обследование грудной клетки, способ выращивания культур бактерий из мокроты и стетоскоп, трудно было бы определить, какой кашель вызван пневмонией, а какой — астмой или туберкулезом. А ведь врач должен решить, какое лекарство назначить больному: пенициллин, стрептомицин или смягчающую кашель микстуру Ги!

Хотя определение многих симптомокомплексов будет опираться на результаты дальнейших обследований, которые будут связаны с проведением анализов и выявят лежащие в их основе аномалии, это не должно удерживать нас от попытки объяснить все, не дожидаясь подсказки. В самом деле, современные методы лечения показали, что такой подход полезен и эффективен. К тому же, появились такие методы лечения, при которых психиатрический диагноз очень важен, поскольку позволяет намного облегчить лечение последующих синдромов.

Кто такой психиатр

Мы обсудили понятия, связанные с определением того, что такое психиатрия. Теперь определим, кто такой **психиатр**. Ис-

26

Психиатрия

следование, недавно проведенное членами Общества клинических психиатров Соединенного Королевства, выявило значительное невежество публики в отношении этого и связанных с ним определений. Многие не могут установить различие между психиатрией, психологией и психоанализом, а на просьбы дать более точные определения дают весьма невразумительные ответы. Это, конечно, не так уж удивительно, однако для тех, кто профессионально интересуется предметом, понимание таких различий очень важно.

Психиатр — это врач, специализирующийся на заболеваниях, воздействующих на мышление, эмоции и поведение человека. Подобно медикам других специализаций, он учился в медицинском учебном заведении и получил обычную медицинскую квалификацию — бакалавра терапии, бакалавра хирургии или какую-то другую. Затем ему предстоит год обязательной работы с вызовами на дом, после чего врач должен решить, выберет ли он работу в специализированной клинике или займется общей медицинской практикой. Если он решает специализироваться по хирургии, то будет стажироваться под руководством консультанта-хирурга. Решив специализироваться в психиатрии, он должен после примерно года практики в медицине общего профиля стать стажером при консультанте по психиатрии. Стажируясь в психиатрии, он будет работать над дипломом психиатра или постарается стать членом Королевской коллегии психиатров, что займет еще четыре-пять лет. Получив эту подготовку и опыт практической работы, он далее пройдет через обычные должности больничного врача, стараясь получить пост консультанта и одновременно становясь специалистом в какой-либо области больничного лечения. Теперь он уже квалифицированный врач, владеющий дополнительной специальностью, и может занимать пост, соответственно, консультанта-терапевта, консультанта-хирурга или консультанта-гинеколога.

В отличие от психиатра, **психолог** не является специалистом в области медицины. Он проходит курс психологии на получение ученой степени в университете или политехническом институте, то есть изучает нормальные процессы мышления и поведение человека точно так, как лингвист глубоко изучает язык, а физиолог занимается нормальным человеческим организмом. После этого он может выбрать работу в какой-то области научных исследований или образования — например, в системе

Определения

27

образования в качестве психолога по обучению — или пойти работать в клинику в качестве

консультанта-психолога. В последнем случае он может получить более высокую ученую степень магистра естественных наук, для чего потребуется два или три года практической работы в условиях клиники, где ему придется заниматься проверкой механизмов мышления пациентов с помощью психологических тестов с целью выявления расстройств интеллекта или личности. Он может работать с методиками поведенческой терапии (behavior therapy), которые основываются на психологической теории, — в этом случае он будет подчиняться психиатру. Точно так же, например, биохимик с ученой степенью по биохимии работает в больничном отделении патологии, являясь специалистом по выявлению химических изменений в организме при расстройствах органического происхождения. Многие клиники имеют клиницистов-психологов в штате психиатрического отделения.

А психоанализ — это совсем иное дело. **Психоаналитик** получает свою специальность в Институте психоанализа. Он обязан закончить курс психоанализа, занимающий около двух лет. Психоаналитик не связан напрямую с профессией медика, и хотя никто не запретит квалифицированному медику пройти курс психоанализа в Институте, многие психоаналитики не имеют медицинского образования, то есть не имеют квалификации психиатра. В лечении психиатрических расстройств психоаналитики придают большое значение методам, которые впервые разработал Фрейд, невролог, интересовавшийся проблемами психиатрии и практиковавший в Европе в конце девятнадцатого столетия. Методы Фрейда, конечно, со временем были усовершенствованы современными психоаналитиками, однако сама техника по-прежнему основана на работе с пациентом в течение примерно двух лет — на исследовании истории его жизни, в процессе которого вскрываются подсознательные мотивации и продолжается работа над проблемами, с которыми пациент встречался, начиная с ранних этапов развития его взаимоотношений с людьми. В ходе этого процесса между пациентом и психоаналитиком устанавливается **перенос**, который, собственно, и анализируется. Этот метод лечения находит своих приверженцев среди медиков, и все же в системе здравоохранения он не может стать общедоступным и рассматривается большинством психиатров как метод, малоприспособленный для лече-

28

Психиатрия

ния всего населения, поскольку он достаточно дорог и отнимает много времени. Более того, при критическом сопоставлении результатов психоанализа и других методов лечения аналогичных расстройств достижения психоанализа не выглядят столь уж впечатляющими, хотя психоаналитик может возразить, что речь идет не просто о заболевании, которое нужно лечить, а о надежде усовершенствовать личность пациента и стиль его жизни в целом.

В Соединенных Штатах ситуация несколько иная, поскольку там психоаналитики практикуют более широко, и многие психиатры имеют психоаналитическую подготовку. Но даже если это так, все же этот метод, наверное, больше подходит для достаточно интеллигентных пациентов с относительно благополучным на момент начала лечения состоянием личности, которые страдают только от психоневрологического расстройства.

О терминах «сумасшествие» и «разум»

А теперь обратимся к тем двум словам, которые чаще всего используются в психиатрии, и попытаемся определить их значение, чтобы последующее их использование не приводило к неясностям.

При пересечении медицины и права возникают некоторые проблемы, поскольку закон предпочитает краткие и точные определения в таких вопросах, как, например, ответственность пациента за свои действия или в семейных делах, где могут встречаться такие фразы, как «будучи в состоянии помраченного рассудка». По-видимому, в подобной ситуации и появилось хорошо известное непрофессионалам слово «сумасшедший», которое неизменно вызывает тревогу у пациентов, страдающих психоневрозами. Пациент обычно спрашивает: «Доктор, я схожу с ума?». В такой ситуации врач пытается выяснить, что именно пациент подразумевает под сумасшествием. Иногда тревога пациента порождена боязнью потерять самоконтроль или память. Но чаще всего это страх перед искажением сознания, вызванным идеями, чуждыми нормальному состоянию сознания, идеями, настолько подчинившими его сознание, что паци-

Определения

29

ент действительно теряет власть и контроль над собой. Все это обычно выливается в страх получить диагноз шизофрении (в последующих главах мы еще многое скажем об этом заболевании). Этот страх по своей сути похож на канцерофобию. Пациент не знает, как протекает заболевание, и каков наиболее вероятный его исход, и поэтому боится стать постоянным заключенным в палате какой-нибудь психиатрической лечебницы. Обычно таких пациентов удается успокоить.

Важно осознавать, что на самом деле нет никакой пропасти между телом и разумом. Заболевания, о которых пойдет речь, оказывают влияние на организм — на мозг и центральную нервную систему,

которые представляют собой скопление нервных клеток, объединенных в сложную сеть желез и волокон с поразительной и восхищающей упорядоченностью. На клеточном уровне эта система функционирует посредством импульсов, идущих через тончайшие пути и проникающих из одной клетки в другую с помощью химических посредников. Если этот механизм разлагивается, то, как правило, происходит нарушение в функционировании мозга.

Концепция разума, наполовину религиозная, наполовину философская, гораздо более туманна. Когда речь идет о помрачении рассудка, то на самом деле имеют в виду заболевания, вызывающие нарушение работы мозга или центральной нервной системы. Разум, если отвлечься от чисто религиозного понятия души, является продуктом деятельности мозга. Это инструмент, с помощью которого мозг работает на уровне сознания и подсознания, охватывая личность в целом: характер, интеллект и эмоции, мышление и поведение индивидуума. Поскольку мозг функционирует посредством химических веществ и электрических импульсов, то, стараясь понять способы его проявления, мы должны определить, что служит посредником в его действиях.

Нет сомнения, что на функционирование мозга могут влиять внешние факторы. Ясно также, что на него могут воздействовать и внутренние функции, а точнее, дисфункции. В любом случае причина, по крайней мере теоретически, может быть внешней, внутренней или комбинацией того и другого. Очевидно, что часть организма человека, расположенная выше шеи, более сложна, однако не отличается коренным образом от той, что находится ниже шеи, поэтому психические процессы не

30

Психиатрия

Определения

31

должны рассматриваться как нечто мистическое — полезнее логически анализировать все аспекты проблемы.

Классификация

Чтобы дать определение любому явлению, необходимо сначала получить о нем общее представление, а затем пытаться осмыслить частности. В том, чтобы назвать человека «разумным», не более смысла, чем в том, чтобы назвать его «физическим».

Если, рассматривая такой симптом, как кашель, мы не сумеем отличить один вид кашля от другого, то не сможем объяснить такие важные заболевания, как туберкулез, астма или воспаление легких, а также не сможем разработать и какой-либо действенный способ их лечения. То же происходит и в психиатрии. Если мы не сможем выявить часто встречающиеся сочетания симптомов и каким-то способом идентифицировать их, чтобы получить возможность исследовать эти сочетания и таким образом разработать методы борьбы с ними, то не придем ни к чему. Это, без сомнения, указывает на абсурдность аргументов антипсихиатрического лобби.

Итак, нам следует разработать классификацию систем, которая может оказаться несовершенной, но позволит нам провести некоторое логическое упорядочение, то есть придать смысл целому через определение значения его исходных составных частей. Психиатрия — это часть системы оказания медицинской помощи. Системой классификации, которая прошла проверку временем и позволяет разработать необходимые концепции, является система, основанная на оригинальных идеях Креспелла, работавшего в конце девятнадцатого столетия. В несколько усовершенствованном виде она по-прежнему остается классическим примером дедуктивного мышления и послужит основой для нашего подразделения психических расстройств на заболевания, связанные с расстройством мышления, эмоций и памяти.

На рис. 1 показана простая и широко используемая в настоящее время классификация систем организма. Психиатри-

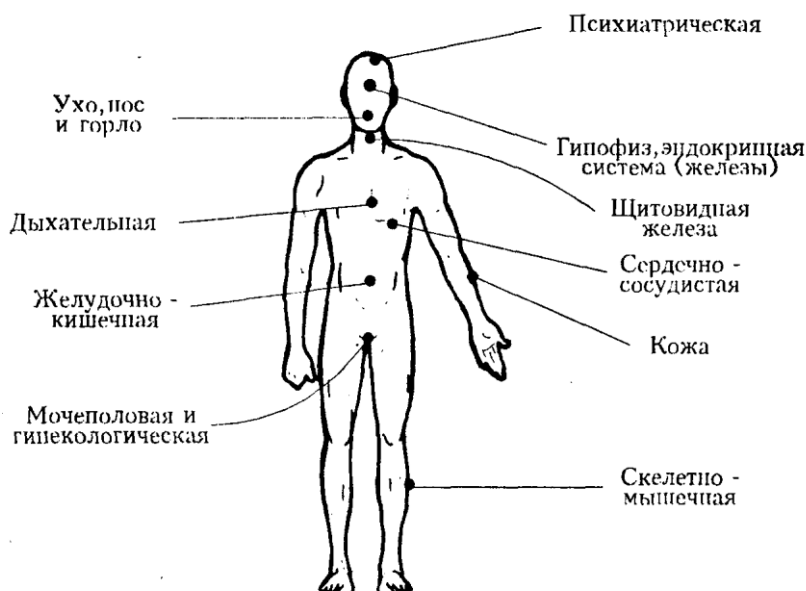


Рис. 1. Системы организма

ческие заболевания образуют одну из подгрупп болезней человека; другими подгруппами могут быть, например, заболевания кожи или желудочно-кишечного тракта.

Группу психических расстройств мы можем подразделить на достаточно обширные категории: психозы, неврозы, расстройства личности и так называемые органические заболевания, включающие состояния, связанные с деменцией. Еще одну обширную группу составляют состояния, определяемые задержкой психического развития или неполноценностью умственного развития.

Психозы можно разделить на два типа. К первому относится шизофрения, а второй составляют аффективные психозы, при которых основным нарушением является расстройство настроения.

Неврозы, или, если использовать их полное название, психоневрозы, охватывают состояния тревоги, навязчивое компульсивное поведение и истерию. Эти группы можно подразделять и дальше. К аномалиям личности следует отнести психопатию,

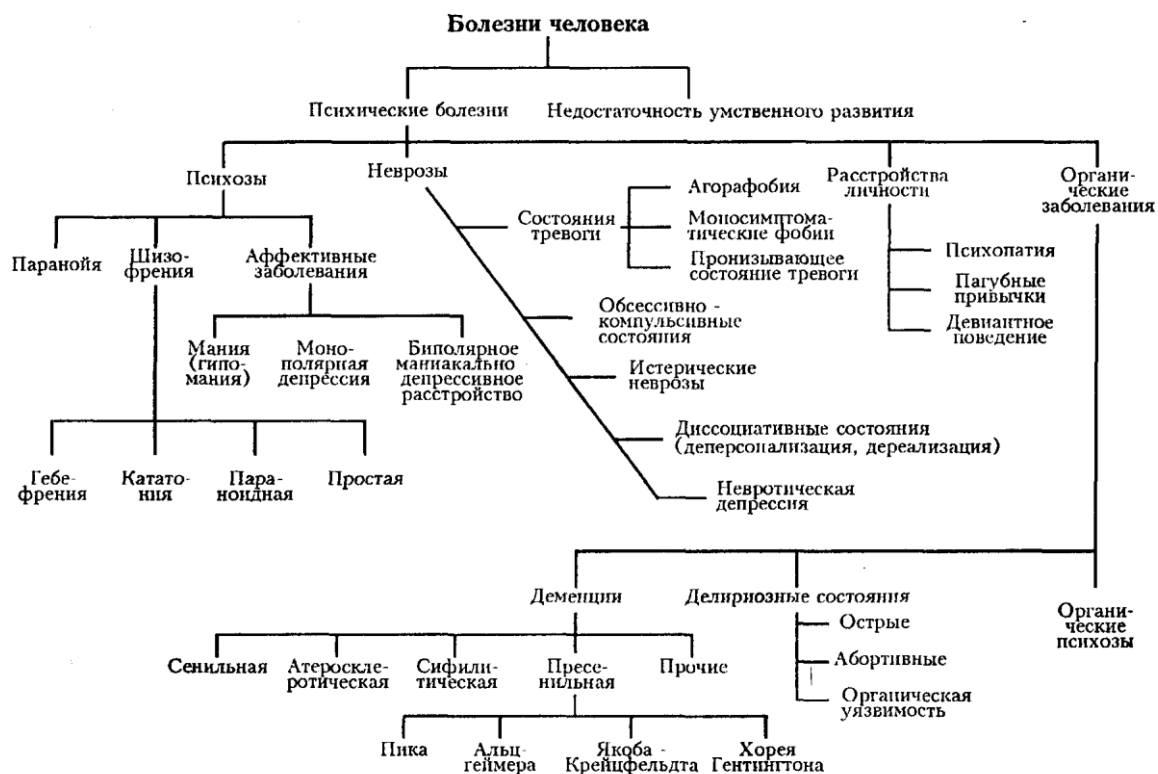


Рис. 2. Классификация психических расстройств

тоже может встретиться психиатр.

Органические заболевания будут включать всевозможные случаи деменции, бредовые реакции и целый ряд недугов более общего характера, которые способны воздействовать, прямо или косвенно, на функционирование мозга и приводить к состояниям, имитирующим психозы или деменцию. Наконец, к группе неполноценности умственного развития относится весь спектр наследственных заболеваний, а также получаемых в результате травмы или приобретаемых до, во время рождения или вскоре после него и приводящих к недоразвитости мозга и, следовательно, интеллекта.

Эта классификация построена на основе синдромов. Можно группировать заболевания в соответствии с их основным симптомом. В психиатрии это можно сделать, выделяя болезни, поражающие главным образом мышление, заболевания, в основном вызывающие расстройство эмоций, и те, при которых главным нарушением является расстройство интеллекта. Наверное, в эту классификацию можно было бы включить заболевания, основным симптомом которых является расстройство поведения, и еще некоторые иные категории. При этом мы следовали бы основной предпосылке, утверждающей, что психиатрия имеет дело с заболеваниями, вызывающими расстройство мышления, эмоций, интеллекта и, как следствие, расстройство поведения.

Все еще нельзя построить классификацию на основе этиологии, то есть основываясь на причинах, вызывающих заболевания, поэтому далее при обсуждении многих заболеваний мы не будем уточнять эти причины. Однако в отношении некоторых систем организма разумно использовать этиологический подход, включая в рассмотрение такие факторы, как инфекция, травма, эндокринный или гормональный дисбаланс, а также состояния вырождения.

Международные системы классификации и та, что принята Генеральным Реестром Британии для нужд статистики, следуют преимущественно первому из этих трех возможных способов классификации заболеваний. В этой книге мы попытались следовать второму способу, поскольку он удобен для группирования таких заболеваний, при которых доминирующим симптомом является расстройство мышления или настроения. Однако в

2 Зак. № 453 Хэзлем

34

Психиатрия

книгу включены главы, посвященные особым проблемам, которые трудно объединить общим заголовком.

И наконец, в этой вводной главе следует определить некоторые ключевые термины, которые мы использовали и будем применять в дальнейшем. Остальные можно найти в глоссарии, помещенном в конце книги.

Определения

В психиатрии все заболевания прежде всего делятся на **психозы и неврозы**. Хотя эти термины несколько неопределенны, их удобно использовать до начала лечения. Термин психоз означает тяжелое психическое заболевание, при котором теряется адекватная самооценка. При этом пациент перестает осознавать расстройства своего мышления или эмоций, которые очевидны для стороннего наблюдателя, и интерпретирует свое поведение как адекватную реакцию на окружающую действительность. Так, пациенты, страдающие психотической депрессией, уверены, что на них лежат все грехи мира, или убеждены, что их организм разрушает какая-то прогрессирующая болезнь, или считают, что они абсолютно несостоятельны и являются обузой для общества, в то время как все это не соответствует действительности. Шизофренику может казаться, что его преследуют или что ему принадлежит в обществе какая-то особая роль, даже если существуют доказательства того, что это не так. Шизофрения и аффективные психозы — это два примера психотических заболеваний.

При неврозах (или психоневрозах) адекватная самооценка сохраняется даже при тяжелых формах этих заболеваний. Примерами неврозов могут служить состояния тревоги, навязчивые состояния и фобии. В то время, когда классификация только разрабатывалась, эти расстройства считались менее тяжелыми, чем психозы.

Термин **аффект** уже использовался нами в значении аффективных расстройств, или аффективных психозов. Понятие *аффект* означает устойчивое нарушение эмоционального состояния или настроения, и мы его будем использовать для обозначения патологического расстройства настроения или эмоций. Оно, например, обнаруживается при аномальных состояниях депрессии, а также при мании или гипомании — ненормальном

Определения

35

состоянии чрезмерной радости. Кроме того, термин аффект применяют для определения изменения настроения, связанного с тревогой или гневом.

В дальнейшем мы будем постоянно использовать три термина: **бред, иллюзия и галлюцинация**. Это симптомы, которые часто встречаются при психотических и иных психических заболеваниях.

Бред — это ложное, страстно отстаиваемое убеждение, противоречащее воспитанию и культурным предпосылкам индивидуума и не поддающееся воздействию разумных аргументов. Его следует отличать от других типов ложных убеждений. Так, вера в то, что молния является проявлением гнева богов или что для защиты урожая от гибели нужно приносить в жертву поросенка, вполне естественна для жителя примитивной африканской деревни, но если эти идеи упорно отстаивает интеллигентный бизнесмен среднего возраста, принадлежащий к современному западному обществу, то такое состояние будет рассматриваться как бред.

Равным образом, вера в то, что проход под лестницей или разбитое зеркало приносит несчастье, не может рассматриваться как бред, если это не более чем суеверие. Официально не признанные религиозные или политические убеждения могут рассматриваться неверующими как эксцентричные и нелогичные, однако если их разделяют члены какой-либо группы, к которой принадлежит данный человек, то такие убеждения нельзя считать проявлением психического заболевания.

Впрочем, в некоторых странах с репрессивными политическими системами такие убеждения рассматривались именно как свидетельство психической болезни, и это использовалось как средство сохранения единомыслия в обществе. Иногда различие здесь весьма тонко, и определение психического заболевания должно основываться не просто на наличии ложных убеждений, но на более широком наборе симптомов, которые в совокупности отчетливо свидетельствуют в пользу расстройства мышления или настроения.

Галлюцинация — это ложное восприятие при отсутствии внешних раздражителей. Так, если человек слышит голос, исходящий изнутри или откуда-то снаружи, который никто из окружающих не слышит, то говорят, что он галлюцинирует.

Разумеется, такое восприятие возникает в самой нервной системе субъекта, однако оно воспринимается пациентом не как 2*

36

Психиатрия

его собственные мысли и воспоминания, а как нечто, приходящее извне. Мозг ошибочно размещает эти мысли в сознании так, будто они идут через слуховой нерв от уха. Поэтому они воспринимаются в виде звуков.

Галлюцинации могут затрагивать любую область чувственного восприятия. Например, могут возникать визуальные галлюцинации, когда пациент видит то, чего на самом деле нет. И здесь процесс мышления воспринимается так, как будто сигнал идет через глазную сетчатку и зрительный нерв. Также возможны вкусовые, обонятельные или осязательные галлюцинации.

В отличие от галлюцинаций, **иллюзия** представляет собой неправильно интерпретируемое восприятие. В этом случае человек воспринимает что-либо органами чувств, но неправильно интерпретирует получаемую информацию. Например, заметив в темноте движущиеся тени деревьев в саду, мы можем принять их за скрывающегося в кустах человека. Это и есть иллюзия восприятия. Ловкость рук фокусника или мага — это еще один общеизвестный способ создания иллюзий.

Термин **параноидный** встречается в психиатрии не так часто. Он происходит от слова **паранойя**, обозначающего группу заболеваний, напоминающих шизофрению, при которых может развиваться система моносимптоматических иллюзий. Однако теперь термин *параноидный* чаще относят к болезненной подозрительности, считая, что подозрительность лежит в основе параноидной личности, и к параноидному типу шизофрении, когда пациент страдает бредом преследования.

Термины **психопатия** и «психопат» используются несколько по-разному в различных частях света. В Соединенных Штатах первый из них обозначает серьезное психическое заболевание, а в Британии со времени выхода в 1959 году *Акта о психическом здоровье* он определен в более узком значении как синоним тяжелого расстройства личности, при котором наблюдается устойчивое безответственное и (или) агрессивное поведение индивидуума, утратившего способность общаться с кем-либо и учиться чему-либо на собственном опыте.

В медико-правовых целях *Акт о психическом здоровье от 1959 года* определяет четыре категории заболеваний: (1) психические заболевания, (2) недостаточность умственного развития, (3) тяжелая степень недостаточности умственного развития и (4) психопатия. Таким образом, когда говорят о психопатическом

Определения

37

поведении человека, то имеют в виду особенности его темперамента и личностных качеств.

При описании отношений врача и пациента во время сеанса психотерапии часто используется термин **эмпатия**. Он означает взаимное сопереживание, симпатию между двумя людьми, которая может перерасти в обычную дружбу или привести к развитию определенной степени переноса между пациентом и психотерапевтом.

Наконец, обратимся к термину **деменция** и установим существенное различие между двумя группами людей: теми, кто страдает психическими заболеваниями, и умственно отсталыми.

Термин *деменция* при правильном его употреблении относится к определенной группе заболеваний, воздействующих на мозг и приводящих к ухудшению памяти, способности к ориентации и функционирования интеллекта у тех индивидуумов, которые ранее были нормальными. То есть деменция означает изменения интеллекта, обусловленные ухудшением функционирования центральной нервной системы.

Более старый термин **амения** используется для определения умственной неполноценности или задержки умственного развития, то есть для того, чтобы сказать, что у человека недостаточно развит интеллект. Люди с задержкой умственного развития не являются психически больными в точном значении этого слова. Они страдают от недоразвитости мозга, которая может быть вызвана многими причинами, способными воздействовать на растущий в утробе плод до рождения ребенка, во время его рождения или в послеродовой период. Такие люди изначально не могут стать полноценными, если только не удастся каким-то образом уменьшить степень недоразвитости, что в большинстве случаев невозможно. Поэтому они на всю жизнь остаются умственно отсталыми. Такие люди составляют совершенно особую категорию, поэтому если им требуется стационарное лечение, то оно не должно проводиться в тех же клиниках или больничных отделениях, в которых лечат психически больных.

Психически больными являются люди, которые достигли своего полного потенциального развития, но страдают от какого-либо функционального расстройства, вызванного каким-то заболеванием или процессом; при этом деменция является одной из подкатегорий этой общей категории.

38

Психиатрия

Литература

Clare, A. W., *Psychiatry in Dissent*, 2nd ed., Tavistock Publications, London, 1980.

Frankl, V. E., *New Dimensions in Psychiatry — A World Review*, Wiley, New York, 1975.

Haslam, M. T. (ed.), *Public Relations in Psychiatry*, Society of Clinical Psychiatrists, Clifton Hospital, York, 1978.

O'Gorman, C. O., *Modern Trends in Mental Health and Sabnormality*, vol. 2, Butterworth, London, 1974.

«Recent Developments Series», *British Journal of Psychiatry* 1978.

Sargent, W., and Slater, E., *Physical Methods of Treatment in Psychiatry*, Livingstone, Edinburgh, 1972.

Sim, Myre, *A Guide to Psychiatry*, 3rd edn, Livingstone, Edinburgh 1979.

Slater, E. and Roth, M., *A Textbook of Clinical Psychiatry*, 3rd edn, Bailliere, Tindall and Cassell, London, 1977.

Вопросы

1. Что такое психиатрия?
2. Чем различаются психиатр, практикующий психолог и психоаналитик?
3. Что такое галлюцинация, бред и иллюзия?
4. Где находится психиатрическое отделение по месту вашего жительства? Сколько коек оно имеет? Сколько больных оно принимает ежегодно? Сколько в его штате консультантов, и какие еще штатные сотрудники в нем имеются?
5. Были ли вы в этом отделении? Если у вас есть такая возможность, посетите его. Имеет ли оно «Лигу друзей»?

Общие понятия

Мы достаточно детально обсудили различия между психиатром, психологом и психоаналитиком, а также выяснили значение некоторых наиболее часто употребляемых понятий. А теперь нам следует обсудить, с кем именно приходится работать специалисту по расстройствам мышления, эмоций и поведения. Но прежде рассмотрим в общих чертах структуру службы психиатрии в Британии.

Система здравоохранения

В настоящее время система здравоохранения Британии имеет тройственную базовую структуру. Первый сектор называется **медицина общего профиля**. Здесь работают врачи, которые лечат

пациентов по вызову на дом. Они составляют команду первичного лечения и осуществляют попечение о здоровье населения. Далее идет сектор **общественного здоровья**, где работают общественные врачи. Сюда относится профилактическая медицина, служба охраны здоровья учащихся учебных заведений и эпидемиологическая служба. И третий сектор составляет **больничная служба**, где работают консультанты различных специальностей: хирурги, врачи общего профиля, гинекологи, психиатры, дерматологи и так далее. Под началом консультанта может работать штат постоянных или временных сотрудников, как правило, проходящих подготовку для занятия более высоких должностей. Кроме того, там имеются различные вспомогательные службы: физиотерапия, отделение трудотерапии, социальная

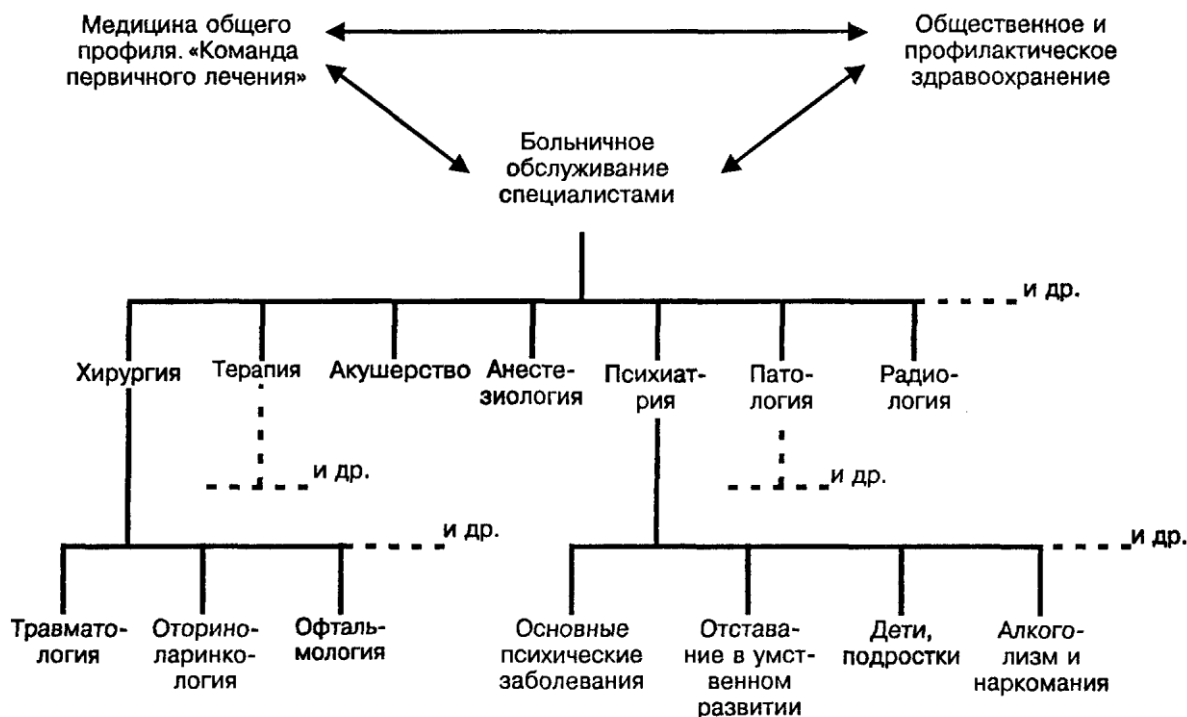


Рис. 3. Специализации в здравоохранении

Общие понятия

41

служба и так далее. Консультант наблюдает пациентов, находящихся на его попечении и размещенных на выделенных ему больничных койках, а также принимает амбулаторных больных в своей клинике или время от времени посещает их на дому по приглашению семейного врача, если тому нужна консультация для получения более полного заключения о болезни.

Таким образом, больничная служба подразделяется на отдельные специализации, которые, для удобства управления, как правило, размещаются в отдельных палатах или отделениях. Многие современные больницы общего профиля имеют психиатрическое отделение, где лечение больных с недолгим сроком пребывания в больнице осуществляется по той же схеме, что и лечение в любой иной области медицины. Кроме того, имеются больницы, которые специализируются лишь в одной области медицины: акушерстве, ортопедии, психиатрии, умственной отсталости и т.д. Две последние специализации обычно отделены друг от друга, поскольку проблемы административного попечения, лечения и ухода за психически больными достаточно сильно отличаются от проблем ухода за умственно отсталыми пациентами.

Масштабы проблемы

Если измерять масштабы проблемы в терминах количества больничных коек, отводимых для разных специализаций, то психиатрия займет первое место, поскольку примерно 50 процентов мест в больницах Британии занимают больные, страдающие психическими заболеваниями. Однако такая оценка не совсем корректна, поскольку эти цифры отражают то наследие, которое досталось нам от времени, предшествующего созданию системы здравоохранения. Тогда, на рубеже нашего века, во многих странах были открыты психиатрические лечебницы, но в них практически не лечили. Лечебницы были переполнены пациентами, страдающими хронической шизофренией, которая еще 30 лет назад считалась неизлечимой болезнью. Сейчас картина изменилась, хотя по-прежнему многочисленная группа пациентов находится в клиниках по многу лет, и если оценивать положение по

42

Психиатрия

количеству занимаемых больничных коек, то эта группа в значительной мере определит общие показатели. Кроме того, в клиниках содержится немало людей преклонного возраста, которые страдают лишь старческими изменениями психики. Многие из них вынуждены занимать койки в психиатрических отделениях, поскольку ухудшение их состояния в основном связано с деградацией памяти и вытекающим из этого общим расстройством поведения. Они, собственно, не нуждаются в постельном режиме, и их целесообразнее было бы содержать на попечении опытных в уходе за психически больными медсестер в заведениях, где бы они могли вести более активный образ жизни, посещая, скажем, трудотерапию. В клинике, ориентированной, в основном, на лечение физически ослабленных больных, которые часто бывают прикованы к постели, такие условия создать сложно.

Таким образом, если проанализировать данные о стационарных больных и пациентах, лечащихся в дневном стационаре, то количество требующихся для психиатрических больных мест в будущем, вероятно, составит от 1 до 1,5 коек на 1000 жителей. Кроме того, еще одна койка на 1000 жителей понадобится для людей, страдающих задержкой умственного развития, или субнормальностью. Средняя продолжительность пребывания в клинике для пациентов с психическими заболеваниями, вероятнее всего, будет составлять от 4 до 6 недель, так что каждая койка будет принимать нового больного по несколько десятков раз в год.

Состав пациентов в клинике

Теперь выясним, какие пациенты могут занимать койки в психиатрической лечебнице (табл. 1). Для целей статистического учета удобно подразделять пациентов на тех, которые пребывают в клинике недолго, тех, кто находится там в течение среднего по продолжительности времени, и больных с долгим сроком лечения. Пациенты с острыми заболеваниями, скорее всего, будут находиться в клинике менее 6 недель. В категорию среднего по продолжительности срока, наверное, попадут пациенты, которые пробудут в клинике несколько месяцев, скажем, до шести. Пациенты с долгим сроком лечения находятся в больнице в течение нескольких лет.

Общие понятия

43

Таблица 1. Структура психиатрической практики

| | | |
|---------------------------------|--|----------------------------------|
| Стационарные больные | 1/3 острые заболевания, требующие непродолжительного лечения (чаще всего это депрессия, невроз, острая шизофрения) | } Не требуют помещения в клинику |
| | 1/3 психические заболевания старческого возраста (спутанность сознания в старости: деменция) | |
| | 1/3 хронические заболевания (резидуальная шизофрения) | |
| Амбулаторные больные | 1/4 лечение после госпитализации (психозы) | |
| | 1/4 неврозы | } |
| | 1/4 психосексуальные расстройства | |
| | 1/4 расстройства личности, алкоголизм, психопатия и т.д. | |

Ясно, что психиатрические отделения в районных больницах общего профиля, в силу своей специфики, должны заниматься в основном лечением краткосрочных пациентов. Напротив, специализированным психиатрическим лечебницам необходимо иметь палаты для всех типов пациентов: краткосрочных, долгосрочных и больных с промежуточным сроком лечения.

Если проанализировать контингент сегодняшних психиатрических клиник, то можно выделить следующие группы пациентов. На приемные палаты приходится примерно треть общего количества коек. В них преобладают пациенты с «аффективными» заболеваниями, в основном с депрессией. Среди этих больных будет некоторое количество пациентов с шизофренией и группа больных с такими тяжелыми психоневрозами, как состояние тревоги и навязчивые состояния. Будет также небольшое количество пациентов с расстройствами личности и, по всей вероятности, с ранними стадиями деменции. Около 50 процентов от всех больных составят те, кто попал в клинику впервые, остальные 50 процентов будут приходиться на тех, кто на каком-

Психиатрия

то этапе своей жизни уже направлялся в психиатрическую лечебницу. Конечно, то же самое можно сказать и о больницах любой другой специализации: например, 50 процентов хирургических больных, как правило, ранее уже госпитализировалось. Однако в оставшейся части клиники, включая палаты для пациентов с более продолжительным сроком пребывания, картина будет несколько иной. Еще примерно треть пациентов будут составлять пожилые люди, страдающие деменцией. На сегодняшний день они составляют примерно половину от всей категории долгосрочных пациентов. Фактически примерно 50 процентов всего контингента клиники обычно приходится на людей старше 65 лет.

Последнюю треть пациентов клиники составляют больные с долгим сроком пребывания, которые страдают резидуальными последствиями шизофрении и ожидают, когда появится возможность получить лечение с помощью самых современных методов. По разным причинам, которые мы рассмотрим в последующих главах, эти пациенты находятся в клинике, как правило, постоянно и образуют еще одну большую группу долгосрочных больных.

Психиатрическое отделение больницы общего профиля, скорее всего, будет заполнено пациентами тех же категорий, что и приемные палаты в специализированных психиатрических лечебницах. Обычно, по административным причинам, долгосрочные пациенты, например, больные с резидуальной шизофренией и поздними стадиями деменции, в этих отделениях не размещаются, поскольку для их содержания не хватает возможностей больницы. Таким образом, это отделение больницы не может охватывать всего диапазона психических заболеваний.

Кроме того, для психиатрического лечения преступников и социально опасных пациентов имеются четыре специализированные лечебницы в Англии (Бродмур, Рэмpton, Мосс-Сайд и Парк-Лейн) и одна в Шотландии (Карстерс).

За последние 10 лет наблюдалось значительное снижение количества требуемых мест для пациентов психиатрических клиник. Это результат совершенствования методов лечения шизофрении, но все же маловероятно, что эта тенденция сохранится в будущем, поскольку сейчас, как выяснилось, проблема состоит в другом.

Общие понятия

45

Реальное снижение количества больничных коек для психиатрических больных за последние 10 лет составило примерно 30 процентов. Это, конечно, не означает уменьшения общего количества больных — просто теперь срок содержания пациентов в клиниках сократился. Количество случаев тяжелых психических заболеваний не изменилось и, наверное, не изменится, что обусловлено этиологией заболеваний. Кроме того, если бы удалось справиться с предрассудками в обществе, это привело бы к увеличению потребности в больничных койках, поскольку больные стремились бы начать лечение на ранних стадиях заболевания, зная, что этим они повышают свои шансы на выздоровление.

Лечебная община

Во многих странах, в частности в некоторых штатах США, в Италии и чуть позже в Великобритании, возникло движение за закрытие клиник для душевнобольных и за разработку программ лечебных общин*.

Преимущество таких программ состоит в том, что здесь нет того казенного подхода, которым отличается система государственного здравоохранения: социальные службы могут создать домашнюю атмосферу в лечебницах, субсидируемых отделами социального обеспечения или общественными организациями, что трудно обеспечить в крупных клиниках.

В то же время, в этом движении таится определенная опасность: пациенты лишаются возможности лечиться в настоящих

* Впервые идея «лечебной общины» («Community Care») была воплощена в жизнь Максвеллом Джонсом в госпитале Динглтон в Шотландии. (См.: M.Jones. Therapeutic Community. — New York: Basic Books, Inc., 1953). В 1964 г. Т.Ф. Мейн в своей психиатрической лечебнице в Бирмингеме разработал и осуществил программу лечения и социальной реабилитации больных; программа называлась «лечебная община» (Т.Ф. Мейн. The Hospital as a Therapeutic Institution// Bulletin of the Menninger Clinic. Том. 10, №3, 1946). - Ред.

46

Психиатрия

клиниках. Как показала практика, в подобных общественных учреждениях лечение госпитализированных больных не отвечает необходимому уровню, а сами эти общины оказываются не столь уж заботливыми, как надеялась наивная публика. В результате пациенты, страдающие резидуальной хронической шизофренией или серьезными расстройствами личности, могут оказаться вне этой системы, оставшись без всякой помощи и без присмотра. Идя таким путем, мы можем попасть в ситуацию, которая вызвала появление *Акта о бродяжничестве от 1744 года*, то есть вернуться на 250 лет назад.

Еще одним аспектом, к которому обращаются реформаторы, является движение от централизованной системы к разрозненной, что предполагается осуществить путем создания лечебных общин. Однако в большом центре есть возможность сконцентрировать услуги и социальные средства, содержать штат, способный обслуживать большое количество людей. При этом все штатные сотрудники могут располагаться в одном месте и подменять друг друга на случай отпусков или болезни. Отделения трудотерапии, социальные службы, места развлечений и разнообразные вспомогательные службы можно разместить так, чтобы они взаимодополняли друг друга.

В то же время, при создании таких до тонкостей разработанных служб и систем социального обеспечения для небольших периферийных, разбросанных по региону отделений на 10-20 человек приходится в гораздо большей степени полагаться на поддержку общественными средствами, которых, как показывает жизнь, обычно не хватает всем нуждающимся. Средства для такой общественной поддержки в основном складываются из подоходного налога, в то время как централизованная система финансируется правительством. Снабжение таких служб, как аптеки, лечебные отделения, отделения специализированной терапии, вызов врача на дом или просто предоставление сиделок превращается в проблему, когда имеется, скажем, 20 таких разбросанных отделений. Очень много времени затрачивается на перемещения персонала, а кроме того, трудно организовать подмену работников на случай отпуска или болезни. Намного проще построить центр с прекрасным обслуживанием, чем пытаться достичь в периферийных отделениях высокого уровня

Общие понятия

47

обучения врачей, медсестер и других штатных работников, которым нужна, профессиональная подготовка. Кроме того, если работники рассредоточены по региону, трудно обеспечить одинаково высокий уровень работы вспомогательных служб и координировать их действия.

Приверженцы централизованного лечения утверждают, что их подход позволяет более рационально использовать денежные средства и создавать хорошо оборудованные учреждения, обстановка в которых приближена к домашней. В то же время, сторонники периферийного обслуживания настаивают на закрытии не отвечающих современным требованиям лечебных учреждений, заменяя их не крупными централизованными клиниками, а сетью небольших лечебниц, организованных по типу общественных гостиниц.

Жизнь показала, что в тех районах, где подобная общественная система создавалась с большим энтузиазмом, но недостаточно продуманно (как, например, в Манхэттене), количество бездомных и заключенных в тюрьмах резко возросло, а на городских улицах стало больше бесприютных нарушителей общественного спокойствия. Возникли серьезные трудности с лечением и последующей реабилитацией больных. В Манхэттене под так называемую ночлежку для бездомных и бывших пациентов клиник для душевнобольных был переоборудован огромный пустовавший склад.

В Риме подобная ситуация сложилась в результате ликвидации государственной системы охраны психического здоровья, осуществленной правительством несколько лет назад. Недавно в Ватикане по распоряжению папы римского был открыт приют для одиноких бездомных. Большинство из них страдает шизофренией, алкоголизмом или наркоманией и нуждается в гораздо большей помощи, чем та, которую эти люди могут получить сегодня.

Реформаторы в Великобритании, кажется, не замечают возникших в связи с этим в других странах проблем и продолжают у себя дома с лихорадочной поспешностью закрывать психиатрические лечебницы. Общеизвестно, что социальная помощь в Великобритании осуществляется успешнее, чем в США или Италии, и что общественность здесь проявляет гораздо большую

48

Психиатрия

заботу о страждущих, однако проблема по-прежнему существует, и средства массовой информации не уделяют должного внимания конкретным результатам очередных политических кампаний. Положение в целом остается проблематичным.

Показания к амбулаторному лечению

Несколько иначе обстоит дело с амбулаторным лечением в клиниках. Таких пациентов можно разделить на четыре группы (табл. 1). Примерно 25 процентов из них будут составлять группу больных психозами. Как правило, это пациенты с шизофренией или тяжелыми депрессивными состояниями, которые после пребывания в стационаре продолжают лечиться амбулаторно. Еще 25 процентов составляют пациенты, страдающие психоневрозами (в основном, это состояния

тревоги и депрессивные реакции), которые не нуждаются в стационарном лечении и направлены к специалистам для уточнения диагноза и амбулаторного лечения. Следующие 25 процентов составляют пациенты с психосексуальными расстройствами, связанными с дисгармонией между супругами, импотенцией, фригидностью, а также пациенты с сексуальными отклонениями и гомосексуалисты. На долю этой группы приходится значительная часть работы по амбулаторному приему. Последние 25 процентов составляют пациенты с генетически обусловленными расстройствами личности, довольно незначительное число заключенных, а также люди с пагубными привычками и с разного рода социальной неадекватностью, которые направлены на лечение домашними врачами или переведены из других отделений клиники, поскольку им надоело постоянное пребывание в больнице. Их тоже надо учитывать, хотя им требуется самая простая психотерапия, которую опытный врач проводит почти ежедневно и тратит на это совсем немного времени. Тем не менее, их трудно отнести к категории пациентов с собственно медицинскими проблемами — скорее это социальные издержки все усложняющегося общества.

Рабочий день среднестатистического психиатра выглядит следующим образом. К нему попадет несколько жертв несчастных

Общие понятия

49

случаев — главным образом, это люди в глубокой депрессии с предрасположенностью к самоубийству и те, кто предпринял попытку самоубийства. Иногда может встретиться человек с расстройством мышления и странным поведением, устроивший спектакль для окружающих и попавший в руки полиции. Может случайно оказаться пациент-эпилептик с обусловленными этой болезнью отклонениями в поведении. Однако большую часть пациентов составляют те, кто дожидается очереди на прием по предварительной записи.

подавляющему большинству пациентов потребуются физические методы лечения в сочетании с легкой поддерживающей психотерапией. Количество больных, которым необходима более глубокая психотерапия, будет невелико, и у врача будет достаточно времени, чтобы заняться ими серьезно. Кушетка для психоанализа обычно не занимает сколько-нибудь заметного места в обычной психиатрической практике.

Нормальность: что это такое

Когда при обсуждении психических заболеваний встает вопрос о норме, то обычно это вызывает затруднения. В какой мере определенный симптом свидетельствует о болезни, а не о простой реакции на стресс у нормального человека? Наверное, для начала необходимо рассмотреть само понятие нормальности.

Когда мы говорим о таком понятии, как рост человека в общей популяции, то обычно выделяем средние значения роста мужчин и женщин, то есть производим разделение по половому признаку. Далее, если возьмем большую группу людей и измерим их рост, то обнаружим, что в среднем рост в группе мужчин-англичан будет составлять 5 футов и 8 дюймов. Мы получим эту величину, сложив значения роста всех индивидуумов и поделив сумму на их количество. Однако обнаружится, что на самом деле не все члены группы имеют рост 5 футов и 8 дюймов, будут отклонения от этой величины — скажем, встретятся значения 5 футов и 6 дюймов или 5 футов и 10 дюймов. Скорее всего, примерно две трети группы попадут в этот зазор. Шестая часть окажется за пределами диапазона, имея более высокий рост, и

50

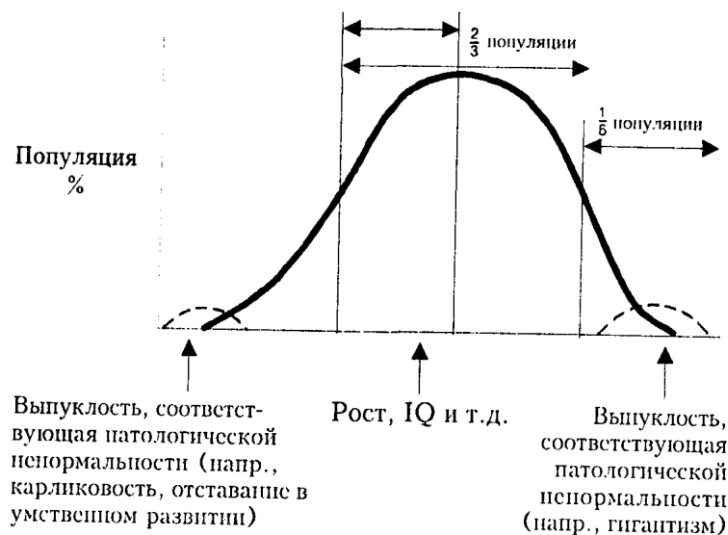


Рис. 4. Кривая нормального распределения

еще одна шестая тоже выйдет за его пределы, но уже с меньшим ростом. Таким образом, мы можем сказать, что подобные измерения приводят к получению кривой нормального распределения. Разумеется, при этом рост в 5 футов и 11 дюймов не следует считать ненормальным — мы говорим просто о статистическом понятии, и оно не подразумевает, что выходящий за определенные пределы человек чем-то «болен» или «ненормален».

Аномалии на кривой нормального распределения

Если теперь проанализировать кривую распределения роста в популяции, то обнаружится, что график везде следует кривой нормального распределения, за исключением крайнего левого и крайнего правого секторов диапазона. В этих местах он имеет некоторые выпуклости, которые отражают наличие людей, чей

Общие понятия

51

рост выходит за пределы нормы вследствие некоторых заболеваний. В правом секторе диапазона выпуклость невелика и отражает наличие людей, имеющих рост 6 футов 10 дюймов и более, то есть страдающих гигантизмом или акромегалией — заболеваниями, при которых нарушена функция гипофиза. В левом секторе диапазона выпуклость будет чуть большей, она обусловлена патологическими разновидностями карликовости. Здесь будут представлены самые разные диагнозы: недоразвитие костей, задержка роста вследствие гормональных аномалий, рахиты и некоторые типы умственной отсталости — в частности, монго-лнзм* (как известно, монголы обычно имеют ненормально малый рост). Эти группы объединяет лишь то, что составляющие их люди имеют рост, находящийся ниже нормального диапазона и выходящий за пределы кривой нормального распределения. В этом смысле они проявляют одинаковую патологию, независимо от вызывающих ее причин в каждом конкретном случае.

Личность: диапазон нормальности

Если проанализировать психиатрические симптомы, то обнаружится, что в популяции имеются отклонения личности по уровню развития интеллекта, устойчивости настроения и эмоций. Эти отклонения называются «аффектами». Указанные аспекты функционирования личности иногда изменяются под влиянием внешних обстоятельств, или происходит флуктуация по внутренним причинам при сохранении внешних обстоятельств. Есть люди, у которых обнаруживаются экстремальные показатели вследствие каких-то особенностей их поведения и мышления; другие проявляют исключительную стабильность с очень незначительными флуктуациями; у третьих происходят периодические очень широкие флуктуации в пределах нормального диапазона. Все это следует рассматривать как норму в целом по популяции, хотя области экстремумов, то есть области за пределами двух третей популяции, на которые приходится среднее значение, можно считать соответствующими эксцентричным личностям, то есть сверхэмоциональным даже по отношению к своим ближним. Однако и эти области входят в диапазон нормальности.

* Mongolism -- английское название болезни Дауна. — Прим, перев.

52

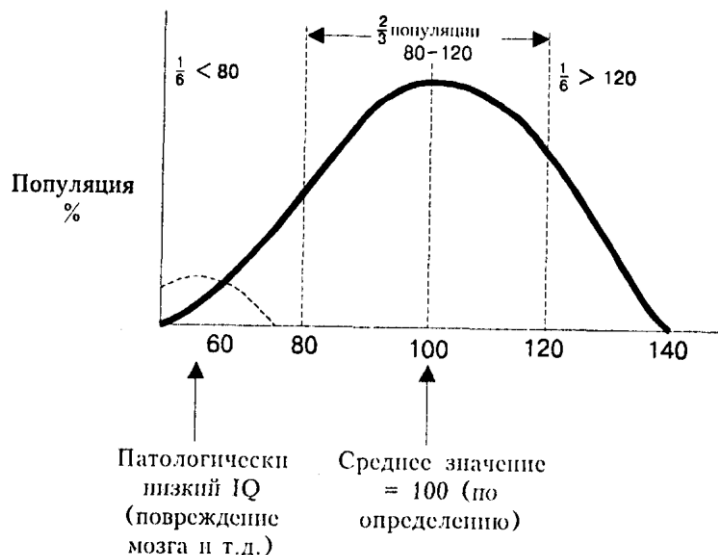


Рис. 5. Кривая распределения уровня интеллекта

В области экстремумов мы вновь увидим изменения рассматриваемых аспектов функционирования, выходящие за пределы нормы и обусловленные заболеваниями, воздействующими на эмоции или центральную нервную систему в целом. Такие заболевания по самой своей природе предрасполагают к изменениям процессов мышления, настроения или поведения. В таких случаях окончательное решение вопроса о нормальности принимается при обследовании пациента в клинике, хотя врача это обстоятельство должно наталкивать на мысль о возможности какой-то глубинной патологии.

Интеллект

Те же самые рассуждения применимы и к интеллекту. Шкалу оценки интеллекта обычно получают с помощью тестов, оценива-

ющих разные аспекты функционирования интеллекта человека. Тесты на интеллект были апробированы на больших выборках нормальной популяции, в результате чего получена необходимая шкала. Для взрослых людей удобно проводить измерения на основе коэффициента IQ (intelligence quotient, коэффициента умственного развития). Значения этого коэффициента для детей получают с учетом их ментального возраста, используя простую формулу: $IQ = \frac{ma}{ca} \times 100$, где ma — ментальный возраст, а ca — хронологический возраст ребенка. Имеющиеся в настоящее время стандартные тесты включают шкалу Векслера для умственного развития взрослых, аналогичную шкалу для детей, тест Стэнфорда-Бине и еще некоторые более простые разработки, например, матрицы Равена.

Средний уровень интеллекта по определению соответствует значению 100 для коэффициента IQ. Нормальная популяция будет проявлять значения, расположенные по обе стороны от этой величины. Следует ожидать, что две трети популяции будут иметь IQ между 80 и 120. Шестая часть популяции будет отличаться чуть более высоким интеллектом, со значением IQ выше 120. И последняя шестая часть будет иметь интеллект ниже среднего, с IQ меньше 80. Однако следует заметить, что не все эти люди все еще должны рассматриваться как нормальные в том значении, которое мы установили ранее. Показатель их IQ представляет собой случайный результат, обусловленный частично наследственностью, частично влиянием окружения, в котором они жили, и воспитанием.

Кривая уровня интеллекта будет следовать кривой нормального распределения, причем в области ее верхнего края будет располагаться некоторое небольшое число субъектов с особой одаренностью. А в нижней части кривой мы вновь обнаружим выпуклость, как это было при рассмотрении кривой роста. Соответствующие этой выпуклости люди имеют аномально низкий уровень интеллекта, и можно предположить, что причиной этого является та или иная недостаточность функционирования мозга, которая может быть связана с широким набором причин как наследственного характера, так и приобретенных во время девятимесячного нахождения ребенка в утробе матери или на ранних стадиях его развития после рождения. В любом случае мозг этих людей не имел возможности развить свой нормальный потенциал.

Задержка умственного развития: деменция или аменция

Принято говорить, что люди с пониженным уровнем интеллекта страдают от аменции, умственной отсталости или умственного недоразвития, — в данном случае выбор термина определяется произвольно.

После выхода в 1959 году *Акта о психическом здоровье* было признано целесообразным в соответствии с медицинским законодательством подразделять умственно отсталых людей на две категории: больных с тяжелым отклонением от нормы и с развитием ниже нормы. В терминах коэффициента IQ группа с «тяжелым отклонением от нормы» имеет IQ, равный 50 и ниже, и включает большую часть пациентов, находящихся в лечебницах для людей с отставанием в умственном развитии, которые обычно страдают и от других сопутствующих физических недостатков. Группе людей с умственным развитием «ниже нормы» соответствуют значения IQ в диапазоне от 50 до 70. Сюда относятся люди с показателями в нижнем секторе кривой нормального распределения, которые направлены учиться в школы для умственно отсталых, а также те, кто перенес незначительные повреждения мозга.

Эти люди не страдают психическими заболеваниями, хотя расстройство умственных процессов у них может сказываться не только на интеллекте. У этих людей мозг от рождения или со времени младенчества никогда не достигал полного развития, поэтому их нельзя назвать больными. Их нужно отличать от больных, страдающих психическими заболеваниями, то есть состояниями, зачастую похожими на состояния при любых других болезнях, возникающих на том или ином этапе жизни индивидуума, но при этом воздействующими на его мышление и эмоции. Следует также проводить различие между деменцией и аменцией. Деменция относится к состоянию, при котором наблюдается снижение уровня интеллектуальной деятельности, бывшего прежде нормальным. Например, человек может страдать расстройством памяти и интеллекта вследствие механического повреждения мозга. В этом случае тестирование уровня интеллекта даст результат ниже того, на который индивидуум был способен до болезни. То есть в прежде нормальном состоянии возникла новая ситуация. Для людей старческого возраста некоторая степень снижения интеллекта является нормальной, и это следует учитывать при определении уровня интеллекта для людей старшей возрастной группы. В то же время, в этой возрастной группе достаточно распространена деменция, вызванная расстройством кровообращения или повреждением непосредственно самих нервных клеток, которая известна как сенильная деменция. В редких случаях подобное расстройство встречается и у более молодых людей, поскольку деменцию могут вызывать и другие причины — например, травма черепа, воздействующие на мозг инфекционные заболевания или опухоль мозга. Есть множество различных, редко встречающихся заболеваний, способных в конечном итоге привести к деменции. О них мы будем говорить во второй части книги.

Пациенты, страдающие деменцией, должны размещаться в палатах психиатрических отделений, поскольку такого рода заболевания вызывают расстройство процессов мышления, эмоций и поведения. Кроме того, лечение таких больных в психиатрических отделениях, вероятно, наиболее удобно, поскольку им, скорее, нужен присмотр в течение дня, чем постельный режим.

Клиники для пациентов с пониженным уровнем умственного развития и те, где лечат собственно психические заболевания, обычно разделены. Это делается в интересах самих больных, а также потому, что возникающие проблемы в этих случаях совершенно различны. Среднее время госпитализации для этих двух категорий клиник тоже существенно различается. Клиники для людей с умственным недоразвитием приспособлены к проведению долговременного лечения пациентов с тяжелыми формами заболевания, а также к тому, чтобы дать образование и социальную адаптированность пациентам, обладающим достаточными способностями.

В то же время, в психиатрических клиниках часть контингента составляют пациенты с долгим сроком пребывания (это, в основном, те, кто страдает шизофренией, развившейся до начала лечения, чье пребывание в клинике частично обусловлено социальными причинами) и больные с тяжелыми случаями деменции,

56

Психиатрия

требующие постоянного присмотра, однако большую часть поступающих и выписываемых составляют те, кто находится в клинике от 4 до 6 недель. После утреннего подъема они почти весь день заняты трудотерапией и иными лечебными программами. В этом случае режим в основном направлен на лечение собственно заболеваний, причем интеллект у этих больных может иметь тот же уровень, что и у основной популяции.

Всегда считалось удобным создавать специализированные отделения: родильные дома,

хирургические, терапевтические или детские отделения. Это свидетельствует о том, что потребности разных групп больных в отношении ухода могут существенно различаться. Действительно, от персонала в каждом случае требуются особые навыки по уходу за больными и специальные медицинские знания; диапазон требований к лечению тоже будет достаточно широк. Родильное отделение приспособлено к приему новорожденных и к уходу за роженицами и младенцами в послеродовой период. Хирургический блок оснащается для проведения операций. А психиатрическое отделение по сравнению с другими требует более просторного помещения, чтобы дать возможность пациентам вести полноценную жизнь, насколько это позволяет их болезнь; койки используются здесь в основном только для сна. Более продолжительный по сравнению с большинством заболеваний другого профиля период госпитализации требует, чтобы у пациента было место, например, для хранения одежды и т.д. Медсестры, как правило, должны быть обучены уходу за теми, кто страдает эмоциональными расстройствами, и их роль в уходе за больными состоит скорее в установлении с ними взаимоотношений и помощи в восстановлении здоровья, чем в обучении их каким-то навыкам в отделениях трудотерапии.

Общины

В последние несколько лет в уходе за престарелыми наблюдается довольно отчетливая тенденция предоставлять психиатрическое лечение по месту проживания пациента. С этой целью организован амбулаторный прием и дневные стационары в

Общие понятия

57

районном отделении для престарелых пациентов, что дает им возможность, проживая дома, в гостиницах или в частных домах, проходить необходимое лечение, а также созданы клиники для стационарного лечения тех, кто страдает тяжелой и длительной деменцией. Таким больным требуются лечение и круглосуточный уход, чтобы удовлетворить их особые потребности, однако при этом желательно, чтобы они находились в привычной для них обстановке, что устраняет отрицательное воздействие переездов и облегчает возможность контактов с посещающими их престарелыми родственниками. В прошлом многие из таких пациентов вынуждены были ложиться в областные психиатрические клиники, расположенные за много миль от их дома.

С чем приходится считаться

В заключение главы давайте еще раз обсудим, что именно могут и должны делать врачи и их помощники, специализирующиеся в психиатрии, и чего они не могут и не должны делать.

У части публики, с одной стороны, и в юридической практике — с другой, имеется тенденция считать, что психиатры призваны лечить всех больных, независимо от того, какие у них проблемы — социальные, связанные с поведением или медицинские. Хотя подготовка психиатра в области психологии и позволяет ему в определенной степени давать советы в первых двух из перечисленных случаев, но это еще не повод, чтобы называть такой процесс лечением больных, то есть тем, за что получают деньги врач и персонал клиники. Попытки настаивать на необходимости этих обязанностей оставляют врача беззащитным перед критикой со стороны тех общественных групп, которые сами не в состоянии улучшить общество. Психиатр до некоторой степени берет на себя роль священника и духовника, однако в действительности это не входит в его обязанности, за исключением тех случаев, когда эти проблемы стали причиной психического расстройства.

58

Психиатрия

Кроме того, общественность склонна считать, что если человек когда-то перенес психическое заболевание, то этот диагноз закрепляется за ним на всю жизнь. Но ведь это пример шизофренического образа мышления в самой тяжелой степени! Характерным симптомом этого заболевания как раз и является попытка следовать двум взаимоисключающим идеям, игнорируя всю противоречивость ситуации, и, к сожалению, такая позиция часто разделяется общественностью. Не следует забывать, что каждая шестая женщина и каждый девятый мужчина в какой-то период своей жизни попадают в психиатрическую лечебницу (табл.2). И это не такая уж сенсация. Ведь гораздо большее число лиц обоего пола попадает в течение своей жизни в больницы общего профиля. Психические заболевания широко распространены, но страдания, связанные с этими болезнями, могут быть значительно и эффективно облегчены, что не всегда можно сказать о болезнях другого профиля. В конце концов, воспаление аппендикса опаснее, поскольку его можно излечить, только удалив этот орган из тела!

Таблица 2. Некоторые факты и цифры Масштаб проблемы для Англии (приблизительные цифры):

| | |
|--|------------|
| население | 45 000 000 |
| количество стационарных психически больных | 100 000 |
| количество стационарных больных с умственным недоразвитием | 60 000 |
| на попечении местных властей | 200 000 |

45% всех больничных коек заняты психиатрическими больными (30% психические заболевания; 15% отставание в умственном развитии). Но **только 11%** всех врачей — психиатры. **Только 22% медсестер**, работающих круглые сутки, приходится на психиатрию. В клиниках для психически больных **один консультант** приходится на **100 пациентов**, а в клиниках для умственно отсталых больных — один на **500**.

Общие понятия

59

Амбулаторное лечение:

по Англии — 1,5 миллиона в год обратились впервые — 215 000

Стационарное лечение:

Количество больных, занимающих койки в психиатрических лечебницах: в 1950 году - 145 000; в 1970 году - 90 000 (Англия и Уэльс)

Общее количество принятых больных в 1950 году — 60 000, в 1970 году - 175 000

Среднее время госпитализации

1958 год — 51 день 1968 год — 33 дня

Половина выписанных больных находилась в больнице менее месяца, а каждые девять из десяти — менее 12 месяцев. Однако 65% стационарных больных в 1970 году относились к категории подлежащих долговременной госпитализации.

Отставание в умственном развитии

1 ребенок на каждых 100 новорожденных

60 000 в больницах

100 000 на попечении местных властей

Потери рабочих дней

40 миллионов потерянных рабочих дней в Великобритании приходится на психические заболевания (DHSS*, 1972); 45 миллионов фунтов уплачено по страховым пособиям по болезни

*Department of Health and Social Security — министерство здравоохранения и социальной защиты. — Прим, перев.

60

Психиатрия

Общие понятия

61

Литература

Barton, R. W., *Institutional Neurosis* (3rd edn), Wright, Bristol, 1976.

Department of Health and Social Security, *Hospital Services for the Mentally III*, Circular HM(71)97, HMSO, London. Department of Health and Social Security, *Services for Mental Illness*

Related to Old Age, Circular HM(72)71, HMSO, London. Early, D. F., and Nicholas, M., *The Developing Scene. A Ten-Year Review of a Psychiatric Hospital Population*, British Medical Journal, December 25, 1971.

Goffman, E., *Asylums, Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other In Patients*, Penguin Books, Harmondsworth, 1970.

Mechanic, D., *Mental Health and Social Population* (2nd edn), Prentice Hall, Englewood Cliffs N.J., 1980.

Providing a comprehensive district psychiatric service for the adult mentally ill, Reports on Health and Social Subjects, No 8, HMSO, London, 1974.

Rakoff, V. M., et al., *Psychiatric Diagnosis*, Brunner-Mozel, N.Y., 1977.

Stanton, A. H., and Schwartz, M. S., *The Mental Hospital*, Tavistock Publications, London, 1954.

Wing, J. K., and Hailey, A., *Evaluating a Community Psychiatric Service*, The Camberwell Register, 1964-71, Oxford University Press, London, 1972.

6. Что такое деменция? Какая часть пациентов этой категории будет, скорее всего, старше 65 лет?

7. Чем отличаются показания к лечению у стационарных и амбулаторных психически больных?

8. Каково различие между аменцией и деменцией?

9. Где находится ближайшее к вам отделение для умственно отсталых людей?
10. Где располагаются психиатрические клиники с амбулаторным приемом? Существуют ли клиники с амбулаторным приемом больных с умственным развитием ниже нормы?
11. Есть ли в вашей местной больнице психиатрическое отделение?

Вопросы

1. Что такое кривая нормального распределения?
2. Какова структура службы здравоохранения?
3. Каким образом подразделяются больничные учреждения?
4. Какое по величине место занимает отрасль психиатрии в службе здравоохранения?
5. Как отличить психические болезни от отсталости умственного развития?

Направление пациента в клинику

63

Направление пациента в клинику на основании Акта о психическом здоровье от 1983 года

У общественности сложилось превратное представление относительно показаний к психиатрическому лечению. Многие считают, что направление в психиатрическое отделение должно быть вызвано особыми, крайне неприятными причинами и отличается от направления в обычную больницу. Они боятся такого направления гораздо больше, чем предстоящей им болезненной операции в хирургической палате или какой-то неприятной процедуры при обследовании в лечебном отделении. На самом же деле в психиатрии основания для беспокойства минимальны. Действительно, кроме кратковременной анестезии, применяемой в случае необходимости при электролечении, и изредка проводимого анализа крови, направление в психиатрическое отделение не несет в себе никакой опасности стресса.

Еще одним источником тревожного отношения потенциальных пациентов к обсуждаемому направлению в клинику является то, что они опасаются соседства с другими пациентами, которые находятся в более тяжелом состоянии и могут представлять для них опасность. Как и в других областях медицины, всегда у одних пациентов более сложное заболевание, чем у других. Одни ожидают выписки, другие только поступили. Точно так же в хирургической палате пациент с варикозом вен будет готовиться к выписке рядом с пациентом, страдающим раком желудка. Но оба нуждаются в лечении, и в любом случае тот из них, кто менее тяжело болен, будет радоваться преимуществу своего положения.

Что касается вероятности нападения одного пациента на другого в психиатрическом отделении, то она гораздо меньше, чем угроза подвергнуться нападению на улицах наших городов.

Более того, в отличие от городских улиц, в психиатрическом отделении 24 часа в сутки дежурят санитары, которые присматривают за больными с эмоциональными расстройствами и помогают им, а пациенты с тяжелой патологией находятся в особых палатах под присмотром. К сожалению, такого рода беспокойство формируется в сознании широкой публики фильмами типа «Полета над гнездом кукушки», который, имея несомненные художественные достоинства, отражает скорее обстановку государственной лечебницы в Америке 30-х годов (которая действительно соответствовала тому, что описано в книге) и даже отдаленно не напоминает современную психиатрическую практику в Великобритании. Лучшим способом борьбы с таким страхом является просвещение и ознакомление людей с психиатрическими заведениями по месту их жительства. Целям такого просвещения и служит данная книга.

Направление к психиатру, как и к любому другому специалисту в системе здравоохранения, в большинстве случаев дается врачом общего профиля. Иногда, при несчастных случаях, к этому могут подключаться работники иных служб, например, социального страхования или полиции.

При первой беседе выясняются, в основном, те факторы, которые могли стать причиной расстройства настроения, мышления или поведения. В психиатрии важнее, чем в других областях медицины, составить наиболее полную историю жизни пациента в обществе и семье, зато здесь можно обходиться менее глубоким физическим обследованием. Однако из второго раздела книги станет ясно, насколько разнообразны физические состояния, способные вызывать психические симптомы, поэтому не следует пренебрегать всесторонним обследованием.

Врач направляет пациента на амбулаторный прием к психиатру, как и к любому другому

специалисту, потому что ему необходимо дополнительное заключение о состоянии его здоровья. Подключенный к обследованию психиатр — консультант или один из его заместителей — проведет обследование и выдаст свое заключение для врача общего профиля, составив прогноз о том, каким должно быть лечение. Этим может все и ограничиться, однако в некоторых случаях психиатр может взять пациента на дальнейшее регулярное амбулаторное лечение или выдать ему направление в клинику.

64

Психиатрия

Основания для направления в клинику

Есть только две причины, по которым выдается направление в клинику. Первая состоит в необходимости предоставления такого лечения, которое невозможно осуществлять амбулаторно. В хирургии это относится ко всем достаточно серьезным операциям. В психиатрии такое направление обычно необходимо, когда пациенту требуется лечение электрошоком или когда ему нужно пройти курс поведенческой терапии.

Вторая причина связана с необходимостью предоставить больному надлежащий уход. Некоторые пациенты в силу особенностей своего заболевания могут нуждаться в круглосуточном уходе, присмотре и помощи, пока их состояние не улучшится, и они не смогут возобновить свою привычную жизнь. Часто бывает полезно вывести пациента из обстановки его дома или места работы. В психиатрии это распространенная причина для выдачи направления, хотя и в общелечебном или хирургическом отделении такая ситуация встречается не так уж редко — например, желательна госпитализация людей преклонного возраста с переломами или тех, кто нуждается в постоянном наблюдении для определения дозировки лекарств, как в случае диабетиков.

Около 95% всех направлений в психиатрические отделения британских клиник выдается на общих основаниях, как и в любые другие отделения. Однако есть одно существенное отличие, выделяющее психиатрию из ряда других специальностей, и с этой особенностью связаны оставшиеся 5 процентов направлений. Поскольку психические состояния воздействуют на функции центральной нервной системы, на мышление, эмоции и поведение, иногда пациенты с тяжелой формой заболевания, например, шизофренией или некоторыми видами маниакально-депрессивных состояний, утрачивают способность осознавать свое расстройство и могут представлять опасность для самих себя и окружающих, не понимая, что они нуждаются в лечении. В большинстве цивилизованных обществ есть понимание того, что при таких обстоятельствах следует действовать в интересах больного и обеспечить ему лечение в безопасном месте, пока он не выздоровеет. Для этого в некоторых случаях

Направление пациента в клинику

65

приходится действовать против воли пациента, полагая, что это принесет ему пользу. Поэтому в цивилизованных странах приняты соответствующие законы, которые регламентируют на основе определенных критериев действия, позволяющие временно лишить человека свободы.

Эти законы в разных странах различны. Даже в Англии и Шотландии они не одинаковы. Но в каждой конкретной местности эти законы должны определенным образом согласовываться, чтобы не нарушались права личности.

Введение в Англии в 1959 году *Акта о психическом здоровье* было расценено во всем мире как большой шаг вперед в области лечения психических заболеваний. Хотя общепризнанно, что на момент введения Акта не все его аспекты были совершенны (но ведь любой закон должен быть проверен на практике), этот Акт в сочетании с разделом о психиатрии, включенным в *Акт о национальной службе здравоохранения от 1948 года* дал возможность получить первоклассный стандарт бесплатного предоставления медицинской помощи любому гражданину страны. Несмотря на ряд организационных проблем и нехватку штатных сотрудников, психиатрическая служба Британии может служить эталоном, который большинству стран трудно превзойти.

Акт о психическом здоровье от 1983 года

Законодательной основой современной психиатрии в Англии стал *Акт о психическом здоровье от 1959 года*. Он заменил собой ряд законодательных актов, имеющих отношение к психическим заболеваниям, а также к недостаточности или задержке умственного развития. До 1959 года эти две разновидности недуга лечились в соответствии с разными Актами. Всего лишь 20 лет назад все пациенты направлялись в психиатрические клиники по распоряжению магистрата или окружного шерифа. В некоторых штатах США и в ряде стран Британского Содружества такая

практика все еще существует.

Акт о психическом здоровье от 1983 года призван консолидировать закон, касающийся людей с психическими расстройствами-

3 Зак. № 453 Хэзлем

66

Психиатрия

ствами, заменить Акт от 1959 года и ввести некоторые иные сопутствующие Акты. Он вступил в силу 30 сентября 1983 года, заменив собой Акт 1959 года и инструкции о психическом здоровье (госпитализация и опекунов) от 1960 года.

Акт 1983 года разделен на десять частей и содержит шесть перечней. В преамбуле даются юридические определения психических заболеваний, умственной неполноценности и тяжелой степени умственной неполноценности, а также психопатического расстройства. Кроме того, приводится интерпретация разных аспектов Акта.

В Части Второй рассматриваются процедуры выдачи направления в клинику. Эта часть закона интересна для нас тем, что регламентирует процентное соотношение пациентов, которые могут направляться в клинику в принудительном порядке на основании этого Акта.

Часть Третья Акта касается полномочий судов и министра внутренних дел при решении вопроса о принудительном лечении, приеме в клинику и перемещении пациентов, находящихся в местах лишения свободы в результате совершения уголовного преступления.

В Части Четвертой есть раздел, касающийся лечения. Кроме того, в этой части имеется ряд новых концепций, являющихся нововведениями Акта от 1983 года, которые расширяют права пациента и позволяют представлять независимые заключения в случае, когда речь идет о принудительном содержании в клинике.

Часть Пятая описывает функции Трибуналов, пересматривающих решение о состоянии психического здоровья пациента и о его принудительном содержании в клинике.

Часть Шестая рассматривает порядок перемещения и возвращения пациентов на территории разных стран Соединенного Королевства, а Часть Восьмая впервые вводит положение о *Комиссии по акту о психическом здоровье*, функцией которой является предоставление независимых заключений по поводу необходимости принудительного содержания пациентов в клинике.

Часть Седьмая касается осуществления прав собственности и управления делами пациентов, порядка использования Суда по защите и полномочий судей в отношении имущества и дел пациентов, а Часть Девятая имеет отношение к возможным

Направление пациента в клинику

67

злоупотреблениям, которые Акт связывает с плохим лечением, ложными официальными отчетами и с халатностью персонала, по вине которого пациенты могут самовольно покинуть клинику.

Наконец, Часть Десятая посвящена вопросам управления, от делопроизводства до проблемы возвращения бежавших из клиники пациентов. В ней рассматривается также вопрос о членах парламента, которые страдают психическими заболеваниями.

Дополнительным и заключительным разделом *Акта о психическом здоровье* является Параграф 149, в котором подводятся общий итог. Пункт 4 Параграфа 149 гласит: «Раздел 130(4) *Акта о национальной службе здравоохранения от 1977 года*, представляющий собой дополнение к настоящему Акту в отношении островов Силли, будет действовать так, как будто ссылки на тот Акт включают ссылки на данный Акт».

Лишь некоторые части этих Актов касаются нас с вами непосредственно. Например, стоит знать юридические определения психических расстройств, чтобы можно было на них ссылаться.

К психическим расстройствам относятся психическое заболевание, задержка умственного развития или умственное недоразвитие, психопатическое или иное расстройство, а также умственная неполноценность, поэтому психические расстройства необходимо в каждом случае точно определять.

Тяжелая степень умственной неполноценности представляет собой задержку умственного развития или неполное умственное развитие, что вызывает тяжелое расстройство интеллекта и социального функционирования и проявляется у некоторых пациентов в виде ненормальной агрессивности или крайне безответственного поведения. Так следует определять тяжелую степень умственной неполноценности.

Умственная неполноценность означает состояние задержки умственного развития или

умственного недоразвития, не достигающее тяжелой степени умственной неполноценности, связанное с существенным расстройством интеллекта и социального поведения, что сопровождается ненормальной агрессивностью или крайней безответственностью пациентов. Так определяется умственная неполноценность.

Психопатическое расстройство означает устойчивое расстройство или неполноценность умственного развития с существен-

68

Психиатрия

ным нарушением интеллекта или без него, приводящее к ненормальной агрессивности или крайне безответственному поведению пациентов.

Часть Вторая Акта о психическом здоровье

Природа некоторых психических заболеваний такова, что пациент утрачивает способность адекватной самооценки и становится опасным для себя и окружающих вследствие своей агрессивности или стремления к самоубийству, поэтому необходимо принимать определенные меры для защиты самих этих лиц и общества от них. К таким людям неприменимо уголовное законодательство, если они не совершили преступления, поэтому автор считает неоправданным то, что представитель правовой системы (служащий магистрата или шериф) решает вопрос о принудительном помещении в психиатрическую клинику лица, не совершившего преступления, поскольку представители правовых органов не имеют необходимого опыта, чтобы квалифицировать психиатрические или медицинские проблемы.

Часть Вторая Акта содержит инструкции по охране прав таких индивидуумов при их принудительном содержании в клинике и по обеспечению заботы о них.

В соответствии с *Актом о психическом здоровье*, пациент не может удерживаться в клинике насильно, если только он не страдает психическим заболеванием, психопатическим расстройством, тяжелой умственной неполноценностью в такой степени, что возникает необходимость его лечения в условиях клиники. Более того, следует сказать, что в случае психопатического расстройства или умственной неполноценности такое лечение направлено на предотвращение возможности ухудшения состояния пациента, и, наконец, оно необходимо для здоровья и безопасности самого пациента и окружающих его людей. Если необходимое лечение можно предоставить только в условиях клиники, то в соответствии с данным разделом Акта пациента можно госпитализировать принудительно.

Таким образом, человек может содержаться в клинике против его воли только в том случае, если он представляет опасность для самого себя или для окружающих по причине психического расстройства одной из перечисленных выше категорий.

Направление пациента в клинику

69

Стандартной процедурой принудительного направления в клинику является рекомендация лечащего врача пациента (обычно это врач общего профиля), а также заключение специалиста в области лечения психических заболеваний — как правило, это районный консультант-психиатр. На основании этих двух рекомендаций в администрацию клиники должно поступить заявление от лица работника социальной службы, который в соответствии с рассматриваемым Актом признан компетентным в делах такого рода, или от лица кого-то из членов семьи пациента. Хотя любой из перечисленных лиц имеет право составлять заявление, в Соединенном Королевстве все чаще в этой роли выступает работник социальной службы, поскольку обычно родственники пациента считают неэтичным принимать участие в принудительных действиях против близкого человека, поскольку при этом могут возникнуть определенные проблемы во взаимоотношениях в семье. Тем не менее, в общем случае семья должна иметь право вето, и если пациента необходимо направить в клинику, член его семьи должен принять участие в дополнительных процедурах, направленных, в частности, на защиту прав пациента. Эти процедуры необходимо провести до того, как пациент будет принудительно препровожден в клинику.

Поэтому, в соответствии с Разделом 2 Части Второй данного Акта, направленного в клинику пациента можно принудительно удерживать там в течение времени, не превышающего 28 дней, начиная со дня его приема в клинику. По истечении этого срока он не может задерживаться дольше, если до истечения указанного времени не было представлено второе заявление и распоряжение о необходимости его принудительного удержания в соответствии с каким-то другим положением Акта.

Практически это означает, что пациента можно удерживать в клинике только в течение 28 дней,

если он был направлен на аттестацию в соответствии с Разделом 2. Для того, чтобы продлить срок пребывания пациента в клинике, следует оформить направление на лечение. Лечение может быть предоставлено по любому из разделов Акта, однако в отношении тех пациентов, которым требуется продолжительное пребывание в клинике, и тех, кто не смог существенно восстановить здоровье за эти 28 дней, став после этого неформальным пациентом, применяется Раздел 3.

70

Психиатрия

В соответствии с Разделом 3, пациент может удерживаться в клинике для лечения, однако странно, что о продолжительности действия таких полномочий мы узнаем только из Параграфа 20, где говорится, что пациент, поступивший в клинику по направлению на лечение, может удерживаться в течение времени, не превышающего шести месяцев, и не может оставляться сверх этого срока, если только полномочия на удержание не возобновлены в соответствии с Разделом 20.

Другие ситуации, когда может понадобиться принудительное направление в клинику, рассматриваются в последующих разделах. Такая ситуация может возникнуть, когда требуется безотлагательная госпитализация пациента, живущего в общежитии, например, при его попытке покончить с собой; при этом нет возможности немедленно вызвать необходимых людей и оформить все необходимые документы. В любом случае, при необходимости срочной госпитализации заявление на прием пациента в клинику, согласно Разделу 4 Акта, может быть написано по представленному заявлению о несчастном случае, сделанному ответственным работником социальной службы или близким родственником пациента на основании только одной медицинской рекомендации. Акт разрешает удержание пациента в течение 72 часов, начиная с момента поступления его в клинику, и разрешает оформление за это время новой медицинской рекомендации. В противном случае распоряжение об удержании перестает действовать, и пациент становится неформальным пациентом и имеет право остаться в клинике уже на неформальной основе или выписаться.

Обычно основная масса пациентов поступает в клинику на неформальной основе, и указанные разделы применяются лишь в небольшом числе случаев, составляющих, скорее всего, лишь 5-10 процентов от всех поступающих пациентов.

Иногда состояние пациентов, находящихся в клинике уже на неформальной основе, ухудшается, но они требуют выписки, хотя, по мнению работников клиники, выписка для них небезопасна. При таких обстоятельствах Раздел 5 разрешает оформление заявления на оставление пациента в клинике, даже если он уже стал неформальным пациентом. Этот раздел разрешает удержание пациента в течение 72 часов, начиная с момента написания заявления, после чего следует оформление документов, необходимых для применения Разделов 2 или 3.

Направление пациента в клинику

71

Нововведением в Акте от 1983 года является то, что называется полномочиями медсестры на шестичасовое задержание пациента. Если медсестра считает, что лечащегося стационарно пациента необходимо задержать в клинике, поскольку он страдает от психического расстройства достаточно тяжелой степени, но в то же время иногда бывает практически невозможно немедленно доставить к пациенту лечащего врача для оформления рапорта в соответствии с Разделами 2 или 3, тогда она может задержать пациента в клинике на свое усмотрение на шесть часов с момента регистрации данного факта или на меньшее время — до прибытия лечащего врача, имеющего полномочия оформить рапорт в соответствии с одним из соответствующих разделов *Акта о психическом здоровье*.

Медсестры могут удерживать пациента в клинике в случае угрозы самоубийства или убийства на непродолжительное время, за которое можно вызвать врача и решить возникшую проблему.

Наконец, в соответствии с Разделом 136 Акта, если констебль обнаруживает в общественном месте человека, который кажется ему страдающим от психического расстройства и которому требуется срочная помощь, то он, в интересах этого человека и окружающих, может доставить его в безопасное место, определяемое Разделом 135.

Это означает, что констебль может доставить человека, обнаруженного в общественном месте в состоянии психического расстройства, в клинику, полицейский участок или иное отведенное для такой цели безопасное место, чтобы тот мог находиться там под наблюдением врача и получить, при необходимости, медицинскую помощь, предусмотренную обсуждаемым Актом. Доставленный констеблем в клинику пациент может удерживаться там в течение 72 часов, причем

медицинский персонал должен предоставить ему все, что предусматривается Разделами 2 и 3. Конечно, может случиться так, что удерживаемый в клинике пациент, в силу природы своего заболевания, не осознает необходимости такого лечения и будет протестовать против него. Чтобы защитить пациентов в случае неправомерного их удерживания, в Акт включены разного рода гарантии прав личности, в соответствии с которыми пациент может подать апелляцию.

72

Психиатрия

Пациент может сначала апеллировать к работникам администрации клиники, которые должны рассмотреть обстоятельства инцидента, после чего случай должен рассматриваться в *Трибунале по пересмотру состояния психического здоровья*. Пациент имеет право апеллировать непосредственно в *Трибунал по пересмотру состояния психического здоровья*, что предусмотрено Частью Пятой Акта. В Англии каждое региональное управление здравоохранения напрямую связано с каким-либо местным отделением *Трибунала по пересмотру состояния психического здоровья*, в Уэльсе существует отдельный трибунал. (Акт от 1983 года не распространяется на Шотландию и Северную Ирландию.) Пациенты могут обращаться с подобными просьбами в течение первых 14 дней их пребывания под охраной, если они удерживаются на основании Раздела 2 Акта, а в случае задержания на основании Раздела 3 Акта — в течение первых 3 месяцев. Если по истечении 6 месяцев пациент вновь признан подлежащим принудительному удержанию, то он может опять в течение следующих 28 дней подавать апелляцию на пересмотр, причем это может сделать и кто-то из ближайших его родственников, поставленных об этом в известность официальным лицом медицинского учреждения.

Трибунал по пересмотру состояния психического здоровья при рассмотрении случая каждого конкретного пациента располагает несколькими возможностями. Он имеет полномочия освободить пациента из клиники, рекомендовать предоставление ему отпуска, препятствовать выписке или перенести ее срок. Если эти рекомендации не исполнены, Трибунал может быть созван повторно. Трибунал обязан освободить пациента, удерживаемого на основании Раздела 2 Акта, если есть уверенность, что после освобождения пациент не будет страдать от психического расстройства в такой степени, что возникнет необходимость повторного помещения его в клинику для аттестации его состояния, или если он установит, что помещение пациента в клинику не было обусловлено интересами здоровья или безопасности больного или окружающих. Равным образом, Трибунал должен выписать из клиники любого из удерживаемых там в соответствии с Разделом 2 пациентов, если он установил, что пациент не страдает ни одним из 44 категорий психических расстройств в такой степени, что есть необходимость в проведении лечения в больничных усло-

Направление пациента в клинику

73

виях, или что удерживание пациента противоречит интересам его здоровья или безопасности. Аналогичные инструкции применимы и к тем, кто удерживается в клинике в соответствии с Разделом 3 Акта.

Часть Третья Акта касается принудительного удержания в клинике пациентов, проходящих по уголовным делам или осужденных. Этот раздел Акта не имеет большого значения для психиатрии в целом и используется сравнительно редко. В соответствии с этим разделом Коронный Суд или магистраты могут поместить обвиненного пациента в клинику, специально определенную судом, по рапорту о его психическом состоянии. Если суд удовлетворяется заключением дипломированного лечащего врача о том, что есть причины полагать, что субъект, которому предъявлено обвинение, страдает психическим заболеванием, психопатическим расстройством, тяжелой умственной неполноценностью или умственной неполноценностью, и если суд приходит к мнению, что нет оснований для составления рапорта о его психическом состоянии и можно обойтись одним заявлением, то он может воспользоваться своим правом на помещение такого пациента в клинику.

Коронный Суд может вместо содержания обвиненного субъекта под стражей препроводить его в клинику, определенную для этого судом, и издать постановление, гарантирующее защиту прав обвиненного.

Пациенты, помещенные в клинику по постановлению суда, ограничены в своих правах подавать апелляцию так, как это делается в обычных случаях, когда они удерживаются там в соответствии с

разделами *Акта о психическом здоровье*, за исключением тех случаев, когда они были переведены в клинику Англии или Уэльса, а прежде находились в клинике в соответствии с *Актом о психическом здоровье*, действующем на территории Шотландии, Нормандских островов или острова Мэн, которые имеют свое собственное законодательство.

В тех случаях, когда Коронный Суд вынес решение о госпитализации в отношении нарушителя закона, и если его проступок достаточно серьезен, то вступает в силу постановление о лишении свободы на основании Раздела 41. Срок в этом случае может быть не ограничен или определен судом. Освобождение при таких обстоятельствах может быть одобрено только по просьбе, поданной министру, которому принадлежит

74

Психиатрия

последнее слово при обсуждении медицинских рекомендаций по освобождению, если таковые рекомендации имеются.

В соответствии с Разделом 46, министр имеет полномочия распорядиться, чтобы человек, подлежащий принудительному задержанию в течение срока, определяемого Ее Величеством королевой, был направлен в клинику, назначаемую этим распоряжением. Клиника имеет право отказать в приеме такого пациента, если она не может обеспечить необходимую степень безопасности.

Большая часть современных психиатрических клиник не располагает средствами для ухода за пациентами, которых закон классифицирует как душевнобольных преступников, и поэтому существуют специализированные клиники, оборудованные для обслуживания пациентов с серьезными расстройствами, представляющих опасность для окружающих. В Англии такие клиники расположены в Бродмуре, Рэмптоне и Мосс-Сайде. Однако в последнее время специализированные отделения начали функционировать и в других местах, например, в клинике Парк-Лейн в Ливерпуле. Карстерс-Стейн в Шотландии тоже является клиникой такого типа.

Возникающую здесь этическую проблему можно сформулировать следующим образом. Если человек страдает умственным расстройством или нарушением функционирования мозга, которое по своей природе мешает ему осознать, что он болен, то должны ли другие люди, компетентные в подобных заболеваниях, брать их под свою опеку с целью лечения болезни в надежде, что они действуют в интересах пациента, даже если тот протестует против лечения или отказывается признать его необходимость? Для тех, кто уже готов ответить «нет», зададим дополнительный вопрос. Должен ли врач, знающий, что он может облегчить страдания, сократить продолжительность заболевания и, возможно, спасти чью-нибудь жизнь или здоровье, отказываться предоставить такую помощь, зная, что пациент не в состоянии правильно оценить положение, — только потому, что нет возможности уладить формальности и получить согласие пациента?

В других областях медицины такой проблемы не возникает, поскольку считается, что пациент всегда способен делать разумные заключения. Если у меня воспаление аппендикса, и я отказываюсь от операции, несмотря на то, что мне объяснили ее

Направление пациента в клинику

75

необходимость, то я рискую умереть от осложнений. Мои советчики могут огорчиться, но они не будут чувствовать себя обязанными принуждать меня изменить свое мнение. Но возьмем еще один экстремальный случай: у меня кровотечение, но я без сознания и не чувствую этого. При этом обычно предполагается, что, будучи в сознании, я бы принял помощь для остановки кровотечения. Поэтому в таких случаях люди ради меня все же начинают что-то предпринимать. Но если мне требуется переливание крови, и, будучи в сознании, я отказался бы от этого, потому что принадлежу к одному из тех религиозных объединений, которые выступают против такой операции, то и в этом случае врачам не может быть предъявлено обвинение в недобросовестной работе.

Руководствуясь подобными мотивами, большинство населения считает, что в тех редких случаях, когда нельзя получить согласие пациента, поскольку тот не в состоянии сформулировать разумное суждение именно в данную минуту, все же необходимо оказывать ему помощь, основываясь на мнении квалифицированного врача, или спрашивать разрешения у ближайшего родственника пациента, если есть такая возможность, в надежде, что когда пациент восстановит свое здоровье, он будет благодарен за помощь. Раздел 3 *Акта о психическом здоровье* дает законную санкцию на такое действие, что делает излишним опасения о возбуждении судебных действий со стороны тех, кто обязан сделать соответствующее заключение. При неясных ситуациях или в случае, когда необходимо применить недостаточно проверенный метод лечения, способный вызвать вредные побочные эффекты, тоже возникает моральная проблема. Примером такого способа лечения может служить операция по рассечению мозга (лейкотомия). Может показаться, что лучше всего разрешить такую проблему, предоставив принятие решения опытным и квалифицированным специалистам, обладающим твердыми нравственными устоями. Но в

нашем обществе, где возможны злоупотребления, это легко лишь на словах, именно поэтому необходимо неукоснительно следовать тем пунктам о гарантиях, которые включены в *Акт о психическом здоровье*. Кроме того, ряд общественных организаций потребовал включения в *Акт о психическом здоровье от 1983 года* дополнительных гарантий прав пациента, что привело к созданию *Комиссии по Акту о психическом здоровье*.

76

Психиатрия

Комиссия по Акту о психическом здоровье

Этот орган был образован министром в качестве особого органа власти и, подобно другим властным структурам в области здравоохранения, призван действовать в соответствии с распоряжениями министра, но в остальном он является независимым в своих действиях и мнениях. Министр социального обеспечения ответствен за формирование этой комиссии. В ее состав примерно в равной пропорции входят юристы, медсестры, психологи, работники социальной сферы, психиатры и просто граждане. Входящие в состав комиссии медики отвечают за получение согласия на лечение и, в соответствии с Разделом 120, обязаны добиваться решения о том, чтобы содержащихся в клиниках или домах для престарелых и инвалидов пациентов посещали назначенные для этого люди для частной беседы с ними. Те, кто облечен этими полномочиями, обязаны рассмотреть любую жалобу содержащегося в клинике пациента на администрацию клиники, а также все другие жалобы, касающиеся прав пациента в соответствии с Актом. Комиссия может рассмотреть жалобу, сделанную бывшим пациентом, содержащимся в клинике в соответствии с рассматриваемым Актом, если тот считает, что во время его пребывания в клинике с ним плохо обращались. Любое лицо, уполномоченное Комиссией, имеет право доступа в любое время к содержащемуся в клинике пациенту и ко всей информации о нем.

В частности, входящие в *Комиссию по Акту о психическом здоровье* медики обязаны беседовать с теми пациентами, содержащимися в клинике в соответствии с Актом, которым необходимо лечение, но которые отказываются от такового или неспособны понять его смысл.

Обычно это касается назначения медикаментов для длительного лечения или использования лечения электрошоком. Если ответственный медицинский работник рекомендует такое лечение пациенту, то он должен получить еще одно, дополнительное, заключение от члена *Комиссии по Акту о психическом здоровье*, который посетит пациента, поговорит с ним и с кем-то из знающих пациента людей, не относящихся к медицинскому персоналу клиники, чтобы убедиться в том, что назначение этого лечения оправданно и обоснованно.

Направление пациента в клинику

77

Таким образом, функцией Комиссии должно быть назначение лечащих врачей, которые выдают разрешение на предоставление лечения в соответствии с Параграфами 192 и 196. При этом форма лечения пересматривается только в том случае, если был зарегистрирован запрос на получение дополнительного заключения. В соответствии с Разделом 120, в обязанности Комиссии входит также посещение пациентов и рассмотрение жалоб.

Комиссия выработала Кодекс Действий, который предусматривает составление отчетов каждые два года.

Функции Комиссии существенно отличаются от полномочий *Трибунала по пересмотру состояния психического здоровья*, который определяет, нужно ли продлевать срок принудительного содержания пациента в клинике, и отвечает на запросы пациента. Комиссия не имеет полномочий на выписку пациента из клиники.

Часть Шестая *Акта о психическом здоровье от 1983 года* касается перемещения и возвращения пациентов в пределах территории Соединенного Королевства. Эта часть Акта является весьма важной, поскольку на территории Шотландии, Северной Ирландии, Нормандских островов и острова Мэн действуют иные законы, и к ним *Акт о психическом здоровье*, действующий в Англии, не имеет отношения. Английский *Акт о психическом здоровье* имеет силу в Уэльсе, где в настоящее время система законов та же, что и в Англии.

Шотландия, Северная Ирландия, штаты Гернси, штаты Джерси и остров Мэн имеют собственные законодательные системы и свои *Акты о психическом здоровье*. Хотя они во многом сходны между собой, а Акт для Шотландии и Северной Ирландии недавно был модернизирован, между ними все еще остаются существенные различия, которые в данной книге трудно рассмотреть во всей полноте. Читатель, проживающий на территории этих стран, поступит правильно, если будет обращать внимание на те юридические различия, которые могут обнаруживаться в

рассматриваемых Актах. Например, продолжительность времени действия распоряжений на задержание, а также методы осуществления принудительного удерживания пациентов в Шотландии несколько отличаются от таковых для Англии и Уэльса. Поэтому при перемещении пациента из одной страны в другую необходимо провести некоторые согласования, чтобы переносить определенные инструкции из одного Акта в другой.

78

Психиатрия.

Например, в соответствии с Разделом 80 *Акта о психическом, здоровье от 1983 года для Англии и Уэльса*, если министр считает, что в интересах пациента следует перевести его в Шотландию, и при этом подразумевается, что необходимые согласования в отношении приема пациента проведены, то он может выдать распоряжение на перевод пациента и дать любые необходимые указания в отношении доставки его к месту назначения. В разделах этой Части идет речь также о возвращении и перемещении по территории Британии иностранцев, под которыми подразумеваются лица, постоянно проживающие за пределами Британии. Особенно важным разделом является Раздел 149, Пункт 4 которого ссылается на *Акт о национальной службе здравоохранения от 1977 года*, предусматривающий, что все положения *Акта о психическом здоровье от 1983 года для Англии и Уэльса* применимы также и к островам Силли. Часть Седьмая Акта относится к управлению делами и имуществом пациентов. Особый интерес здесь представляет *Суд по защите*. Эта часть Акта призвана гарантировать защиту имущества и финансов людей, которые вследствие психических заболеваний оказываются неспособными управлять своими делами и в результате могут оказаться в положении эксплуатируемых.

Чаще всего такие проблемы возникают, если пациент страдает психотическим заболеванием, например, шизофренией или деменцией, при которых ослабляются память и интеллект. Эта проблема особенно остра для пожилых людей — в частности, в тех случаях, когда необходимо составить завещание.

Пациенты, находящиеся в психиатрической клинике, не могут подписывать юридические документы, за исключением тех случаев, когда их правомочность официально признана и засвидетельствована медицинским работником, несущим ответственность за данный случай. Часто родственники находят эту инструкцию довольно утомительной, однако она призвана защищать больного от неразборчивых в средствах людей, то есть наилучшим образом отражает интересы пациента.

Если пациент хочет привлечь еще кого-то для управления своими делами, и состояние его рассудка позволяет ему разобраться в том, что он делает, и осознать важность проблемы (например, если дело касается состояния его капитала и претен-

Направление пациента в клинику

79

зий на него со стороны родственников), то он имеет право подписывать юридические документы, может составить завещание или осуществить финансовую сделку. Он может предоставить доверенность своему другу или родственнику, который впоследствии будет подписывать банковские чеки или осуществлять финансовые сделки в его интересах. Однако если доверенность была выдана до того, как пациент поступил в клинику, она теряет свою силу, начиная с момента его прибытия туда. Пациент может оформить новую доверенность, если он в состоянии это сделать и хочет этого.

Проблема возникает, когда пациент недостаточно хорошо себя чувствует, чтобы это сделать. Если такое состояние длится лишь несколько недель, то дела обычно могут подождать. Однако при более продолжительных сроках могут возникнуть проблемы, особенно при крупных денежных суммах. Для таких случаев и существует Суд по защите, который должен управлять делами пациентов и блюсти их интересы.

В соответствии с Актом, заявление в Суд по защите может подать поверенный в делах, действующий в интересах пациента, по совету официального работника медицинского учреждения или социальной службы. Установив, что такое заявление обоснованно, суд назначает судебного исполнителя. Часто им бывает близкий родственник пациента, который становится ответственным перед судом за надлежащее ведение дел этого пациента. Таким образом может проводиться оплата счетов, выделение достаточных для удовлетворения нужд пациента средств, ведение таких дел, как обслуживание и восстановление имущества. При отсутствии такого механизма супруг, сын или дочь лишеного прав пациента встретились бы с невозможностью ведения таких важных дел, как плата кредиторам. Если здоровье пациента улучшается настолько,

что он в состоянии принимать участие в управлении своими делами, подобные постановления суда обычно аннулируются.

Лорд-канцлер может назначить одного и более судей верховного суда для содействия исполнению этой части Акта. Суд по защите должен принять присягу на верность и присягу в суде в присутствии лорда-канцлера, при этом лорд-канцлер имеет право назначать других членов Суда по защите для исполнения данной части Акта.

80

Психиатрия

Лорд-канцлер также располагает штатом присяжных, которые, в соответствии с Разделом 102, в качестве инспекторов-медиков, инспекторов-юристов и генеральных инспекторов должны посещать пациентов, охватываемых постановлениями Суда по защите, с целью проверки, что их дела ведутся должным образом.

Часть Восьмая Акта касается функций местных властей и министра, утверждения работников социальной сферы в соответствии с Актом и ведения таких дел, как выделение карманных денег пациентам. Часть Девятая касается проступков, которые могут совершить лица, осуществляющие лечение психически больных пациентов. К таким проступкам относится содействие пациенту, удерживаемому на основании Акта, в его отлучке из клиники без разрешения, нелегальные контакты с удерживаемым на основании Акта пациентом. Сюда также относятся все дела, связанные с возвращением подлежащих удерживанию на основании Акта пациентов, бежавших из клиники.

Интересным является Раздел 141. Когда член Палаты Общин признается подлежащим принудительному содержанию в клинике на основании того, что он страдает психическим заболеванием, то суд, представитель властей, лицо, направившее распоряжение или заявление о помещении в клинику, или любой официально признанный практикующий медик, по мнению которого такое помещение необходимо, обязан известить Спикера Палаты Общин о таком случае. После того, как Спикер получает такое уведомление, он должен проследить, чтобы члена Палаты, о котором говорится в извещении, посетили и освидетельствовали два зарегистрированных медика, которые назначены для этого в соответствии с Актом ректором Королевской коллегии психиатров. Они должны доложить Спикеру Палаты Общин о состоянии дела. Через шесть месяцев после получения этого отчета Спикер должен повторно распорядиться о посещении члена Палаты Общин, и если из второго отчета следует, что член Палаты Общин продолжает страдать психическим заболеванием и остается в клинике, то эти отчеты выносятся на рассмотрение Палаты Общин, и место данного члена Палаты становится вакантным. Однако это не относится к членам Палаты Лордов.

Направление пациента в клинику Литература

81

The Mental Health Act, 1983 HMSO, London.

The Mental Health Act, 1983 Memorandum on Parts 1-6,8 and 10, Department of Health and Social Security, 1983, HM(W) 1912.

Restoring Psychiatrically Disabled into the Community, Lancet, 11, 1963.

Stanton, A. H., and Schwartz, M. S., *The Mental Hospital*, Tavistock, London, 1954.

Вопросы

1. Какие могут быть основания для направления пациента в клинику?
2. Какой процент пациентов в психиатрической клинике составляют неформальные (то есть принятые непринудительно) пациенты?
3. Каковы четыре категории заболеваний, в соответствии с которыми может быть инициировано принудительное направление человека в клинику?
4. Как осуществляется управление делами содержащегося в клинике пациента?
5. Какова функция *Трибунала по пересмотру состояния психического здоровья*?
6. Что такое *Комиссия по Акту о психическом здоровье*!

4 История психиатрии

Изучение психических болезней началось много веков назад. За четыре века до нашей эры Гиппократ разработал основные принципы подхода к психическим заболеваниям, а древние греческие и римские писатели ссылались на симптоматологию психических расстройств.

За несколько веков до этого в Индии Сушрута писал на тему психиатрии. Цицерон в первом веке до новой эры и Гален в 150 году нашей эры обращались к этой теме, но, безусловно, основные идеи относительно причин этих заболеваний сформулированы в трудах древних философов. Китайцы во времена династий Тан и арабские писатели, современники жившего в девятом веке в Багдаде Рази, внесли свой вклад в развитие идеи о состояниях, которые в наши дни назывались бы депрессией, шизофренией и, возможно, истерией.

В Британии в 1247 году была основана **Вифлеемская лечебница** (Бедлам, от Bethlehem), и с 1300 года она начала прием, наряду с другими пациентами, и психически больных. Однако только с восемнадцатого века психиатрия начала оформляться как самостоятельная дисциплина, и тогда же были предприняты первые попытки лечения пациентов и ухода за ними с учетом тех открытий, которые были сделаны в медицине и хирургии того времени.

Первые законодательные акты

Согласно **Акту о бродяжничестве от 1744 года**, каждый церковный приход должен был присматривать за своими нищи-

История психиатрии

83

ми, а также за «бешеными и опасными для окружающих сумасшедшими», которые должны «сидеть взаперти в безопасном месте до тех пор, пока не пройдет их сумасшествие». Магистратам вменялось в обязанность выдавать соответствующие удостоверения, по которым такие пациенты направлялись в тюрьму или в исправительные дома, где их содержали бесплатно. В более поздние времена для приема в Йоркский приют или в Королевскую больницу Чидл требовалось еще меньше формальностей.

До 1744 года душевнобольных в Британии считали колдунами. В то время больниц, где лечили психические заболевания, почти не было. В семнадцатом веке начали появляться небольшие частные дома для умалишенных, имелась Вифлеемская больница в Лондоне и специальная палата в доме для бедняков в Бристоле, где в 1699 году была учреждена Корпорация бедняков.

В это время сумасшедших юридически не выделяли среди других бродяг, и так продолжалось вплоть до 1744 года, когда вышел первый закон, специально посвященный тем, кто страдал психическими заболеваниями и представлял опасность для окружающих. Акт от 1744 года предусматривал выделение церковным приходом некоторых средств на лечение таких людей во время их содержания в тюрьме.

Вторая больница для лечения душевнобольных была открыта в Норидже в 1713 году. Больница Гая в Лондоне открыла палаты для сумасшедших в 1728 году, в 1751 году была построена больница святого Луки, а во второй половине восемнадцатого столетия в средних по величине провинциальных городах, включая Ньюкасл, Йорк, Манчестер и Ливерпуль, аналогичные больницы были основаны на средства, собранные населением.

Часто в таких больницах пациентов удерживали насильно, обращались с ними жестоко - иногда во имя лечения, а иногда просто для развлечения посетителей, которые платили за то, чтобы посмотреть на умалишенных. В некоторых случаях, вероятно, охранники удовлетворяли свои садистские наклонности. В те времена моральные принципы не могли быть очень высокими, а при отсутствии эффективных методов лечения любое терапевтическое нововведение прививалось с трудом.

В девятнадцатом веке значительно увеличилось количество окружных приютов, и парламент учредил комитет по надзору за

84

Психиатрия

История психиатрии

85

«состоянием криминально опасных и нищих умалишенных в Англии и Уэльсе и связанными с ними законами». Основанием для учреждения этого комитета был акт парламента от 1800 года, в котором говорилось, что лица, совершившие тяжкое уголовное преступление в состоянии безумия, должны содержаться принудительно в подходящих для этого местах, хотя в действительности таких подходящих мест к тому времени оборудовано не было. Под этот акт подпадал Джеймс

Хедфилд, пытавшийся убить короля и оправданный по причине сумасшествия.

Результатом представленного комитетом отчета стал **Акт о приютах от 1808 года**, который предписывал в каждом графстве создать приют для нищих умалишенных. Эти приюты оплачивались церковными приходами и принимали умалишенных преступников вплоть до 1816 года, когда часть Вифлеемской больницы была оборудована под государственный приют. Бродмурская больница открылась только в 1863 году.

Нортгемптоншир был первым графством, где в 1811 году была открыта окружная психиатрическая больница. Вслед за этим в 1818 году открылась больница Стенли Ройда в Уэкфилде, однако к 1845 году только восемнадцать графств предприняли такие действия, а количество психически больных, требовавших лечения, в то время превышало 20 000.

Великим реформатором того времени был лорд Шефтсбери. С его именем связан второй **Акт о приютах от 1845 года**, который требовал обязательного устройства психиатрических больниц, в то время как *Акт о приютах от 1808 года* носил чисто рекомендательный характер. Появлялись новые частные дома для психически больных. **Акт о домах для умалишенных от 1828 года** был попыткой предотвратить злоупотребления в этой области, поскольку принудительное содержание в неволе здоровых людей по настоянию их семей зачастую практиковалось как средство кардинального решения семейных проблем. После выхода Акта пациенты не принимались в больницу без направления, подписанного двумя независимыми практикующими врачами, а для приема нищих требовалось распоряжение, подписанное двумя членами магистрата или одним из духовных лиц церковного прихода.

В 1845 году было создано первое **Управление по делам умалишенных** с целью надзора над всеми соответствующими

учреждениями страны. В Йоркском приюте было проведено расследование злоупотреблений, допущенных при уходе за пациентами. До учреждения комиссии, в 1796 году, Уильям Тьюк основал приют в Йорке — больницу, предназначенную для членов «Общества друзей», строго придерживающегося заповедей квакеров и их образа жизни. Больница скоро получила репутацию гуманного заведения и в последующие десятилетия стала примером применения ненасильственных методов лечения.

В это время такие реформаторы, как Пинель во Франции, развивали принципы гуманизма, и когда в 1834 году Р. Г. Хилл получил назначение в Линкольнский приют, он показал хороший пример, упразднив методы тюремного заключения, которые до этого широко практиковались в отношении психически больных, и тем самым доказал, что в правильно организованном учреждении с хорошим персоналом можно не прибегать к жестоким методам.

Той реформаторской эпохе принадлежат и такие личности, как Конолли, терапевт, работавший в Ханвелле, и В. К. Худ, осуществивший модернизацию Вифлеемской больницы.

Однако на протяжении девятнадцатого столетия окружные психиатрические больницы все больше укрупнялись и уже не справлялись с огромным количеством пациентов. Психические заболевания тогда были практически неизлечимыми, пациенты-психотики находились в лечебнице годами, создавая постоянно растущую перегрузку с малой надеждой на благоприятные перемены. В «Истории психиатрии», написанной Лейдером и Олд-риджем, цитируется отчет *Столичных комиссаров по неменяемости* от 1844 года: «В Ханвелле два медицинских чиновника занимаются примерно тысячей пациентов, которых полагается осматривать по два раза в день. В их списке на прием постоянно около тридцати больных и еще примерно пятьдесят назначено на особую диету. Кроме этих обязанностей, они должны еще готовить медикаменты и вести журналы и дневники». При таких обстоятельствах и при катастрофической нехватке персонала стоит ли удивляться столь частым злоупотреблениям и низкому уровню терапии? Скорее, следует удивляться тому, что, несмотря на все эти трудности, во второй половине девятнадцатого века начались большие перемены к лучшему.

86

Психиатрия

Носящий рекомендательный характер **Акт об идиотах от 1886 года** давал местным властям полномочия строить дополнительные больницы, в основном, для лечения умственно отсталых пациентов. До этого времени почти не проводили различия между психически больными и умственно отсталыми. Последовавшие за этим **Акт об умалишенных от 1890 года** и вышедший в 1913 году **Акт об умственной неполноценности** выделили четыре градации недостаточности умственного развития, и после определенного усовершенствования в 1927 году эта классификация сохранилась вплоть до 1959 года.

В 1930 году был введен **Акт о лечении психических расстройств**. Он определил принципы ухода за пациентами на основе современных методов и впервые ввел категорию «добровольного пациента». До этого времени больные направлялись в окружные психиатрические больницы по распоряжению о принудительном препровождении на основании действовавшего тогда Акта, причем для этого требовалась лишь подпись члена магистрата. Тогда же впервые получили официальный статус клиники с амбулаторным приемом пациентов, а местные власти получили возможность организовать уход за выздоравливающими.

Событием, значение которого трудно переоценить, было появление в 1946 году **Акта о национальной службе здравоохранения** после соответствующей правительственной инструкции от 1944 года. Первоначально психиатрические больницы не подпадали под действие этого Акта, но благодаря усилиям Эньюрина Бивена появилась возможность организовать более полную национальную систему здравоохранения, в которую была включена и психиатрия. До этого психиатрические клиники финансировались либо из налогов округа, либо из общественных пожертвований, поэтому нет сомнения, что те крупные шаги вперед, которые сделала психиатрия в последние 30 лет, в немалой степени были обеспечены помощью государственного финансирования таких клиник, что позволило достичь стандартов, принятых в больницах общего профиля, и сформировать необходимую штатную структуру для врачей, медсестер и специалистов таких смежных дисциплин, как психология и профессиональная терапия.

История психиатрии

87

Акт о психическом здоровье от 1959 года

Еще одной важной вехой стало введение в 1959 году **Акта о психическом здоровье**. Принципиально важным следствием этого Акта было то, что теперь пациенты помещались в психиатрические лечебницы по их собственному желанию, то есть с тем же статусом, что и в другие больницы, без каких-либо правовых ограничений. Современные методы лечения сделали такие ограничения необязательными в огромном большинстве случаев, и закон пошел этому навстречу. Более 90 процентов приемов в клинику осуществлялось теперь именно на добровольной основе, а остальным гарантировалась процедура направления, которая обеспечивала обоснованность, права личности и отсутствие злоупотреблений.

В Акте 1959 года вновь были объединены умственная отсталость и психические болезни и повторены все ссылки на предыдущие Акты в отношении этих двух категорий. Для удобства управления больничной службой были выделены четыре новые категории пациентов в соответствии с Актом: **психические болезни, психопатия** (что заменило собой старое определение моральной несостоятельности в **Акте об умственной неполноценности**) и еще две категории, имеющие отношение к умственной отсталости, названные **«недостаточность умственного развития»** и **«тяжелая степень недостаточности умственного развития»**, что заменило собой старые термины «идиот», «дебил» и «слабоумный», которые воспринимаются как оскорбительные.

Акт о психическом здоровье от 1983 года

За двадцать пять лет действия Акта от 1959 года накопилось немало проблем, связанных с его использованием. Более того, настроение общественности тоже изменилось, обратившись в сторону усиления ответственности, гарантии индивидуальных свобод и прав пациентов. Сформировалось движение протеста, и стало ясно, что те гарантии при направлении на лечение,

gg

Психиатрия

которые были включены в Акт 1959 года, требуют пересмотра разделов, где говорится о принудительном направлении в больницу.

Возникло также движение, ставшее особенно популярным в Соединенных Штатах, которое требовало пересмотреть вопрос об эффективности и допустимости электрошока как лечебной процедуры. Движение направлялось такой организацией, как объединение ученых. Эти движения протеста ориентировались на то, чтобы убедить организаторов законопроекта 1983 года включить при его прохождении через парламент требование о необходимости получения независимой экспертизы перед назначением пациенту такого лечения. Это привело к созданию *Комиссии по Акту о психическом здоровье* и к включению ряда гарантий в разделы Акта, посвященные принудительному направлению пациента в клинику. Эти вопросы мы обсуждали более детально в главе 3. Термин **психическое заболевание** остался неопределенным, а те четыре категории, в соответствии с которыми может быть применено принудительное направление в клинику, теперь стали называться **психическое заболевание, умственная неполноценность, тяжелая умственная неполноценность и психопатическое расстройство**. Определение

психопатического расстройства было пересмотрено по сравнению с Актом 1959 года и теперь стало звучать как расстройство «с включением или без существенного повреждения интеллекта», а не просто «недоразвитость интеллекта». Как и в Акте от 1959 года, психопатическое расстройство должно представлять собой стойкое расстройство или несостоятельность, другими словами, должны быть указания на то, что такое расстройство имело место в течение продолжительного времени, чтобы состояние пациента классифицировать как психопатическое расстройство. Кроме того, он должен проявлять агрессивное или крайне безответственное поведение, чтобы к нему можно было на законном основании применить принудительное направление в клинику. Более того, в Акте от 1983 года уже не упоминалось, насколько такое состояние в принципе поддается лечению, однако из Разделов 3, 37 и 47 следовало, что тот, кто имеет психопатическое расстройство, то есть на самом деле страдает психическим нарушением, не может быть принудительно направлен в клинику для лечения, если нет оснований

История психиатрии

89

утверждать, что медицинское лечение, скорее всего, послужит облегчению состояния пациента или предотвратит ухудшение этого состояния. Это условие намного строже, чем формулировка «требуется лечение или восприимчиво к лечению» в определении психопатического расстройства или недостаточности умственного развития в Акте 1959 года.

В Параграфе 16 Меморандума министерства здравоохранения и социальной защиты по *Акту о психическом здоровье* от 1983 года отмечается, что под действие Акта не попадают те пациенты, психические расстройства которых являются следствием только неразборчивости в связях или иного рода аморального поведения, сексуальных отклонений, алкоголизма или пристрастия к наркотикам. Это означает, что нет никаких оснований принудительно держать человека в клинике только за то, что он злоупотребляет алкоголем или наркотиками, хотя следует признать, что злоупотребление алкоголем или наркотиками может сопровождаться психическим расстройством, вызывать его или развивать предрасположенность к такому расстройству.

Критерии диагностики

В то время, когда формировалась сеть окружных психиатрических клиник, возможности диагностики и проведения различий между разными типами психических расстройств были весьма несовершенными и случайными. За последние 150 лет в отношении определенных типов психиатрических проблем произошли значительные изменения, которые отражают достигнутые в лечении этих недугов успехи.

Первая классификация психических заболеваний была составлена **Крепелином**, который в конце девятнадцатого столетия отделил психозы от неврозов и разделил первые на **dementia praecox** (раннее слабоумие — прежнее название шизофрении) и на **маниакально-депрессивные психозы**. До этого в психиатрии с деменцией связывали целую систему стационарного лечения больных, однако подпадающие под это название заболевания составляли весьма аморфную массу состояний, которые трудно

90

Психиатрия

было отличать друг от друга. Напомню, что это было время, когда на вооружении врачей еще не было рентгеновских лучей, микроскопа для выделения возбудителей инфекций и методики выращивания культур бактерий. Даже такие инструменты, как стетоскоп, имели достаточно примитивный вид.

Деменцией называли группу состояний, при которых имеет место нарушение интеллекта с расстройством памяти и общей дезинтеграцией личности и социального функционирования. *Dementia praecox* составляла одну из подгрупп этой группы, причем это заболевание, как правило, появляется в юном возрасте и потом постоянно прогрессирует до описанного состояния. Теперь нам, конечно, известно, что *dementia praecox* вовсе не является истинной деменцией — это псевдодеменция, результат остаточных явлений шизофренического процесса. Однако в девятнадцатом веке это еще не было установлено.

В начале девятнадцатого века еще два недуга классифицировались как деменции, приводящие пациентов в психиатрическую клинику. Одно называлось **паралитическим слабоумием**, или I «общим параличом душевнобольного», а второе представляло собой алкогольную деменцию и получило название **психоз Корсакова**. Оба эти состояния приводят к истинной деменции — первое за счет поздних стадий сифилитического инфицирования, а второе за счет повреждения центральной нервной системы вследствие отравления организма и недостатка витаминов, обус-

ловленного недостаточностью абсорбции витаминов группы В, к чему предрасположено данное состояние.

Паралитическое слабоумие (Dementia Paralytica)

Хотя уже было известно, что деменции можно как-то подразделять, и что внутри этих подкатегорий имеются определенные типичные особенности, этиология заболеваний все еще оставалась на уровне догадок. Считается, что сифилис был завезен в Европу моряками, возвращавшимися из Америки на парусных судах Колумба. Это заболевание распространилось по Европе и в семнадцатом веке достигло уровня эпидемии. Было установлено, что ранние стадии болезни являются следствием сексуального контакта, однако эффекты последующего развития сифилиса, обусловленные хроническим и нераспознанным инфицированием боль-

История психиатрии

91

ного, могут не проявлять себя в течение 20 лет и более со времени первого контакта. Таким образом, связь между двумя стадиями заболевания не прослеживается до тех пор, пока центральная нервная система, спинной мозг или обширные области сердца не окажутся пораженными микроорганизмом, определяющим этиологию болезни.

Первое описание паралитического слабоумия было сделано Хэзлемом в 1798 году. Он работал аптекарем в Вифлеемской больнице и описал типичные симптомы заболевания, считая, что оно вызывается психологическими причинами. Это мнение не изменилось до тех пор, пока в 1913 году Ногухи и Моор не обнаружили в паренхиме мозга умерших паралитиков микроорганизм *Treponema Pallidum* (бледная спирохета).

Более подробно эту тему мы будем обсуждать в главе 16. Мало сказать, что это открытие имело чрезвычайную важность для психиатрии: в то время 20 процентов всех направляемых в психиатрические больницы пациентов страдали от паралитического слабоумия. Открытие связи заболевания с сифилисом и разработка методов лечения, способных убивать микроорганизмы, сразу вернуло психиатрию в русло медицины. Теперь большая группа больных, ранее считавшихся неизлечимыми, получила эффективное лечение, а у тех, кто трудился на ниве психиатрии, появились новые основания для надежды и энтузиазма.

В настоящее время только около 2 процентов случаев деменции относят к этому диагнозу. В 1910 году Эрлих установил эффективность неарсфенамина для лечения паралитического слабоумия. Это произошло еще до того, как был выделен вызывающий заболевание микроб. В 1917 году Вагнер Йорегг установил, что паралитическое слабоумие намного реже встречается в тех странах, где малярия является эндемической болезнью. Он предположил, что вакцинация таких пациентов малярией может явиться эффективным методом контроля распространения паралитического слабоумия. Впоследствии это подтвердилось, хотя такое лечение, конечно, не исключало определенного риска, поскольку малярия сама по себе является достаточно серьезным заболеванием. И все же эта остроумная идея вернула здоровье многим людям, которые в ином случае остались бы хронически

92

*Психиатрия *

больными с постепенной деградацией их образа жизни к растительному существованию. Впоследствии выяснилось, что эффективность такого лечения обусловлена простым фактом: малярия вызывает сильный жар, и в результате температура убивает спирохету, инфицировавшую центральную нервную систему больного.

Это еще один интересный пример того, как метод, механизм действия которого вначале не совсем понятен, может принести человечеству огромную пользу. Но как только механизм явления был выяснен, появилась возможность использовать гипертермию, не прибегая к вакцинации малярией, и это оставалось достаточно эффективным методом лечения до того момента, пока в нем не отпала необходимость, поскольку в 40-х годах нашего века был открыт пенициллин.

Другой бич восемнадцатого и девятнадцатого столетий - алкоголизм - остается таковым и сегодня. Долговременные эффекты воздействия алкоголя мы будем обсуждать в главе 14. Разрушение центральной нервной системы из-за интоксикации организма и вследствие дисбаланса в метаболизме витаминов группы В часто сопровождается потреблением алкоголя и отчетливо распознается. Было установлено, что на Британских островах насчитывается приблизительно 350 000 алкоголиков. Примерно десятая часть из них получает соответствующее лечение. В некоторых случаях, когда болезнь остается нераспознанной, она может привести к развитию состояния деменции, известного под названием психоза Корсакова. Это также тип деменции, который в

конце девятнадцатого века был выделен в пределах данного диагноза.

Еще одно бедствие начала двадцатого столетия, приводившее пациентов в психиатрическую клинику, а именно **летаргический энцефалит**, было обусловлено заражением вирусом и охватило многие страны в конце Первой мировой войны. Это заболевание наносит разрушительный удар по центральной нервной системе человека, следствием чего является деменция или снижение уровня интеллекта. Распространение и последствия эпидемии летаргического энцефалита определило появление в 1927 году *Акта об умственной неполноценности*.

История психиатрии **Психозы**

93

Самыми распространенными заболеваниями, приводящими людей в психиатрические клиники, были *dementia praecox* и определенные Крепелином маниакально-депрессивные психозы. Причина этих заболеваний в те времена еще не была известна, и лечение не давало заметного эффекта. В то время применяли только успокаивающие средства общего действия, не обладающие направленным лечебным эффектом, а кроме того, в некоторых случаях их применение приводило к развитию лекарственной зависимости. Вплоть до конца девятнадцатого столетия основными применявшимися врачами препаратами были опиум и его производные.

Однако еще в середине девятнадцатого века появилось новое лекарство в виде **бромидов**, который применялся для лечения эпилепсии, а потом стал широко использоваться как успокаивающее средство. К сожалению, в больших дозах этот препарат вызывал побочные эффекты. Часто при введении дозы, необходимой для лечения расстроенного поведения психически больного, наблюдалось состояние, известное как бромизм, приводившее к замедленности умственной деятельности, спутанности сознания и к сыпи на коже.

В начале XX столетия наряду с такими лекарствами, как **хлорал**, появились **барбитураты**, которые широко использовались на протяжении последующих 50 лет. И до сих пор они применяются при лечении эпилепсии и в качестве быстродействующих анестезирующих средств, однако их седативное действие, позволяющее использовать их в качестве снотворных препаратов, может в короткий срок привести к лекарственной зависимости.

Первым препаратом, проявившим себя в качестве эффективного средства для лечения депрессивных состояний, был **амфетамин**. Синтезированный в 20-е годы нашего века, он позволял снимать усталость и создавал ощущение хорошего самочувствия. Какое-то время амфетамины широко использовались для облегчения депрессивных симптомов, а также для уменьшения аппетита. Однако вскоре проявилась опасность привыкания к этим препаратам; кроме того, в некоторых случаях развивалось психотическое состояние, ничем не отличающееся от шизофрении. Это

94

Психиатрия

привело к некоторым интересным исследованиям причин шизофрении, но воздействие этого препарата на депрессивное состояние оказалось краткосрочным, и полная его отмена возвращала пациента к состоянию, еще более тяжелому, чем до начала его приема. Поэтому сейчас амфетамин применяется редко, в основном для лечения нарколепсии — состояния ненормальной сонливости, при котором амфетамин может быть полезным, благодаря его свойству придавать бодрость организму.

Таким образом, вплоть до начала 30-х годов лечение психозов находилось на весьма примитивном уровне. Если не считать успехов в лечении таких заболеваний, как паралитическое слабоумие, все, что могли делать врачи для лечения психозов, которыми страдала большая часть стационарных пациентов психиатрических клиник того времени, это успокоить их и давать поддерживающее лечение в надежде, что расстройство пройдет само собой. Однако последующее десятилетие было отмечено впечатляющими успехами в лечении этих основных психических заболеваний.

Было подмечено, что у пациентов, страдающих психозами, эпилептический припадок приносит в некоторых случаях хотя бы временную ремиссию. В результате возникла теория, согласно которой искусственно вызываемый у больного психозом эпилептический припадок может оказывать лечебное воздействие. Это утверждение подкреплялось наблюдением, что шизофрения редко соседствует с эпилепсией, хотя по сути оно оказалось ошибочным.

В конце 20-х годов Медуна предпринял первые попытки вызвать с помощью припадков генерализованный разряд в центральной нервной системе. Он заметил также, что вдыхание двуокиси углерода эффективно облегчает состояния страха и производит возбуждающее действие

не только на психотиков, но и на страдающих состояниями тревоги. Эксперименты с судорожной терапией (convulsive therapy), как она потом стала называться, оказались чрезвычайно обнадеживающими, и это дало возможность облегчить состояние многих пациентов, страдающих недугом в острой форме. Впоследствии было замечено, что воздействие этого метода на депрессивные психозы более эффективно, чем на шизофрению. При первых попытках искусственно вызвать припадки использовались инъекции камфары, однако

История психиатрии

95

такое лечение было опасным из-за непредсказуемости силы и продолжительности припадка. В 1933 году в Вене Сакель достиг очень хороших результатов при использовании инсулина. Он обнаружил, что этот препарат, разработанный для лечения диабета, в больших дозах вызывает кому. Действие вызванной инсулином гипогликемической комы приводило к точно такой же разрядке центральной нервной системы судорогами. Это лечение широко использовалось для вновь принимаемых в клинику пациентов с шизофренией, и вскоре клиники всего мира приняли эту практику на вооружение, то есть результаты исследований, проведенных в Вене, оказались внушительными.

Между тем, в 1934 году Медуна ввел в практику кардиазол, а в конце 30-х годов Черлетти и Бини разработали методику электростимуляции для получения разрядки судорогами. Это было значительным достижением с точки зрения безопасности процедуры для пациентов и оказалось более эффективным, особенно в случае лечения аффективных депрессивных психозов. Метод электрошока, как его потом назвали, оказался очень важным для психиатрии, поэтому ему будет целиком посвящена глава 8.

Следующим значительным достижением в лечении оказались разработанные Эгасом Монизом хирургические операции на мозге с целью облегчения психотических симптомов и симптомов тяжелых навязчивых состояний. Его операция по лейкотомии впервые была проведена в 1936 году в Португалии и оказалась эффективным средством лечения хронических устойчивых состояний депрессии, тяжелых навязчивых состояний и некоторых случаев шизофрении. Однако поначалу эти операции приводили к значительным изменениям личности, которые были настолько заметны, что сводили на нет всю ценность операции при лечении не слишком тяжелых заболеваний, хотя в некоторых серьезных случаях, когда не было иного метода избавить пациента от постоянного пребывания в клинике, этот способ мог быть приемлемым. Разработка этой операции была следствием длительной экспериментальной работы и наблюдений, которые показали, что при повреждениях нервной системы наряду с вредными последствиями могут со временем накапливаться и некоторые

96

Психиатрия

История психиатрии

97

полезные изменения в поведении личности и в ее характере. Вероятно, энтузиазм первых исследователей таких операций был слишком велик, но все же после некоторого усовершенствования этот метод дал возможность многим пациентам, прежде вынужденным подолгу находиться в психиатрических клиниках, возвратиться в общество и вести более нормальную и полноценную жизнь.

Мониз был первооткрывателем церебральной ангиографии и в 1949 году получил Нобелевскую премию. В Соединенных Штатах операция лейкотомии была разработана Фриманом в 1942 году. Последующие ее усовершенствования позволили прояснить показания к ней и сделали результаты операции более удовлетворительными. И все же современные методы лекарственной терапии и поведенческой терапии (behaviour therapy) сделали показания к проведению таких операций значительно более редкими, чем это было в 40-х годах. Эта тема, имеющая важное историческое значение, будет более подробно обсуждаться в главе 9.

Лекарственная терапия

Через десять лет после блестящих результатов в области физических методов лечения, которые были достигнуты в 30-е годы, началась эпоха медикаментозного лечения неврозов. О 50-х годах можно сказать, что это было десятилетие больших успехов в лекарственной терапии, приведших к серьезному повышению уровня лечения пациентов в психиатрических клиниках.

Была разработана политика «открытых дверей». Закрытые больничные палаты, наконец, были упразднены, и высокую ограду, отделяющую «двор для прогулок» от окружающего мира, можно

было снято. Представители «старой школы» опасались, что пациенты, пребывающие в клинике долгое время, захотят убежать оттуда. Но в действительности, как это ни печально, многие из них настолько привыкли к больнице, что продолжали гулять в пределах участков старого двора для прогулок, не замечая того, что ограждения сняты.

Расширение возможностей для амбулаторного лечения и лечения в дневных стационарах, а также изменение общей тенденции способствовало широкому распространению терапевтических методов лечения. Только тот, кто работал в психиатрических отделениях как до 40-х годов, так и после них, мог по-настоящему оценить перемены, вызванные введением этих новых методов лечения.

Большие транквилизаторы

Молекула фенотиазина, которая была исходной для получения большей части используемых при лечении шизофрении препаратов, синтезирована в лаборатории в 1883 году, но впервые использована в медицине только в 1934 году в качестве глистогонного средства. Некоторые производные этой молекулы оказались полезными в качестве уринарных антисептиков и инсектицидов, а прометазин оказался действенным препаратом для лечения аллергии и в качестве успокаивающего средства. Первоначально прометазин использовался для усиленной анестезии.

В дальнейшем из этой же молекулы синтезирован хлорпромазин и доказана его эффективность в качестве успокаивающего средства, не вызывающего такой заторможенности, какую давали прежние лекарства. Вскоре был обнаружен его антипсихотический эффект в лечении психических расстройств, состояний бреда и шизофренических галлюцинаций, поэтому вплоть до начала 50-х годов этот препарат в высшей степени эффективно использовался в лечении психотических расстройств поведения. Это лекарство имело историческое значение, поскольку дало возможность изменить условия содержания больных. К 1960 году более 50 миллионов пациентов по всему миру с помощью этого препарата получили облегчение симптомов своих заболеваний.

Однако любой прототип всегда можно усовершенствовать. Первые фенотиазины, особенно **хлорпромазин**, содержащий в своей молекуле алифатическую цепочку, давали достаточно серьезные отрицательные побочные эффекты. В частности, хлорпромазин вызывал повышенную чувствительность к солнечному свету, что вынуждало долго болеющих пациентов носить широко-

4 Зак. № 453 Хэзлем

98

Психиатрия

полые шляпы для защиты от солнца. Кроме того, в некоторых случаях развивалась желтуха, снижалось кровяное давление и проявлялся седативный эффект, что снижало ценность лекарства. Более того, те участки мозга, которые имеют отношение к метаболизму допамина (и которые поражаются при болезни Паркинсона), аффецируются и разрушаются под действием этого лекарства, поэтому возникают долговременные побочные эффекты, которые проявляются как аномальные движения, то есть заболевания, известные как поздняя дискинезия, хорей и паркинсонизм.

Поэтому в последующие годы исследования были направлены на обеспечение безопасности препаратов и на разработку сильнодействующих и потому применяемых в меньших дозах лекарств. После множества усовершенствований на рынке появился целый ряд препаратов (см. главу 7). Из достижений последнего десятилетия можно назвать разработку долгодействующих, с замедленным проявлением эффекта инъекций некоторых из этих препаратов, что очень важно, поскольку пациентам не нужно регулярно принимать орально эти препараты, а врачи теперь могут быть уверены, что медикаменты вводятся в необходимых количествах.

Антидепрессанты

Подобной была история разработки антидепрессантов. Кроме упомянутого амфетамина, в 50-е годы были синтезированы еще две группы препаратов, эффективных при лечении некоторых депрессивных состояний. Это лекарства, являющиеся ингибиторами моноаминоксидазы, кратко обозначаемые как ингибиторы МАО, и трициклические антидепрессанты, эффективные при лечении аффективных психозов и в химическом отношении похожие по структуре молекулы на фенотиазины, используемые при лечении шизофрении.

Исходная трициклическая молекула иминодобензила была синтезирована еще в 1898 году, но только в конце 40-х годов лекарства, разработанные на ее основе, были исследованы на

История психиатрии

99

антиаллергическую активность. Первым препаратом, синтезированным и проверенным на

депрессивных состояниях, был **имип-рамин**, который начал использоваться в психиатрии в качестве антидепрессанта с 1957 года.

Наличие побочных эффектов у первых препаратов потребовало дальнейших исследований с целью получения более безопасных и эффективных соединений. В результате за последние 20 лет на основе этих исходных веществ был получен широкий набор производных. Основаниями для введения в практику этих новых продуктов были быстрое действие, отсутствие побочных эффектов и более высокая результативность.

Следующая важная группа ингибиторов МАО, полученных из изониазида, была синтезирована в 1951 году в ходе исследований с целью получения новых противотуберкулезных препаратов. Было замечено, что некоторые пациенты, лечившиеся от туберкулеза с помощью этих лекарств, эффективно убивающих туберкулезные бактерии, ощущали эйфорический эффект. Впоследствии в практику были введены менее токсичные соединения, такие, как фенелзин, действенность которых была установлена в 1957 году. Оказалось, что эти лекарства эффективны при лечении депрессии, связанной с психоневротическими состояниями, и при состояниях фобической тревоги.

Разработка препаратов, эффективных при лечении состояний тревожности, прошла через те же этапы. Первоначально использовались седативные средства, при этом история переносит нас к разработке барбитуратов, широко использовавшихся в начале двадцатого столетия. К началу 50-х годов применялись и другие лекарства, производные высших алкоколен, такие, как мепроба-мат, однако основную группу известных на сегодня транквилизаторов составляют **бензодиазепины**. Они были впервые синтезированы в Польше в середине 30-х годов Стернбахом, но архетип этой группы **хлордиазепоксид** начал продаваться на рынке в больших количествах только с 1960 года. С тех пор появилось множество аналогичных продуктов, и, благодаря своей безопасности для пациентов, они заменили собой все использовавшиеся ранее анксиолитические соединения.

С разработкой лекарств, эффективных для лечения шизофрении, с помощью которых удалось довольно быстро выявить природу большей части аффективных и депрессивных психозов,

4*

100

Психиатрия

и с разработкой безопасных анксиолитиков открылись перспективы более тесного сближения психиатрических клиник с больницами общего профиля. Поэтому в последние десять лет наметилась тенденция создания психиатрических отделений в составе новых районных больниц общего типа и постепенного закрытия старых психиатрических клиник, рассчитанных на большое количество пациентов. В результате значительно увеличился поток амбулаторных больных и пациентов дневных стационаров, а с введением новых возможностей государственной службы здравоохранения теоретически стало возможным предоставление такого лечения всем желающим. Продолжительность пребывания пациентов в психиатрических отделениях уменьшилась в среднем до пяти недель, и, хотя некоторым пациентам может потребоваться повторная госпитализация, поскольку это все же больницы общего профиля, хронических пациентов там становится все меньше.

Все это обнадеживает. Необходимо признать, что среди физических методов лечения, имеющихся в системе здравоохранения, лекарственная терапия является самым удобным, поскольку не отнимает у врача много времени. Большинство работающих в государственной системе здравоохранения психиатров слишком перегружено, поскольку каждый из них отвечает за группу населения примерно в 60 000 человек, а не только за тех, кто записывается на прием персонально, как это бывает в практике частных врачей. В результате пациенты, страдающие неврозами, которым требуется психотерапия, оказываются в невыгодном положении. Тем не менее, и в этой области психиатрии за последнее столетие были достигнуты определенные успехи. Справедливости ради следует отметить, что область применения психотерапевтических методов сократилась в связи с развитием более простых способов лечения, которые показывают если не лучшие, то такие же по качеству результаты. Неразумно проводить с пациентом многие часы, если симптомы его болезни можно облегчить более простым способом, например, давая ему в течение определенного времени транквилизатор.

Тем не менее, наряду с прогрессом в больничном обслуживании, в физических методах лечения и в лекарственной терапии, не останавливалось и развитие психотерапевтических методов, предназначенных для амбулаторного лечения неврозов.

История психиатрии

Таблица 3. История психиатрии

101

| | | |
|------------------------------------|-------------|--|
| | 400 до н.э. | Гиппократ, Сушрута |
| | 100 до н.э. | Цицерон |
| | 900 н.э. | Рази |
| | 1300 | Вифлеемская больница приняла своих психически больных пациентов |
| Опиум | 1700 | Нориджская больница, 1713 Акт о бродяжничестве, 1744 Приют в Йорке. Тьюк, 1796 Хэзлем (1798) описал паралигическое слабоумие |
| | 1800 | Акт о приютах, 1808. Окружные приюты Акт о приютах, 1845. Управление по делам умалишенных Бродмур, 1863 Крепелин создает классификацию |
| Бромид | | Рекомендательный акт об идиотах, 1886 |
| | 1900 | Акт об умалишенных, 1890 Фрейд и Павлов Акт об умственной неполноценности, 1913 Вагнер Йорегг, 1917 |
| Амфетамин | | Акт об умственной неполноценности, 1927; <i>летаргический энцефалит</i> Акт о лечении психических расстройств, 1930 |
| | | Медуна. Судорожная терапия. Сакель, 1933. Терапия с помощью индуцируемой инсулином комы Черлетти и Бини. Электрошок Мониз. Лейкотомия, 1936 |
| Транквилизаторы Антидепрессанты | 1950 | Акт о психическом здоровье, 1959 1950 фенотиазины, хлорпромазин 1951 ингибиторы моноаминоксидазы 1957 имипрамин 1960 хлордиазепоксид |

102

Психиатрия

История психиатрии

103

Психотерапия

Психология, без сомнения, так же стара, как и само человечество: до нас дошли соответствующие тексты из Древней Греции, работы римских писателей и тексты на санскрите. Известно, что уже в Древнем Египте производились операции на черепе.

В конце девятнадцатого столетия два исследователя изучали разные аспекты психологических функций с двух различных точек зрения. Они оказали огромное влияние на последующее развитие обсуждаемого нами предмета. В России **Павлов** исследовал роль условных рефлексов в обучении и создал теорию о воздействии окружающей среды на управление эмоциональным состоянием животных и о том, как при этом изменяются процессы обучения. Вслед за этим появились теории обучения Кларка и других исследователей, что привело к появлению метода лечения, известного сегодня как **поведенческая терапия**, который широко применяется для лечения состояния тревоги. Одновременно **Зигмунд Фрейд** разрабатывал свои теории, приведшие к созданию школы, изучающей процессы мышления, и к появлению психотерапии, называемой психоанализом.

Зигмунд Фрейд, невролог, родился во Фрайберге, Моравия. Он изучал медицину в Вене, а в 1885 году переехал в Париж, чтобы учиться у Шарко. Шарко владел искусством гипнотизма, развитым

Месмером, и Фрейд был поражен возможностями этой техники в лечении симптомов истерии у некоторых из его пациентов. Однако, чтобы достичь успеха в гипнотерапии, требовался особый индивидуальный подход, поэтому Фрейд вскоре убедился, что такой способ лечения не всегда удобно применять на практике. Вместо этого он разработал свою методику, известную как метод «свободных ассоциаций».

В 1896 году Фрейд написал работу «Толкование сновидений»*, которая стала классической и до сих пор читается с наслаждением. Она явилась результатом самоанализа, проводимого Фрейдом во время переписки с Флиссом, врачом из Берлина.

Начиная с 20-х годов, основное внимание Фрейда переместилось с изучения инстинктивных побуждений к исследованию эго

* «Толкование сновидений» было впервые опубликовано в 1900 г.

- Ред.

- той части процесса мышления, которая является сознательной и связывает человека с внешним миром. Фрейд развил этическую психологию, анализ управления антисоциальными естественными инстинктивными побуждениями. Его теории были со временем видоизменены, однако и сегодня они во многом определяют лечение с помощью анализа в США. **Мелани Клейн** развила идеи Фрейда в анализе детских невротических проблем, а впоследствии ее ранние теории были приспособлены к практике такими врачами, как Фэрбэрн, Винникотт и Гунтрип. Более полное описание как психоанализа, так и поведенческой терапии можно найти в курсе «Psychology Made Simple».

Уже при жизни Фрейда появились два ответвления от ортодоксального психоанализа. **Карл Юнг**, один из первых коллег Фрейда, создал аналитическую психологию, которая содержит некоторые мистические и философские идеи и включает теорию коллективного бессознательного. Аналитики юнгианского направления работают сегодня в Великобритании и, в основном, в Соединенных Штатах. **Альфред Адлер** разработал собственную аналитическую теорию индивидуальной психологии, которая сделала широко известными понятия комплекса неполноценности и идеального «я».

Психоанализ не нашел широкого распространения в Великобритании. Проведение полного курса анализа занимает очень много времени, примерно два года с условием посещения пациентом врача дважды в неделю. Такой привилегированный вид услуг система здравоохранения может предоставить разве что в какой-то образцовой клинике, где его можно получить лишь частным образом за очень высокую плату. То есть это лечение не для всех, а только для богатых, поэтому в обычной практике системы здравоохранения при лечении большинства заболеваний в больницах оно занимает очень незначительное место. Результаты этой практики вообще трудно оценивать, а с точки зрения облегчения невротических состояний она дает чуть более быструю, чем обычно, скорость ремиссии, но в целом не так эффективна, как другие, более привычные методы. Психоаналитик, конечно, может возразить на это, что он лечит личность как целое, и что его целью является достижение пациентом самопознания.

По мнению автора, психоанализ неприменим для лечения психозов или деменций. Он может использоваться лишь при лечении сравнительно молодых людей, страдающих неврозами,

104

Психиатрия

что и является основной областью приложения психотерапии вообще. Психоанализ можно рассматривать как некоторое дополнение к психотерапии, как метод, использующий одно ее частное | теоретическое положение.

Тем не менее, теории Фрейда оказали огромное влияние на изучение невротической симптоматиологии в том, что касается толкования сновидений, а также в осознании важности сексуальных переживаний и агрессивных импульсов в мотивациях людей. Поэтому вклад Фрейда в психотерапевтические методы и понимание психически больной личности является неоценимым.

Литература

Freud, S., *The Standard Edition of the Complete Works of Sigmund Freud*, Hogarth Press, London, 1966.

Hare, H., *The Origin and Spread of Dementia Paralytica*, Journal of Mental Science, 105, 1959.

Lader, M. H., *A History of Psychiatry*, SKF Publication, 1979.

Mental Health Act, 1959.

Mental Treatment Act, 1930.

Вопросы

1. Какое место занимает проблема паралитического слабоумия в психиатрии?
2. Каковы основные вехи в развитии физических методов лечения?
3. Когда была построена ваша местная психиатрическая больница?
4. Где находится местный исправительный дом?

Более детальную информацию по этим темам вы сможете получить в вашей местной библиотеке. Постарайтесь также найти *Акт о психическом здоровье* и *Акт о бродяжничестве*, цитировавшиеся в этой главе, а также Акт Шефтсбери, которые послужили историческими вехами развития психиатрии.

Этиология

В этой главе мы рассмотрим причины развития психических заболеваний и проводимые в этой области исследования.

Определение категории заболевания

Сейчас в некоторых кругах стало модным утверждение, что если рассматривать психические заболевания в терминах медицины, то они превращаются в миф. О любой медицинской модели люди с подобными взглядами говорят пренебрежительно и считают психические заболевания результатом воздействия социального окружения на личность. Эти люди полагают, что именно здесь следует искать ключ к выявлению психической патологии, поэтому мы должны посмотреть на проблему и с этой точки зрения, проанализировав имеющиеся факты.

Цель группирования симптомов в отдельные синдромы, или реально существующие заболевания, может быть двойной. Во-первых, это указывает направление исследований и обеспечивает выбор методов возможного лечения. Во-вторых, это помогает психотерапевтам предвидеть результаты лечения и определить его курс, что вместе называется **прогнозированием**.

Например, при диабете, до разработки методики анализа мочи на сахар, врач не мог распознать заболевание по жалобам больного на плохое самочувствие, потерю веса, усиление жажды и еще какие-то неспецифические симптомы. Через какое-то время Доктор замечал, что некоторые его пациенты чувствуют себя все хуже, становясь все слабее, и, наконец, попадают в кому, после

106

Психиатрия

чего обычно вскоре наступает смерть. Когда в распоряжении врачей появилась возможность проводить анализ мочи на сахар, они могли установить, что у части посещающих их пациентов в крови обнаруживается сахар. По совокупности появления симптомов в данной группе пациентов целесообразно их всех идентифицировать как страдающих диабетом, а затем искать причину заболевания и возможные методы его лечения. Далее выясняется, что у таких пациентов поджелудочная железа вырабатывает недостаточное количество инсулина. Тогда и появляется метод лечения путем инъекций инсулина.

До того, как был открыт тест на сахар, нельзя было определить какое-то разумное лечение болезни, а общая схема лечения могла сводиться лишь к ограничению потребления сахара такими пациентами. Это действительно может приводить к некоторому улучшению, однако без анализа на сахар в моче любая попытка лечения представляла бы собой лишь метод проб и ошибок. Если оказывается, что диета с низким содержанием сахара полезна для некоторой части пациентов, жалующихся на недомогание, потерю веса и избыточную жажду, то это может послужить успешным методом лечения, даже если причинно-следственная связь не установлена. То же самое можно сказать и о лечении малярии хинином.

А теперь возьмем в качестве примера **шизофрению**. Каковы основания, чтобы считать ее реально существующим заболеванием? Сначала мы должны определить значение этого термина. Шизофрения — это состояние, при котором наблюдаются определенные группы симптомов, а именно: **расстройство мышления**, характеризуемое **бредовыми идеями** и **переживанием галлюцинаций** (обычно голосов характерного типа). При этом пациент воспринимает эти голоса так, как будто они приходят извне. С этим состоянием связано **неадекватное эмоциональное реагирование** - и все это происходит на фоне ясного сознания.

Но иногда такие симптомы вызываются множеством разных факторов, в том числе и воздействием окружающей среды. В любом случае для удобства мы выделяем пациентов, имеющих такие симптомы, и даем им название, чтобы попытаться идентифицировать связную группу. В действительности мы обнаруживаем, что это заболевание охватывает примерно 1 процент популяции: то есть в любой момент времени можно ожидать, что

Этиология

107

из 100 000 человек населения примерно 1000 болели или болеют шизофренией. Таким образом, эта группа симптомов имеет достаточно широкое распространение - такое же, как, к примеру, аппендицит.

Теперь предположим, что условия для поддержания здоровья несколько изменились, что у людей иные взгляды на то, какие именно пациенты должны составлять такую группу, и нет пока никаких объективных тестов, чтобы проверить справедливость высказываемого мнения. Но даже и тогда мы обнаружим, что перечисленные выше синдромы распространены по миру более или менее одинаково. На это распределение не влияют политические догмы, религиозные убеждения, тип общественного устройства или структура семьи в любой из выбранных групп. Не окажут влияния также классовая принадлежность родителей пациентов и уровень их интеллекта. Симптомы и бредовые идеи могут изменяться в зависимости от культурной почвы пациента, но само заболевание остается отчетливо постоянным. Это свидетельствует о том, что качество окружения и тип воспитания ребенка в обществе не оказывают заметного влияния на сферу, охватываемую рассматриваемым заболеванием.

Более того, если группа индивидуумов, страдающих таким заболеванием, оценивается непосредственно вместе с их родственниками, то степень распространения заболевания в этой расширенной группе будет выше, чем в контрольной. В этом случае охват заболеванием будет составлять примерно 12-15 процентов от числа опрошенных, в то время как в контрольной группе он останется на уровне примерно 1 процента, то есть на уровне, характерном для популяции в целом.

Если в исследуемую группу включены индивидуумы, имеющие близнеца - брата или сестру, — то обнаружится, что распространенность заболевания будет намного выше среди однояйцевых близнецов, чем среди неидентичных двойняшек. Другими словами, когда генетический материал близнецов абсолютно одинаков, то есть когда они произошли из одной яйцеклетки, то в случае, если один из них страдает шизофренией, для второго близнеца вероятность получить это заболевание на каком-то этапе жизни очень высока. Если же близнецы не являются однояйцевыми, то есть если они произошли из разных яйцеклеток и поэтому генетически родственны не более, чем обычные братья и сестры,

108

Психиатрия

то распространенность шизофрении среди таких близнецов будет не выше, чем среди обычных братьев и сестер, то есть выше, чем в общей популяции, но не настолько высока, как в случае однояйцевых близнецов. Наконец, если взять случай однояйцевых близнецов, которые росли вместе, и сравнить со случаем таких же близнецов, которые по какой-то причине росли отдельно, например, вследствие усыновления, то обнаружится, что распространение шизофрении будет одинаковым, то есть оно не будет зависеть от того, вместе или отдельно росли близнецы.

В настоящее время исследования описанного типа имеют большое значение при установлении возможной причины любого типа заболеваний. Они подразумевают возможность действия наследственного фактора. Воздействие семейного фактора может обнаруживаться, например, если заболевание имеет инфекционную природу, но в этом случае распространенность его среди ближайших родственников не будет зависеть от того, являются они близнецами или нет, и различие между идентичными и неидентичными близнецами тоже должно быть несущественным. Более того, инфекционное заболевание скорее поразит того, кто живет вместе с инфицированным больным, и не распространится на тех, которые живут отдельно. Такой тип эпидемиологического исследования очень важен при определении причин различных заболеваний, и не только в психиатрии, поэтому такие исследования сегодня ведутся достаточно широко, хотя при этом необходимо иметь в виду, что для получения достоверных результатов необходимо опрашивать большое количество людей.

Этиологические факторы

Каковы в общем случае те факторы, которые могут вызывать заболевания среди людей?

Их можно сгруппировать следующим образом:

1. Инфекция.
2. Травма (например, перелом ноги).
3. Ненормальный рост, как, например, у карлика.

Этиология

109

4. Переутомление организма в результате преодоления жизненных трудностей, как, например,

в случае ревматизма и некоторых старческих заболеваний.

5. Воспалительные процессы, как, например, при аллергической реакции, и аутоиммунные механизмы, как при астме или при некоторых видах ревматизма.

6. Токсические процессы вследствие отравления химикатами.

7. Генетические аномалии, часто вследствие каких-то наследственных недостатков, как при некоторых типах недостаточности психического развития, при гемофилии и т.п.

8. Биохимические расстройства, когда организм производит определенные ферменты в неадекватных пропорциях или теряет способность их вырабатывать - это также часто связано с генетически обусловленными нарушениями функций.

9. Эндокринные и гормональные расстройства, когда железа производит слишком много или слишком мало гормона или вырабатывает не тот гормон, например, как при тиреотоксикозах.

10. Нарушения вследствие воздействия окружающей среды. Они могут создавать широкий круг проблем. Например, ребенок, который не получал достаточного количества солнечного света, может страдать рахитом по причине, связанной исключительно с окружающей средой, хотя нарушение в организме является следствием недостатка витамина D. Если эмоции ребенка постоянно подавляются, то у него может развиться неспособность формировать адекватные отношения с людьми, когда он станет постарше. Это будет следствием недостатка материнского тепла. По аналогичным причинам может произойти задержка интеллектуального развития ребенка. Нужно учитывать как окружение, которое было в раннем детстве, так и обстановку в данный момент - оба фактора могут действовать в качестве пускового механизма для развития заболевания у предрасположенных к нему людей.

Можно продолжить этот список, но читатель уже, наверное, понял суть аргументации. Следует учитывать всевозможные причины, однако без обоснования фактов, имеющих отношение к распространению заболевания, можно легко прийти к неверному заключению.

С этих позиций нужно рассматривать и другие основные аспекты постановки диагноза: выдачу рекомендаций по лечению

ПО

Психиатрия

и предвидение ожидаемых результатов лечения. При отсутствии лечения прогноз для того состояния, которое мы называем шизофренией, неблагоприятен в 70-80 процентах случаев, причем прогрессирование заболевания ведет к крайней степени ухудшения состояния с переходом в замкнутое состояние отупения, чем объясняется первоначальное название шизофрении *dementia praecox*. Состояние человека ухудшается до такой степени, что он становится полностью неприемлемым для общества, часто непредсказуемым, иногда бурно реагирующим на бредовые идеи и слуховые галлюцинации. К этому следует добавить последствия длительного лечения в клинике, которое часто проводится в условиях чрезмерной переполненности помещения и вызывает дальнейшее расстройство личности. Кроме больничных условий, надо учитывать и различие в способах лечения в разных странах, что также влияет на исход шизофренической болезни. Появление новых лекарственных средств, позволяющих до некоторой степени контролировать расстройство мышления, дает возможность таким индивидуумам получать намного более действенное и гуманное лечение, так что симптомы их болезни удается ослаблять до такой степени, что они могут вернуться в общество. До появления таких методов лечения нельзя было и мечтать о создании открытых палат и активной социальной реабилитации, хотя бы и в условиях клиники.

Возвращаясь к теме этой главы — определению возможных причин психических расстройств, - мы должны рассмотреть **эпидемиологию** этих заболеваний, возможные факторы среды, окружающей пациента на данном этапе или воздействовавших на него в раннем детстве, и исследовать возможные биохимические или иные внутренние расстройства, способные вызывать нарушения в процессах мышления или в эмоциональном состоянии пациента. Если оказывается, что с учетом этих факторов можно предложить разумные методы лечения, которые привели бы к ослаблению таких метаболических расстройств, то с точки зрения возможностей лечения возникает ситуация, аналогичная, например, лечению диабета. Все эти возможности необходимо рассматривать при любом заболевании, этиология которого не совсем ясна.

После этого можно разрабатывать лечение, направленное на облегчение симптомов заболевания, корректируя основные рас-

Этиология

стройства и предотвращая возможность заболевания предрасположенных к данной болезни людей (этот процесс называется **профилактикой**). При этом нужно пытаться изменить среду обитания больных таким образом, чтобы они могли вести максимально подходящий для лечения образ жизни. То же самое можно сказать и о лечении множества других заболеваний. Так, больной бронхитом требует лечения расстройства с локализацией в грудной клетке, изменения образа жизни к лучшему, при этом нужно контролировать курение и, учитывая различные факторы, влияющие на течение заболевания, изменить режим работы и улучшить психологическую обстановку. Наконец, общество в целом должно иметь представление о возможных причинах хронического бронхита, чтобы можно было проводить профилактику.

Приложимо ли все это к заболеваниям, воздействующим на мышление, эмоции и поведение? За последнее столетие, под влиянием основных школ, изучавших процессы мышления, взгляд на психиатрические проблемы сильно изменился. Одним из первых прорывов в психиатрии было распознавание причин паралитического слабоумия, которое ранее просто относили к большой аморфной группе деменций, несмотря на то, что на рубеже нашего столетия оно давало примерно 20 процентов всех направлений в психиатрические клиники. Открытие того, что это заболевание является инфекционным и представляет собой позднее проявление прежде перенесенного сифилиса, привело к появлению возможности профилактики и лечения путем разрушения микроорганизмов, вызывающих заболевание, после того, как они попали в организм.

Однако для наиболее распространенных психозов и неврозов никаких свидетельств инфекционного агента обнаружено не было. Это относится и к еще одному дегенеративному заболеванию пожилого возраста — сенильной деменции. В случае этого заболевания наблюдается явный метаболический дисбаланс, который, вероятно, в скором времени будет исследован.

Среди тех, кто считает, что психозы и неврозы вызываются чисто внутренними причинами, долгое время был в ходу такой аргумент: во всем виноваты генетические факторы и, возможно, какое-то биохимическое нарушение. С другой стороны, те, кто считает основным фактором воздействие окружающей среды,

112

Психиатрия

Этиология

113

видят причины этих заболеваний в разладе межличностных отношений и нарушении адаптации личности к обществу. Эта последняя позиция характерна для тех, чей интерес сосредоточен в сфере социологии. Обе стороны игнорируют аргументы оппонента и настаивают исключительно на своей собственной точке зрения.

Для заболеваний, традиционно описываемых как психотические состояния, а именно в случае шизофрении, мании и депрессии, имеются вполне определенные свидетельства о приоритете внутренних факторов при генетических нарушениях функций. Хотя генетические факторы при этом не являются доминирующими, и рецессивное наследование не наблюдается, как это имеет место при некоторых других заболеваниях, но в любом случае для шизофрении была показана целесообразность проведения обследования братьев и сестер, а особенно близнецов, как это описывалось в настоящей главе. Генетический фактор среди гомозиготных близнецов дает при диагностировании распространенности этого заболевания примерно 50 процентов, в то время как для неидентичных близнецов он составляет примерно 15 процентов.

Исследование большого количества случаев усыновления показало, что биологические факторы более важны, чем воспитание. Однако, все факты свидетельствуют о том, что наследуется не собственно сам фактор, приводящий к развитию шизофрении, а скорее предрасположенность к ней. В частности, изучение близнецов показало, что, по крайней мере, в половине случаев при определении этой предрасположенности необходимо учитывать факторы окружающей среды, поскольку совпадение результатов исследования в случае монозиготных близнецов не является стопроцентным.

Что касается моделей наследственной этиологии, то здесь могут быть возможности действия единственного гена, двух взаимодействующих генов, полигенного или гетерогенного типа наследования. Недавно Бек предложил две модели, в которых доминантный ген воздействует на активность моноаминоксидазы, а рецессивный ген влияет на допамин бета-гидроксилазу.

В случае аффективных психозов доминирование генетических факторов послужило основанием для подразделения аффективных расстройств на монополярные и биполярные депрессии.

(В случае последних имеют место как депрессивные, так и маниакальные состояния.) Для

родственников риск заболеть выше в случае биполярных заболеваний, чем монополярных. Если усреднять по опубликованным результатам разных исследований, то для родственников риск заболеть биполярной разновидностью депрессии находится где-то в районе 15 процентов, в то время как для монополярных депрессий он составляет только 7 процентов. То же можно сказать и об исследованиях близнецов: для гомозиготных близнецов соотношение составляет 72 и 40 процентов, соответственно, а для гетерозиготных близнецов цифры будут 14 и 11 процентов, соответственно.

Повышенный процент заболеваемости аффективными расстройствами у женщин свидетельствует о возможности того, что половая X-хромосома и служит той точкой, где происходит сцепление. Вероятность этого больше в случае биполярных, чем монополярных заболеваний. Для биполярных заболеваний имеются свидетельства наличия связи с некоторыми типами цветовой слепоты.

Есть вероятность того, что у больных с аффективными расстройствами такие генетические факторы должны проявлять себя через биохимическое или метаболическое расстройство, происходящее в центральной нервной системе. Так, было проведено большое количество исследований с целью определить возможные биохимические нарушения, особенно для проверки теорий, связанных с нарушениями в работе медиаторов, обеспечивающих перенесение импульсов от одного нейрона к другому. В химическом отношении эти медиаторы могут являться разными моноаминами, чему есть убедительные свидетельства. Причем можно предполагать, что наиболее вероятными моноаминами, выполняющими эту роль, являются допамин, ацетилхолин и серотонин, хотя сюда могут относиться и другие катакаламины.

С разных точек зрения - как аналитически, так и социологически ориентированных — были исследованы те обстоятельства внешней среды, которые могут оказаться пусковыми механизмами для развития болезни у предрасположенных к ней людей. В этом смысле нужно учитывать два типа обстоятельств: окружение ребенка в раннем детстве, то есть те факторы, которые могли повлиять на стабильность его нервной системы, например, разлад в отношениях с людьми, подавление эмоций и так далее, и

114

Психиатрия

внешние обстоятельства текущей жизни пациента. Для обеих этих сфер были опубликованы обнадеживающие результаты. Заинтересованный читатель может прочитать о них более подробно, воспользовавшись списком рекомендуемой литературы в конце главы.

Профессор психологии Йоркского университета Винеблз продемонстрировал присутствие физиологических аномалий (используя, в частности, такие методы исследования, как измерение времени восстановления электросопротивления кожи и реакции зрачка) у пациентов, страдающих психотическими заболеваниями, и в некоторых случаях среди их родственников. Поскольку эти расстройства чувствительны к изменению активности моноаминов, то есть медиаторов, то это может служить еще одним свидетельством биохимического нарушения. Более того, Винеблз провел серию весьма перспективных исследований в группах риска, обнаружив такие изменения у некоторых детей. Эти исследования теперь нужно провести до конца, чтобы проследить, разовьются ли у этих детей признаки заболевания. Также установлено наличие связи с небольшими повреждениями мозга в момент рождения ребенка или сразу после рождения.

Неврозы всегда интересовали исследователей, постулирующих доминирование факторов окружающей среды в этиологии психических заболеваний. Теории Фрейда, в основном, рассматривали развитие неврозов в контексте понятий «Оно» (бессознательного), Эго и Супер-эго, а также в связи с подсознательным использованием механизмов защиты, вступающих в игру при невозможности разрешения Эдипова комплекса. Бихевиористы тоже рассматривали неврозы как расстройства, определяемые внешними обстоятельствами, основываясь на идеях, первоначально разработанных Павловым, Шерингтоном, Халлом, Кларком и многими другими, отмечавшими воздействие обучения и тренинга на проявление неадекватных поведенческих реакций. Эти теории оказали огромное влияние на развитие терапии, которая затем использовалась для того, чтобы облегчить состояние пациентов с невротическим поведением.

И все же можно утверждать, что на клеточном уровне действует химический посредник при передаче активности по тем участкам центральной нервной системы, которые регулируют уровни эмоций (возбуждение, гнев и так далее). Поэтому можно

Этиология

115

постулировать, что в пределах лимбической системы (части мозга, которая ответственна за

эмоциональную реакцию подобного рода) должно происходить некоторое изменение активности медиаторов, хотя это могут быть и вторичные реакции в ответ на те, что вызваны воздействием внешнего окружения. В любом случае, эффективность транквилизаторов, действующих на эту часть мозга, свидетельствует о том, что возможен некоторый химический контроль с целью уменьшения у пациентов болезненной тревоги, и можно предполагать, что, по крайней мере, некоторые из тех заболеваний, которые мы относим к психоневрозам, вызваны нарушениями эндогенного, или внутреннего, происхождения, возникающими в этой части центральной нервной системы. Далее в этой главе мы рассмотрим биохимические свидетельства в пользу этого утверждения.

А сейчас сделаем краткий обзор важнейших исследований, которые проведены в психиатрии к настоящему моменту.

Исследование шизофрении

При попытках выявить предполагаемые химические аномалии, которые возникают при шизофрении, некоторых типах депрессии и маниакальных состояниях, центральное место занимают биохимические исследования. С их помощью обнаружены изменения в выработке ферментов и их транспортировке при шизофрении и доказано аномальное содержание аминов в моче и в спинномозговой жидкости у некоторых пациентов, страдающих этой группой расстройств. В опытах с животными удалось обнаружить, что очищенные экстракты этих продуктов вызывают расстройства поведения - например, при их впрыскивании крысам, -- в то время как контрольные образцы нормальной Мочи или спинномозговой жидкости не дают такого эффекта. Такая же ситуация обнаруживалась и в опытах с людьми. Также были проведены исследования с лекарствами, которые по своему назначению являются **стимулирующими и галлюциногенными препаратами** (такими, как ЛСД и мескалин) и способны провоцировать состояния, очень сходные с теми, которые встречаются у больных шизофренией. Большинство этих препаратов в хими-

•Г!

116

Психиатрия

ческом отношении по многим признакам подобно аминам, содержащимся в клетках центральной нервной системы и обеспечивающим нормальное функционирование нервных клеток и желез мозга, связанных с мышлением и эмоциями.

Ботаническое исследование галлюциногенных препаратов само по себе является увлекательным занятием. Большую часть этих препаратов получают из растений Центральной Америки путем приготовления экстрактов из кактусов определенных видов и из некоторых ядовитых грибов, хотя могут быть пригодными и другие растения, например, колеус или листья некоторых лиан. Экстракты многих из этих растений использовались в религиозных ритуалах и известны уже более 1000 лет. Некоторые, например, мескалин, добываются из пейота и употребляются в виде напитка. Получаемые таким образом продукты обычно являются производными мескалина, псилоцибина или лизергино-вой кислоты. Некоторые из них в настоящее время можно синтезировать в лабораториях.

В ботаническом отношении интересно то, что неочищенные галлюциногены, получаемые коренными жителями Центральной Америки из разных типов растений, отличаются по своей химической структуре и поэтому вызывают совершенно разные виды опыта галлюцинаций. Например, некоторые из них вызывают голоса, когда человек ощущает, что его собственные мысли отделяются от него, воспринимаются как нечто, приходящее изнутри или снаружи и говорящее с ним. Иногда может ощущаться эхо от мысли, и поэтому примитивные люди верят, что можно таким образом общаться с духами. Эти симптомы очень похожи на те, что обнаруживаются при шизофрении. Другие растения вызывают зрительные галлюцинации, и принявший их человек может увидеть, например, маленьких человечков. Жаль, что такие растения не растут в Ирландии! Интересно, что самые тонкие различия в типе галлюцинаций не столько зависят от человека, принимающего препарат, сколько от сорта галлюциногенного экстракта или жидкости. Такие лекарства-стимуляторы, как амфетамин или декседрин (которые использовались в прошлом в нашей стране в качестве понижающих аппетит таблеток, или антидепрессантов), тоже могут вызвать у чувствительных людей психотическое состояние, неотличимое от шизофренического расстройства.

Этиология

117

Многие эксперименты, направленные на изучение метаболизма при шизофрении, были не очень

убедительны, но в опытах с **мелатонином**, гормоном, который обнаружен в шишковидном теле мозга и обычно рассматривается в связи с метаболизмом пигментов, было установлено, что этот метаболизм в некоторых случаях шизофрении отклоняется от нормы, а применение таких лекарственных препаратов, как пеницил-ламин для ослабления аномального производства побочных продуктов давало некоторый эффект при лечении симптомов. Получены также некоторые данные об исследовании заболеваний, вызываемых наследственным нарушением ферментных процессов. Например, при **гомоцистинурии** наблюдается психотическое состояние, которое очень напоминает шизофрению и сопровождается нарушением обмена моноаминов в центральной нервной системе.

Кроме того, было установлено, что некоторые группы препаратов, используемых при лечении шизофрении (в основном, это фенотиазины), каким-то образом связаны с моноаминами и действуют так, что изменяют метаболизм этих естественных соединений. К тому же, их использование эффективно при лечении симптомов расстройства мышления, бредовых идей и галлюцинаций, от которых страдают больные шизофренией.

Исследование аффективных заболеваний

Обратимся теперь к маниакальным и депрессивным заболеваниям, известным как **аффективные психозы**. И здесь биохимические исследования, хотя еще и не полностью завершенные, подтверждают наличие биохимических нарушений. При этом следует особо отметить две вещи. Во-первых, удалось выяснить, что определенные лекарства (в основном, **резерпин**, используемый при лечении гипертонии) действуют путем понижения в нервных волокнах концентрации аминов, необходимых для нормальной активности нервных клеток. У некоторых людей эти лекарства вызывают депрессивное состояние. Кроме того, оказалось, что лекарства, известные как **ингибиторы моноамино-**

118

Психиатрия

оксидазы, использовавшиеся первоначально при лечении туберкулеза, вызывают состояние приподнятого настроения. Механизм их действия состоит в том, что они предотвращают расщепление моноаминов в местах соединения клеток. Это открытие позволило разработать группу препаратов, оказавшихся полезными при лечении некоторых депрессий. Впоследствии были разработаны также лекарства, названные **трициклическими антидепрессантами**. Это название связано с их химической структурой. Они несколько иным способом вызывают повышение концентрации моноаминов на синапсе клетки. Было выявлено, что эта группа препаратов очень эффективна при лечении некоторых типов депрессивных состояний. Таким образом, по-видимому, депрессия вызывается резким снижением концентрации определенных типов аминов, и ее лечение может заключаться в повышении их концентрации или в предотвращении разрушения аминов в клетках.

Еще одним нарушением, обнаруженным в связи с аффективными заболеваниями, является **изменение нормального уровня содержания электролитов** (натрия, калия и хлоридов), дисбаланс между внутренней и наружной сторонами нервной клетки. Существующее в нормальном состоянии определенное равновесие между этими ионами нарушается как при маниакальной, так и при депрессивной фазах циклических маниакально-депрессивных расстройств. Обнаружено также изменение водного баланса с внутренней и наружной стороны клеточной мембраны. Известно, что такие изменения при этих расстройствах являются предвестниками смены эмоционального состояния больного. В связи с этим сделано удивительное открытие: литий, химический аналог натрия, но неактивный в организме, очень эффективно контролирует перепады настроения у этой группы пациентов. Оказалось, что он действует, замещая в нервной клетке натрий - молекула на молекулу. Поскольку уровень натрия при маниакально-депрессивных заболеваниях выше нормального, литий, замещая натрий своей нейтральной молекулой, понижает суммарную концентрацию натрия, то есть мы получаем возможность эффективно сдерживать эти изменения и облегчать эмоциональные расстройства при рассматриваемых заболеваниях.

Этиология

Исследования неврозов

119

Продолжая исследование биохимических нарушений, обратимся теперь к неврозам, при которых характерным симптомом болезненного состояния является **тревога**. Эта группа расстройств традиционно была областью интересов аналитически мыслящих психиатров. Они обращали внимание на среду, в которой живет ребенок в раннем детстве, и считали, что именно она является

тем фактором, который полностью определяет этиологию заболевания. Во многих случаях это верно. Однако в определенных группах больных, для которых типичным является острое состояние тревоги, влияющее на весь образ жизни пациента и переходящее время от времени в панику без каких-либо явных провоцирующих причин, были обнаружены некоторые интересные вещи. Если таким пациентам делали внутривенное впрыскивание солевого раствора (такого, который вводится, например, после операции или после сильного ожога), то реакция была обычной. Никакой аномальной реакции не наблюдается и тогда, когда вводится раствор сахара. Если же таким пациентам вводят раствор лактата (это раствор, тоже широко использующийся при внутривенном переливании, однако он отличается тем, что изменяет кислотность в клетке и таким образом воздействует на активность клеточной мембраны), то у пациентов развивается состояние острой тревоги. Эффект можно повторять или снимать, контролируя введение лактата, и этот способ работает даже в том случае, когда исследование проводится совершенно вслепую, то есть ни врач, ни пациент не знают, что именно каждый раз вводится. Такая реакция возникает только на лактат - и ни на что иное. В то же время, в контрольной группе лиц, не страдающих состояниями тревоги, при такой процедуре введения лактата, глюкозы или солевого раствора состояние тревоги не развивается. Что это означает, до конца пока не ясно, однако это открытие привело к появлению ряда теорий, причем маловероятно, чтобы это явление можно было объяснить воздействием окружения в раннем возрасте пациента.

Кроме того, в ряде клиник на протяжении нескольких лет в качестве одного из методов облегчения приступа тревожности практиковалось вдыхание двуокиси углерода. Эта идея впервые

120
Психиатрия

Этиология

121

была высказана Медуной (он также первым разработал метод электролечения депрессии) и тщательно описана как один из методов облегчения состояния тревоги, хотя он не всегда оказывался успешным, а теперь редко используется, поскольку разработаны другие, более эффективные, способы. Тем не менее, вдыхание двуокиси углерода в определенных случаях приводит к облегчению состояния тревоги, по крайней мере временному, и интересно отметить, что химические изменения, наступающие вследствие вдыхания двуокиси углерода, прямо противоположны тем, что происходят при внутривенном введении лактата. Исследования показали, что существует связь между этими явлениями, и что пациенты, у которых под действием лактата развиваются приступы тревоги, испытывают облегчение этих симптомов при вдыхании двуокиси углерода.

Итак, мы рассмотрели два основных направления исследований, необходимых для решения проблем психиатрии: исследования генетических факторов, проводимые с целью обнаружения наследственных причин заболеваний, и биохимические исследования, направленные на обнаружение аномального функционирования в тканях центральной нервной системы.

Отсутствие каких-либо серьезных патологических изменений в клетках и отсутствие какого-либо явного инфекционного процесса в случае шизофрении, депрессии и состояний тревоги наталкивает на мысль, что направление исследований в сторону изучения инфекционных агентов было бы малопродуктивным. Однако то, что на начальном этапе исследований все же необходимо проводить поиск такого агента, подтверждается историческим опытом изучения паралитического слабоумия, оказавшегося последствием сифилиса, о чем мы говорили выше.

Расстройства личности: влияние окружающей среды

В психиатрии мы встречаемся с большим количеством случаев, когда доминирует расстройство личности, часто сопровождающееся невротическими симптомами. В этих случаях влияние окружающей среды играет важную роль.

Изучение воздействия окружающей среды необходимо проводить в двух направлениях: исследование **окружения раннего детства**, формирующего личность ребенка, и **теперешнего окружения** пациента, создающего стрессы, которые вызывают наблюдаемые симптомы или способствуют их развитию. Исследование окружения в ранние годы обычно производится ретроспективно, то есть информация собирается через много лет после того, как события произошли, и помощь в этом оказывают родители и близкие родственники, сообщая сведения о раннем детстве пациента, что создает определенные проблемы в отношении надежности предоставляемой информации.

Альтернативным методом является проведение прогнозирующего исследования популяции, когда

отбирается группа людей в момент их рождения и потом прослеживается, в случае необходимости, на протяжении 20 или 30 лет. Если выборка достаточно представительна, то можно ожидать развития разных типов заболеваний у какой-то части наблюдаемых, при этом следует установить связь выявленных в раннем детстве аномалий с последующими симптомами. Такой тип исследований особенно продуктивен для получения свидетельств о том, что ребенок, у которого подавлялись эмоции, более подвержен развитию расстройства личности, выявляемого потом в юности.

Чтобы исследование факторов окружающей среды такого типа давало достоверные результаты, следует не просто основываться на проверяемой теории, аналитической или ориентирующейся на воздействие окружающей среды, но использовать статистические данные, направленные на выявление причинно-следственной связи. Для этого надо уметь пользоваться методами статистики, которые в наше время составляют заметную часть в обучении врачей, работающих как в медицине общего профиля, так и в психиатрии. Обычно требуется найти соотношение или корреляцию между двумя явлениями - например, переживанием ребенком развода родителей и последующим развитием симптомов психического расстройства, вероятность которого существенно превышает фоновый уровень для популяции в целом. Установлено, что определенные виды депрессивных состояний, проявляющихся в юности, связаны с переживанием в детстве смерти одного из родителей. Из этого нельзя заключать, что здесь имеется строгая причинно-следственная связь, но, по крайней мере, можно ус-

122

Психиатрия

Этиология

123

матривать некоторую закономерность и возможность поиска причины заболевания.

На что же следует обратить особое внимание при исследованиях возможного влияния окружающей среды?

Среди факторов, воздействующих на рост ребенка и развитие его интеллекта в раннем детстве, наряду с иными физическими опасностями и заболеваниями, можно рассматривать возможность незначительных нарушений центральной нервной системы во время родов. Следует учитывать также, что первоначально ребенок учится взаимоотношениям со своей матерью, а позже — с отцом, братьями и сестрами, с другими родственниками, друзьями и просто с людьми из его окружения. Естественное развитие любого из этих процессов может каким-то образом искажаться при потере близкого человека вследствие его смерти, отъезда или по иным причинам, а также из-за каких-то внутренних недостатков в характере ребенка, мешающих ему воспринимать эти взаимоотношения в полной мере. Таким образом, сочетание внутренних, унаследованных, и внешних, приобретаемых с возрастом, факторов может быть бесконечно сложным. Кроме того, есть основания полагать, что при таких неблагоприятных обстоятельствах центральная нервная система сама по себе не может эффективно развиваться. На микроскопическом уровне это отражается в изменении степени развития взаимных соединений нейронов мозга, которые образуются за счет разветвления дендритов. Развитие этих внутренних взаимных соединений может замедляться отсутствием адекватного стимулирования растущего организма.

Результаты этиологических исследований по образованию отпечатков в организме (в критические фазы его развития, когда происходит процесс обучения), полученные в экспериментах на животных, с большой долей уверенности можно переносить и на людей, хотя здесь накладываются еще и дополнительные маскирующие факторы.

Какие-либо нарушения ощущения безопасности субъекта в его настоящем или недавнем прошлом могут эффективно реактивировать негативные отпечатки раннего возраста, что у наиболее ранимых людей приведет к развитию неврозов или даже психозов. Можно определять уровень уязвимости или предрасположенности субъекта к какому-то заболеванию и связывать его с теми событиями, которые могут иметь особую значимость для него и послужить пусковым механизмом развития заболевания. Так, необходимо учитывать финансовую неуверенность, эмоциональную напряженность отношений с супругом, ребенком или родителями и даже политические или религиозные перемены в образе жизни субъекта. В некоторых случаях это может быть не одно неприятное событие, а накопившаяся их совокупность, перешедшая в беспокойство, и тогда один эпизод становится последней каплей, переполняющей чашу терпения. Выявление этих индивидуальных факторов является главной трудностью при таких исследованиях.

К сожалению, эти идеи в каждом конкретном случае имеют малую ценность как для

прогнозирования течения заболевания, так и для назначения наиболее подходящего лечения. Для шизофрении и аффективных расстройств типы тестирования, о которых мы упоминали, все еще находятся в стадии изучения и почти не представляют ценности для клиницистов в их обычной практике лечения амбулаторных пациентов. Они могут оказаться полезными в будущем, но сейчас диагноз приходится ставить на основе клинических данных, что требует надлежащего опыта, накопление которого занимает многие годы. Например, чтобы распознать ранние признаки расстройства мышления, необходим большой опыт наблюдения за тем, как протекает это заболевание. Здесь нельзя полагаться только на знания, полученные из учебников или лекций, и обычно при объективном психологическом тестировании такие расстройства выявляются на достаточно далеко зашедшей стадии, когда болезнь уже сформировалась, и явно проявляются ее характерные признаки.

Важно, чтобы психиатр при работе с пациентами, у которых наблюдается расстройство мышления, эмоций и поведения, не упускал из виду аспекты, связанные с другими областями медицины, поскольку, как мы уже подчеркивали, расстройства рассматриваемого типа могут вызываться многими обычными заболеваниями, особенно теми, что влияют на эндокринные железы. Если не проведено определенное количество отсеивающих проверок и общих исследований, то можно допустить ошибку и начать совершенно неправильное лечение. Поэтому, прежде чем приступить к специализированному лечению психических расстройств, необходимо провести общее обследование пациента. Иногда об

124

Психиатрия

Этиология

125

этом забывают, хотя известно, что примерно 20 процентов обращающихся к врачу пациентов имеет хотя бы незначительные симптомы психических расстройств, и что около 20 процентов больных, обратившихся к психиатру, страдает сопутствующими заболеваниями общего характера. Поэтому пациент, приходящий в клинику для амбулаторного лечения или помещаемый в психиатрическое отделение, должен пройти полное обследование, и в случае обнаружения каких-либо аномалий следует провести серию отсеивающих тестов. Обычно проводится исследование крови на анемию, поскольку некоторые виды анемии часто соседствуют с психиатрическими симптомами. Также желательно обследовать почки и печень, а у тех, кто жалуется на состояния тревоги, необходимо проверить функционирование щитовидной железы. Как правило, проводится обычный анализ мочи, чтобы исключить диабет и некоторые нарушения работы почек.

Эти и ряд других исследований особенно важны для пожилых людей, для тех, у кого проявляется спутанность или расстройство памяти, и для тех, у кого при обследовании обнаруживаются физические аномалии. В этих случаях могут потребоваться один или два дополнительных анализа крови, и, кроме того, полезно провести рентгенографию грудной клетки и черепа. Могут также понадобиться некоторые неврологические тесты, такие, как электроэнцефалография (ЭЭГ) или сканирование мозга. ЭЭГ оценит активность мозга аналогично тому, как электрокардиограмма выявляет заболевания сердца, и определит эпилепсию и некоторые из дегенеративных расстройств, воздействующих на функционирование мозга. Все эти исследования безболезненны для пациента.

Popper, K., *The Logic of Scientific Discovery*, Hutchinson, London, 1968.

Reverley, A., *The genetic contribution to the functional psychoses*, British Journal of Hospital medicine, 242, 1980.

Slater, E., and Cowie, V., *The Genetics of Mental Disorders*, Oxford University Press, 1971.

Wied, D. de, *Hormones and the Brain*, M.T.P. Publishers, Lancaster, England, 1980.

Вопросы

1. Какие преимущества дает классификация заболеваний?
2. Как можно выявить в процессе исследования возможный генетический фактор, служащий причиной заболевания?
3. Какие биохимические факторы могут оказаться существенными при психозах?
4. Какие подтверждения необходимы для включения расстройства личности в картину заболевания?

Литература

Barrett, J. E., *Stress and Mental Disorder*, Raven, 1>J.Y., 1979. Everitt, B., *An attempt at validation of traditional psychiatric syndromes by cluster analysis*, *British Journal of Psychiatry*, 119, 399, 1971. Jaspers, K., *The Synthesis of Disease Entities in General Psychopathology*, Manchester University Press, Manchester, 1963.

Лечение

127

6

Лечение

Общие понятия

В этой главе мы обсудим основные принципы лечения тех заболеваний, которые обычно относят к области психиатрии.

Вероятно, вначале следует поговорить о том, что же предпринимает врач, когда к нему приходит пациент с жалобами на определенные симптомы. Пациент обычно хочет получить осязаемое и надежное **облегчение этих симптомов**. Врач сознает, что для достижения этой цели он должен по возможности идеально, исследовать эти симптомы и установить, что именно в организме плохо функционирует. Это в идеале, а на практике обычно не] удается достичь этой цели в полной мере. Такое общее замечание можно отнести ко всем случаям, почти без исключения, независимо от формы проявления заболевания и от категории, к которой оно относится.

Профессию психиатра обычно критикуют с двух сторон. Во первых, пациенты и его родственники ждут, что он может вылечить все, что угодно. В последние годы наблюдается тенденция считать психиатра чуть ли не поверенным в делах, специалистом по любым проблемам, нередко даже социальным или политическим, в то время как на самом деле его не учили разбираться в таких вопросах. От психиатра хотят, чтобы он давал разъяснения в качестве авторитетной личности, но когда он начинает давать пояснения как влиятельный эксперт, это вредит его профессиональным интересам. Другая крайность состоит в том, что часто коллеги из других областей медицины критикуют психиатров, говоря, что в сущности они ничего и не лечат, и что их лечение является всего лишь полумерой.

Поэтому давайте проведем краткое сравнение психиатрии с другими медицинскими специальностями. Хирург, обнаружив воспаленный аппендикс, удаляет его. Тем самым он облегчает симптомы заболевания и возвращает организм к его нормальному функционированию, хотя, конечно, при этом не восстанавливается функция удаленного органа. К счастью, в случае с аппендиксом это обстоятельство оказывается несущественным. Однако в других случаях хирургического вмешательства удаление органа или его части обычно не проходит бесследно и дает остаточные эффекты. Таким образом, когда хирург говорит о лечении, то он в это слово вкладывает несколько специфический смысл.

Рассматривая медицину в целом, можно отметить, что за последние 30 лет были достигнуты успехи в лечении инфекционных заболеваний, вызываемых микроорганизмами. Пенициллин и другие антибиотики убивают бактерий, поэтому теперь можно излечивать такие заболевания, как пневмония, сепсис, и даже такие страшные болезни, как бубонная чума. Терапия развивается, и сейчас имеется возможность с помощью программ вакцинации предотвращать возникновение многих инфекционных заболеваний.

Однако, если проанализировать практические результаты в любой из перечисляемых в учебнике областей медицины, то обнаружим совсем иную ситуацию. В большинстве случаев самое большее, что можно сделать, — это облегчить симптомы заболевания. Конечно, это может поддерживать пациента достаточно долгое время в хорошей форме и позволит его организму самостоятельно восстанавливать здоровье. Но в таком случае врач использует организм, а не дает лечение. Приведем несколько рядовых примеров. В случае диабета пациенты обычно вынуждены получать инсулин, который воздействует на многие процессы в организме, в том числе и на уровень сахара в крови. Врач лечит это заболевание путем ежедневных инъекций инсулина, восполняя его дефицит в организме и позволяя пациенту вести относительно нормальную жизнь. Но это не лечение, а лишь полезная полумера. Пациент обречен на эти инъекции до конца жизни или до тех пор, пока не появится более совершенный метод лечения.

В случае ревматизма пациент обычно получает облегчающий боль кортизон. При злокачественной анемии больному прописы-

128

вают инъекции витамина, которые нужно делать до конца его жизни. При язве двенадцатиперстной кишки можно посоветовать соблюдать диету, а при гипертонии необходимо постоянно принимать лекарства, снижающие давление. Во всех этих случаях ключевым словом является, конечно, слово полумера, поскольку лежащий в основе заболевания процесс обычно не выяснен, и организм не может должным образом восстановить свое нормальное функционирование.

А теперь посмотрим, что же мы можем предпринять при лечении заболеваний, вызывающих расстройство мышления, эмоций и поведения. С помощью современных лекарств или электрошока **депрессивные состояния** обычно можно устранять достаточно быстро. Поскольку болезнь в этом случае ограничивает сама себя, то, как правило, удастся восстановить нормальное функционирование, и если пациенту повезет и у него не возникнут рецидивы, то на этом лечение можно закончить. А **шизофрению**, наверное, в этом смысле можно поставить в один ряд с диабетом. Ее можно контролировать в широком диапазоне с помощью современных медикаментов, но пациент вынужден их принимать длительное время. У пациентов еще одной группы, а именно у страдающих **деменциями**, кое-что поддается коррекции, однако в большинстве случаев радикальное лечение невозможно, и пожилым людям можно предоставить только паллиатив, чтобы обеспечить им какой-то комфорт, и этим все заканчивается.

Для лечения **состояний тревоги** имеется довольно много средств: от простого облегчения симптомов за счет лекарств и до более радикальных попыток изменить лежащий в основе заболевания невротический процесс с помощью психотерапии или поведенческой терапии. В тех случаях, когда в основе заболевания лежит расстройство личности, психотерапевтические методы наиболее надежны, и это именно та область психиатрии, где могут приложить свои силы те, кто пытается разрешить проблемы личности.

В этом состоит процесс аттестации пациента и диагностики его заболевания во время первой беседы с ним, и с этого начинается планирование будущего лечения. Беседа может происходить в отделении амбулаторного лечения местной больницы или во время визита семейного врача на дом по вызову, когда хотят получить дополнительное заключение о состоянии здоровья, или в самой больнице, когда требуется срочно принять больного, направленного туда непосредственно семейным врачом. Картина заболевания будет в этом случае складываться на основе информации, предоставляемой самим пациентом, а также сведений, полученных позднее от семейного врача, родных пациента, и, возможно, на основании истории жизни больного в обществе по описанию отдела социального обеспечения.

Стационарное или амбулаторное лечение

' При консультировании пациента психиатр должен прежде всего решить, советовать ли ему амбулаторное лечение или направить в клинику.

При любом заболевании **решение о госпитализации** принимается обычно в двух случаях. Пациенту может потребоваться лечение, которое трудно осуществить при его обычном образе жизни. Например, страдающий аппендицитом должен лечь в больницу, поскольку излечить заболевание можно только удалением аппендикса, то есть с помощью операции, и для успешного восстановления здоровья после операции необходимы условия, которыми располагает больница.

Вторым показанием к госпитализации — причем в психиатрии этот повод возникает чаще, чем в других областях медицины, — является необходимость обеспечить безопасность пациента в период лечения и его благополучие до того момента, когда он достаточно поправится. Пребывание в клинике позволяет обеспечить круглосуточный уход, дает возможность срочно вызвать любого штатного специалиста, а также наблюдать за состоянием пациентов и оказывать им помощь, если они из-за болезни не могут обслуживать себя.

Если в качестве примера рассматривать состояние тяжелой депрессии, то здесь при назначении больничного лечения играют роль обе причины. Например, пациент может находиться в такой глубокой депрессии, что потребуются электролечение. Эта процедура обычно дает быстрый эффект, но требует проведения анестезии, поэтому необходимо, чтобы в течение всего лечения пациент находился в условиях клиники. Кроме того, при опреде-

сомнение на этот счет, то врач и родственники пациента будут чувствовать себя спокойнее, зная, что больной находится под присмотром опытного персонала.

Как правило, пациенты охотно соглашаются лечь в больницу, если понимают необходимость такой меры. Однако при заболеваниях, воздействующих на мышление или эмоции, иногда случается, что пациенты не осознают этой необходимости и отказываются от направления в клинику, даже если окружающим совершенно ясно, что такая мера нужна для безопасности больного и, возможно, безопасности окружающих. При таких обстоятельствах действующий на территории Британии *Акт о психическом здоровье от 1983* разрешает врачам рекомендовать направление в клинику на основании распоряжения, при этом заявление на этот счет может составляться ближайшим родственником пациента или работником отдела социального обеспечения, если отсутствует первая возможность (смотри главу 3). Это допускается в интересах пациента только тогда, когда у него расстроено мышление или эмоциональное состояние. Иногда такая мера применяется, если есть риск самоубийства, или в тех редких случаях, когда существует угроза для окружающих вследствие расстройства и непредсказуемости поведения больного.

При решении вопроса о том, какова должна быть форма лечения: стационарная или амбулаторная — и при постановке диагноза необходимо назначать максимально эффективную для данного случая терапию. При этом следует учесть, нужно ли советовать амбулаторному пациенту оставить работу, нужен ли постельный режим, требуется ли круглосуточное наблюдение за ним и можно ли без опасения направлять его на производственную терапию, на дополнительное обследование у других специалистов и так далее.

Существуют следующие методы **лечения** психиатрических заболеваний:

1. Лекарственная терапия.
2. Физioterapia (например, электрошок).
3. Психотерапия.
4. Изменение поведения с использованием релаксации, гипноза или эмоциональной разрядки (отреагирования).

Далее в этой главе мы рассмотрим некоторые общие принципы каждого из этих видов терапии.

Лечение

131

Лекарственная терапия, или медикаментозное лечение

Сначала поговорим о лекарственной терапии. Это, без сомнения, самый важный аспект лечения, который облегчает разнообразные симптомы заболеваний пациентов. Каковы бы ни были достоинства других способов лечения, например, психоанализа, они практически не доступны большинству людей, и, хотим мы этого или нет, паллиативное лечение с помощью медикаментов на сегодняшний день, наверное, является наиболее действенным способом помочь тем, кто обращается к врачу.

В отношении термина «лекарства» следует дать некоторые разъяснения. Некоторые люди не видят различия между «лекарством» и «пагубным пристрастием к лекарству» или «опасным лекарством» и склонны считать любой препарат, который может вызвать привыкание, потенциально опасным и вредным. Действительно, существует такое явление, как предрасположенность к появлению пагубных пристрастий к лекарствам. Но вряд ли следует делать широкие обобщения. Любой препарат, кроме пищи, который вводится в организм и оказывает какое-либо заметное воздействие на функции организма, представляет собой лекарство. Это в равной мере относится к аспирину, инсулину, а в некоторых случаях даже к чаю или кофе, поскольку стимулирующее действие химических компонентов кофе или чая формируют привычку намного быстрее, чем это происходит при употреблении большинства используемых в повседневной медицинской практике лекарств.

Лекарства, применяемые в психиатрии, можно разделить на группы в соответствии с теми симптомами внутри разнообразных синдромов, на которые они преимущественно воздействуют. К первой группе относится большое количество препаратов, способных облегчать состояние тревоги; они называются **анксиолитиками** (мягкими транквилизаторами). Ко второй группе отнесем те лекарства, которые используются для лечения симптомов депрессии; они подразделяются на **трициклические антидепрессанты и ингибиторы моноаминоксидазы**, что соответствует двум основным имеющимся типам депрессивных синдромов. К третьей группе относятся лекарства (**нейролептики**), которые воздействуют на расстройство мышления, обычно

наблюдаемое при шизофрении и

5* ;

132

Психиатрия

в редких случаях при иных синдромах. Эти лекарства, как правило, получают из группы **фенотиазин**ов и некоторых других родственных им соединений. Четвертую группу составляют **проти-восудорожные препараты**, которые используют при лечении эпилепсии и некоторых расстройств поведения. И наконец, есть еще седативные средства, которые применяют как успокаивающие препараты при расстройстве сна или для лечения легковозбудимых людей. Мы последовательно рассмотрим каждую группу препаратов (табл. 4).

Таблица 4. Лекарства, используемые в психиатрии

1. Анксиолитики

Алкоголь, барбитураты и т.д.

Бензодиазепины (например, хлордиазепоксид, оксазепам, диазепам)

2. Антидепрессанты

Амфетамин (вышел из употребления) Ингибиторы моноаминоксидазы (МАО) (например, фенелзин, транилципрамин)

Трициклические антидепрессанты (например, имипрамин, amitриптилин), четырехциклические препараты и другие производные (такие, как миансерин, номифензин, виллоксазин) Литий

3. Нейролептики

Резерпин (вышел из употребления) Фенотиазины:

1) с алифатической боковой цепью

2) с пиперидиновой боковой цепью

3) с пиперазиновой боковой цепью Тиоксантины (например, флупентиксол) Бутирофеноны (например, галоперидол) Пимозид

4. Противосудорожные средства

5. Седативные средства

Лечение

Анксиолитики

133

Лекарства, предназначенные для облегчения состояния тревоги, существуют уже много лет, однако до недавнего времени все они принадлежали к группе седативных средств, то есть не просто оказывали воздействие на тот участок мозга (лимбическую систему), который связан с интенсивностью эмоций, но, как правило, подавляли функционирование всей нервной системы и особенно коры головного мозга. В результате возникало состояние ослабленной концентрации и некоторой сонливости, что замедляло процессы мышления и в целом негативно сказывалось на повседневной жизни человека. Безусловно, седативные средства общего действия — не лучшее средство, поэтому исследователи активно разрабатывают новые препараты с более локальным воздействием на зоны повышенной активности.

Примерами устаревших седативных анксиолитиков являются алкоголь, бромид, паральдегид и такие группы лекарств, как барбитураты. При лечении состояний тревоги эти препараты чаще всего заменяются новыми продуктами, имеющими название **бензодиазепины**.

Бензодиазепины впервые были получены около 30 лет назад, когда был открыт исходный продукт, который прошел в то время проверку и был назван **хлордиазепоксид ом**. Преимущество этой группы лекарств состоит в том, что их действие направлено главным образом на лимбическую систему и, в частности, на миндалевидные ядра нервных клеток и ядра гиппокампа, расположенные в основании мозга и контролирующие эмоциональные реакции. Механизм действия хлордиазепоксида состоит в подавлении аномально тревожной реакции, при этом седативное воздействие на остальные участки центральной нервной системы незначительно. Сейчас эти лекарства очень широко используют для лечения симптомов, при которых доминирует ощущение тревоги, и они стали такими же общеизвестными, как аспирин.

За последнее время разработан ряд новых бензодиазепинов, в основном, с целью уменьшения побочных эффектов или повышения эффективности препаратов, что позволяет применять их в меньших дозах. Каждый из них особенно эффективен при лечении определенных типов заболеваний, но, как правило, их

134

Психиатрия

свойства аналогичны. К этой группе относятся **оксазепам, диазепам, лоразепам и медазепам**.

Некоторые из этих препаратов были разработаны специально для того, чтобы помочь людям, страдающим начальной стадией бессонницы, когда человеку мешает заснуть психическое напряжение. К таким препаратам относятся **нитразепам, флуразепам и темазепам**.

Бензодиазепины получили очень широкое распространение, поскольку они гораздо более безопасны, чем другие снимающие состояние тревоги средства, такие, как барбитураты и родственные им препараты, а также алкоголь и никотин, — хотя, вероятно, правильнее говорить не о безопасности, а о меньшей опасности.

Однако в последние годы выяснилось, что бензодиазепины могут вызывать лекарственную зависимость, и пациентам приходится прекращать их употребление постепенно, поскольку в некоторых случаях резкая отмена этих лекарств может иметь драматические последствия, и многим людям так же трудно отказаться от их приема, как расстаться с алкоголем или курением. Но, несмотря на неблагоприятные отзывы в прессе последних двух-трех лет, необходимо сказать, что большинство людей может без особых сложностей прекратить прием этих препаратов, если они применялись лишь для кратковременного ослабления состояния острой тревоги или бессонницы, а поднятая прессой шумиха явилась не чем иным, как эмоциональным спектаклем. Кроме того, маловероятно, чтобы те пациенты, у которых развилась лекарственная зависимость от бензодиазепинов вследствие их длительного употребления, получили от них такой уж большой вред — по крайней мере, вред этот не больше, чем от продолжительного употребления алкоголя, никотина, барбитуратов или иных широко распространенных медикаментов.

Пациент, беспокоящийся из-за того, что принимает 5 мг диазепама или 1 мг лоразепина ежедневно, но не слишком страдающий от того, что выкуривает по 20 сигарет в день или выпивает полбутылки джина в неделю, рассуждает абсолютно нелогично. Кроме того, если пациент решает прекратить прием бензодиазепиновых анксиолитиков, то он должен заранее подумать о том, чем он сможет их заменить, чтобы снимать состояние психического напряжения. Разумеется, из этого не следует, что нельзя предпочесть другие способы снятия напряжения, напри-

Лечение

135

мер, поведенческую терапию, гипнотерапию или аналогичные способы релаксации. Наоборот, сейчас обычно рекомендуют принимать бензодиазепины лишь в течение короткого срока, не дольше шести недель, для снятия острых состояний. Что касается применения этих препаратов в качестве снотворного, то следует принимать их с перерывами, а не каждую ночь, чтобы не выработалось привыкание.

Много данных о результатах интересных экспериментов Исследовательского отдела психопатологии в Лидсе содержится в публикациях д-ра Яна Хайндмерша, научного руководителя этого отдела. Было установлено, что быстрота реакции (что важно при вождении автомобиля, работе с механизмами и т.д.) остается сниженной в течение суток после приема бензодиазепинов в качестве снотворного. Это обусловлено временем, в течение которого бензодиазепин распадается в организме, то есть зависит от продолжительности активного действия анксиолитика в качестве метаболита. При этом может играть роль время полураспада препарата, а также тип связи, которым обладает препарат по отношению к гамма-аминомасляной кислоте (ГАМК) и к другим связывающим центрам в центральной нервной системе. Так, можно доказать, что внутри рассматриваемой группы некоторые из этих лекарственных препаратов значительно сильнее способствуют развитию лекарственной зависимости, чем другие. Наверное, наиболее безопасными в этом смысле снотворными препаратами являются лорметазепам, триазолам и темазепам, поскольку здесь вероятность эффекта последствия и развития лекарственной зависимости минимальны. Более проблематично для длительного приема использование препаратов группы лоразепа-ма и диазепама. Среди всех перечисленных препаратов самый сильный эффект последствия вызывают весьма популярные нитразепам и флуразепам.

Антидепрессанты

Второй группой препаратов являются те, что используются при лечении депрессивных симптомов. Как вы убедитесь, читая

136

Психиатрия

последующие главы, депрессия — скорее симптом, чем заболевание. В самом деле, симптом депрессии наблюдается при многих заболеваниях и реактивных состояниях. У наиболее ранимых людей депрессия может быть реакцией на стресс или тяжелую утрату, она может сопутствовать различным заболеваниям, как физическим, так и психическим, но особенно часто она развивается

у пациентов после операции, возникает при нарушении электролитического баланса в организме и как реакция на некоторые лекарственные препараты — например, те, что используются при лечении гипертонии.

Наконец, депрессия является характерным признаком заболевания, известного как **эндогенная**, или **психотическая, депрессия**. Это заболевание биохимического или гормонального типа, которое особенно часто развивается у женщин в период менопаузы, а также после беременности, хотя может встречаться и у мужчин.

Ингибиторы МАО

Первой группой антидепрессантов, разработанной тоже примерно 30 лет назад, была группа ингибиторов МАО, или ингибиторов моноаминоксидазы. Это довольно длинное название указывает на механизм действия лекарства этой группы, состоящий в подавлении активности ферментов, которые в нормальном состоянии расщепляют в организме моноамины, что происходит, в частности, на синапсах в центральной нервной системе. Как мы уже знаем, моноамины очень важны для жизнедеятельности нервных клеток. Блокирование ферментов позволяет задержать амины на окончаниях нервных клеток. Можно предположить, что это приводит к более эффективному функционированию пораженной болезнью части клеток, и хотя механизм действия препарата достаточно ясен, на данной стадии все еще непонятна причина тех нарушений в организме, которые сопутствуют состоянию депрессии.

Как мы уже упоминали, эта группа препаратов была получена, можно сказать, случайно. Аналогичную группу соединений применяли при лечении туберкулеза, поскольку эти препараты обладают противотуберкулезной активностью. В ходе этого лечения обнаружилось, что сопутствующее туберкулезу угнетенное состояние пациентов значительно улучшается при

137

приеме определенных препаратов, из чего сделали заключение, что их можно применить для облегчения депрессий. Это привело к проведению углубленных исследований с целью усиления их антидепрессантной активности, причем удалось устранить некоторое побочное токсическое воздействие, которое наблюдалось при лечении сильнодействующими противотуберкулезными препаратами этой группы.

Первым препаратом этой группы, получившим распространение, был **фенелзин**. Лекарства рассматриваемой группы особенно эффективны при лечении депрессивных состояний, которые сопровождаются тревогой или являются реакцией личности невротического типа на внешние стрессы. Кроме одного или двух незначительных побочных эффектов, которые могут испытывать люди с повышенной чувствительностью к лекарствам (любое лекарство всегда у кого-нибудь вызывает побочные эффекты), **у этих препаратов имеется еще один, более существенный недостаток**. Даже самые современные из имеющихся сейчас в продаже препаратов требуют, чтобы при их приеме пациенты соблюдали определенную диету. Причина заключается в том, что в потребляемых нами обычных продуктах содержатся моноамины, которые из-за специфики действия ингибиторов МАО расщепляются в организме не так быстро, как нормальные моноамины. Это, собственно, относится только к одному из моноаминов — **тирамину**, который имеет отношение к лекарствам, используемым для повышения кровяного давления. Если пациент принимает ингибитор МАО после обильного обеда, то у него может проявиться кратковременное повышение кровяного давления, то есть в качестве побочного эффекта он почувствует весьма неприятную головную боль. Хотя такую реакцию на лекарство дают не все пациенты (в среднем только один из пятидесяти), все же пациентов следует предупреждать, чтобы они избегали употребления продуктов, содержащих тирамин. К ним главным образом относятся сыры и концентрированные мясные экстракты (такие, как *Bovril* и *Marmite*). Бобы и незрелые бананы имеют высокое содержание этого соединения. Кроме того, некоторые сорта вин (например, кьянти) тоже содержат тирамин, поэтому пациенту надо посоветовать отказаться от алкоголя.

Эти ограничения могут показаться обременительными, поэтому если пациент через какое-то время почувствует, что его

138

Психиатрия

состояние улучшилось после приема данных препаратов, то он может прервать лечение. Однако у некоторых людей результаты лечения настолько успешны, что они с удовольствием принимают эти препараты в течение долгого времени — речь может идти, скажем, о 18-ти месяцах, — что позволяет им избавиться от серьезных проблем со здоровьем.

Трициклические антидепрессанты

Несколько позже была разработана еще одна группа препаратов, используемых при лечении депрессии. Они тоже воздействуют на моноамины, локализованные в местах соединений нервных клеток центральной нервной системы, но механизм их действия состоит в высвобождении дополнительного количества моноаминов, а не в подавлении активности ферментов. Эти препараты, первым из которых был получен **имипрамин**, образуют группу трициклических антидепрессантов (название связано с типом их химической структуры). Эти лекарства не требуют соблюдения диеты и особенно эффективны при лечении состояний, которые ранее удавалось облегчать только с помощью электролечения, — а именно, депрессивных заболеваний эндогенного типа. Менее эффективны они при лечении депрессивных реакций, связанных с тревогой, которые наблюдаются у невротиков. Разработка широкого ассортимента препаратов этой группы, одни из которых оказывают стимулирующее действие, другие — успокаивающее, привела к настоящей революции в лечении депрессивных заболеваний, и сейчас многие из них можно лечить амбулаторно. Поскольку с их помощью удается существенно уменьшить степень депрессии, то часто можно обходиться без электролечения. Такими заболеваниями страдают примерно 2 процента населения, и поэтому разработка простого метода их лечения является большим благом. Но обычно такие препараты следует принимать в течение многих месяцев. Недавно разработаны новые препараты с четырехциклической структурой: флуоксетин, флувоксамин, тразадон и амоксазин.

К счастью, требования, предъявляемые Комиссией по безопасности лекарственных препаратов, сейчас намного строже, чем четверть века назад. Однако это означает, что старые, много лет применяемые средства, которые имеют достаточно высокую ток-

Лечение

139

сичность при передозировке и поэтому представляют некоторую опасность, остаются в продаже, в то время как новые препараты с очень редко проявляющимися, хотя и достаточно опасными побочными эффектами, изымаются Комиссией, даже если очевидно, что эти препараты безопаснее, чем некоторые из старых, таких, как хлоропромазин, имипрамин и амитриптилин. Так, за последние два-три года был изъят зимелидин, несмотря на то, что он был чрезвычайно эффективным препаратом новой группы ингибиторов, удерживающих серотонин, которые, действуя специфическим образом на определенные участки центральной нервной системы, облегчают депрессивные состояния; при этом они вызывают гораздо меньше побочных эффектов общего типа, чем прежние препараты.

Интересно, что виллоксазин, который дает устойчивый побочный эффект в виде тошноты, остается в списке разрешенных — в основном, как я подозреваю, потому, что его почти никто не использует. Однако в группе ингибиторов, удерживающих серотонин, был разработан ряд новых антидепрессантов, из них на рынке Британии наиболее широко распространены флувоксамин и флуоксетин. Эти препараты не имеют таких побочных эффектов, как сухость во рту, запоры и затуманивание зрения, что свойственно антихолинергическим средствам, но в некоторых случаях могут вызывать тошноту. Тем не менее, установлено, что эти препараты очень эффективны для лечения депрессивных заболеваний, панических состояний, а также обсессивно-компульсивных неврозов.

До разработки антидепрессантов этой группы в течение какого-то времени использовались их аналоги, **амфетамины**. Эти лекарственные препараты, широко известные как «бодрящие пилюли» («per pills»), действуют как стимуляторы центральной нервной системы, наподобие чая или кофе, но намного сильнее. Курение конопли также использовалось в медицинских целях для получения эйфорического эффекта. Недостатком этих препаратов является то, что, прекращая их прием, человек чувствует себя хуже, чем обычно, а главное, они не оказывают никакого воздействия на вызывающие заболевание биохимические или психологические причины. К тому же, амфетамины потенциально опасны, поскольку вызывают привыкание, а в ряде случаев способствуют развитию острого токсического психоза, подобного

140

Психиатрия

тому, что бывает при шизофрении. Вследствие указанных недостатков сейчас эти препараты не применяются для лечения депрессий, поскольку есть новые средства, более эффективные и безопасные.

Тем не менее, амфетамины представляют собой интересную группу препаратов, поскольку они сходны с моноаминами, принимающими участие в функционировании центральной нервной системы, и

способны вызывать психозы типа шизофренического. На основе этих соединений проведен ряд перспективных исследований.

Литий

В связи с лечением депрессивных состояний необходимо упомянуть еще один препарат — литий. Это вещество известно уже много лет. Литий аналогичен натрию и использовался в качестве заместителя натрия в солях. В организме он инертен, поэтому не ионизируется так, как натрий или калий, и в конечном итоге не влияет на электрическую активность клетки. Как уже отмечалось, при некоторых депрессивных состояниях повышается содержание натрия в клетках, и литий, замещая натрий молекула на молекулу, приводит к снижению аномально высокого содержания натрия в клетках. Поэтому литий эффективен для предупреждения симптомов заболевания и при длительном применении успешно помогает тем пациентам, которые страдают циклическими рецидивами резких изменений настроения. В прошлом таким больным не помогали никакие другие препараты, а теперь, если пациент восприимчив к литию, улучшение его состояния может оказаться весьма значительным.

Нейролептики

Третьей основной группой лекарственных препаратов, которую мы рассмотрим, являются те, что эффективны при лечении

Лечение

141

расстройств мышления и поведения, обычно связываемых с шизофренией или некоторыми из маниакальных состояний.

Два таких вещества, оказавшихся эффективными при лечении указанных заболеваний, появились в 40-е годы нашего столетия. Первым был **резерпин**, производное от препаратов, которые использовались для снижения кровяного давления и у которых впоследствии выявилось дополнительное антипсихотическое действие. С научной точки зрения, интересно то, что резерпин способен вызывать состояния депрессии у предрасположенных к ним пациентов. Вторым препаратом был **хлорпрома-зин**, первый из группы лекарств, известных как фенотиазины.

Побочные эффекты, вызываемые фенотиазинами, не позволяют использовать их для длительного курса лечения, однако исследования фенотиазинов привели к созданию широкой гаммы препаратов, которые оказались гораздо эффективнее при лечении симптомов шизофрении. Их эффективность также обусловлена процессами, связанными с транспортированием и метаболизмом моноаминов в центральной нервной системе. Пока не удалось выяснить, каким образом присутствие фенотиазина на путях метаболизма моноаминов позволяет корректировать психические расстройства.

Лекарственные препараты группы фенотиазинов в соответствии с их химической структурой подразделяются на три основных типа. Они называются **алифатической, пиперидиновой и пиперазиновой** группами в соответствии с типами боковой молекулярной цепи в молекуле препарата. Хлорпромазин относится к алифатической группе. Он все еще широко используется, но у него слишком много потенциальных побочных эффектов, чтобы считать его идеальным препаратом для длительного лечения. Он обладает слишком сильным седативным действием и, кроме того, способствует восприимчивости к солнечным лучам, вызывая чрезмерный загар. Существенным недостатком является то, что он может оказывать токсическое воздействие на печень, вызывая желтуху или другое осложнение, что вынуждает ограничивать его использование только случаями кратковременного лечения острых расстройств. Промазин является более мягкодействующим препаратом. Его структуру составляет основная молекула.

Две другие группы имеют намного более широкий диапазон применения.

142

Психиатрия

Пиперидиновая группа не дает сколько-нибудь серьезных побочных эффектов. К наиболее широко используемым препаратам этой группы относятся **тиоридазин и перипиазин**. Единственным недостатком препаратов этой группы является то, что они могут вызывать у женщин прибавку веса, — /это общий недостаток некоторых антидепрессантов, зато их можно использовать при лечении анорексии (потери аппетита). '

К пиперазиновой группе относятся такие хорошо известные препараты, как **трифлуоперазин и флуфеназин**. Их самым серьезным побочным эффектом является тенденция вызывать у некоторых людей мышечные спазмы и возбуждение, однако эти эффекты можно смягчать другими медикаментами.

Большим достижением в лечении шизофрении стала разработка принадлежащих к этой группе препаратов пролонгированного действия, которые пациент получает в виде одной внутримышечной инъекции в месяц. Это дает возможность лечить заболевание с помощью меньших, а значит, менее токсичных, доз препарата. Такое лечение во многих случаях позволяет достигать длительных улучшений состояния больного и даже возвращать хронических больных к более

нормальному образу жизни.

Еще две группы очень ценных для лечения шизофрении и мании препаратов родственны фенотиазинам. Это **тиоксантины и бутирофеноны**.

Тиоксантины особенно ценны для лечения остаточных эффектов шизофрении, когда, как правило, наблюдается утрата контроля за эмоциональными реакциями и способности сохранять ровное настроение. Некоторые препараты этой группы также предназначены для инъекций пролонгированного действия.

Было установлено, что **бутирофеноны** особенно полезны в двух случаях: во-первых, для контроля чрезмерной активности и психотического возбуждения при мании, а во-вторых, при лечении параноидных симптомов шизофрении у людей пожилого возраста.

Фенотиазины и родственные им препараты используются (в гораздо меньших дозах) для контроля возбуждения и тревоги, связанных с такими заболеваниями, как депрессия.

Те, кто заинтересован в более глубоком изучении химической и молекулярной структуры всех представленных соедине-

Лечение

143

ний, могут найти здесь необозримое поле для исследований и гипотез относительно соотношений между психотическими заболеваниями и путями метаболизма, вовлекаемыми в рассматриваемые процессы.

В последующих главах мы представим целый ряд лекарственных препаратов, предназначенных для лечения деменций и других органических расстройств, включая эпилепсию. В настоящее время использование седативных средств считается оправданным лишь в качестве снотворного. Бензодиазепины широко используются для лечения пациентов с начальными стадиями бессонницы, а прием трициклических антидепрессантов перед сном помогает людям, страдающим преждевременным прерыванием сна, что часто встречается в депрессивных состояниях. При бессоннице важно выявить вызывающие ее основные причины, а принимать препараты типа барбитуратов и метакьюалона, которые могут вызывать привыкание, следует в самых крайних случаях. Люди, страдающие острыми расстройствами, могут их использовать, но лишь кратковременно.

Физические методы лечения

Теперь рассмотрим физические методы лечения, которые применяются в психиатрии. К ним относятся модифицированная электросудорожная терапия («электрошок»), определенные методы отреагирования, электрорелаксация с использованием аппарата «Сомлек». В редких случаях применяется усовершенствованная операция лейкотомии.

Судорожная терапия (convulsive therapy) впервые была введена **Медуной**, который в 1933 году использовал инъекцию камфоры для провоцирования судорог. Впоследствии использовались и другие вещества, например, кардиазол. Примерно в то же время в Вене **Сакель** впервые применил терапию посредством инсулиновой комы, где использовался тот же принцип: понижение содержания сахара в крови при введении инсулина обычно приводит к возникновению генерализованного электрического разряда в центральной нервной системе. С введением этих способов лечения в 30-е годы радикально изменились взгляды на

144

Психиатрия

Лечение

перспективы лечения психотических заболеваний, но / у этих методов выявились существенные недостатки. Интенсивность и продолжительность судорог было трудно предугадать, поэтому лечение не обходилось без риска. Однако в 1938 году/ **Черлетти и Бини** разработали процедуру получения генерализованного электрического разряда путем пропускания слабого электрического тока через лоб пациента. С этого началось развитие современной электросудорожной терапии (ЭСТ).

В первое время электросудорожная терапия проводилась с пациентом, находящимся в сознании, поэтому она была крайне неприятной и наводящей страх процедурой, но появление современных быстродействующих анестезирующих средств, вводимых посредством инъекции, а также средств для релаксации мышц, которые необходимы для предотвращения судорог мышц, обычно сопутствующих судорогам типа эпилептических, сделало эту процедуру гораздо более щадящей.

В некоторых случаях ЭСТ проводится даже амбулаторно. После инъекции пациент быстро погружается в сон точно так, как это происходит у дантиста или при небольших хирургических операциях. Затем проводится электрошок, после чего пациент примерно пять минут выходит из

анестезии, а далее он может сесть и выпить чашечку чая. Побочные эффекты минимальны и обычно состоят в небольшой головной боли и кратковременном спазме мышц, иногда бывает состояние некоторой спутанности сознания, которое обычно быстро проходит. Такое лечение в высшей степени безопасно, поэтому почти не бывает противопоказаний для его применения, за исключением тех, что связаны с анестезией (заболевания сердца или грудной клетки). Главным противопоказанием является наличие заболеваний, связанных с деменциями.

Механизм действия судорожной терапии стал предметом многочисленных исследований. Сейчас нет никаких сомнений в ее эффективности для лечения психозов. Она помогла пересмотреть взгляд на некоторые биохимические изменения, происходящие при депрессивных состояниях. Эффект выжигания нервных клеток может корректировать дефекты в работе клеточных мембран и таким образом восстанавливать электролитическое равновесие или высвобождать заблокированные моноамины. Возможно также, что при этой процедуре происходит разрушение развива-

145

ющихся между лимбической системой и лобным участком коры паттернов ответных реакций. Тот факт, что эти теории еще не подтверждены, никоим образом не умаляет ценности этой терапии, которая, на протяжении последних 30 лет спасает жизни пациентов при опасности суицида. Обычно назначается курс лечения из двух или трех процедур в неделю с суммарным их количеством от четырех до восьми. Как правило, во время такого лечения пациенту дают необходимые лекарства, которые он потом принимает еще в течение нескольких месяцев при амбулаторном лечении. Ценность лечения электрошоком состоит в возможности немедленно получить результат. Тем, кто думает, что пропускание тока через лоб является слишком примитивным способом лечения, я могу снова напомнить, что лечение аппендицита удалением органа не намного лучше! Использование электрошока будет более подробно рассмотрено в главе 8, поскольку этот метод лечения занимает очень важное место в истории психиатрии.

Лечение с помощью инсулиновой комы не применяется уже около десяти лет, но способ, известный как **модифицированный инсулиновый метод**, до сих пор используется для лечения пациентов с заметной потерей веса как средство стимуляции аппетита и возвращения прежней конституции. Пациенту вводится инсулин, но после этого он не впадает в коматозное состояние, а просто через определенное время должен плотно поесть.

Операция **лейкотомии**, которая 30 лет назад была очень популярна, сегодня используется крайне редко. Многие тысячелетия назад было известно, что повреждение лобной доли коры мозга может повлечь за собой изменение качеств личности. В 1936 году в Португалии **Мониз** опубликовал работу, где описал успешные результаты, полученные при операции рассечения определенных нервных путей, идущих от области лимбической системы к лобным долям. У некоторых пациентов такая операция приводит к улучшению настроения и поведения с ослаблением возбуждения или напряжения. Эта операция с некоторым успехом применялась для лечения хронических депрессивных состояний и некоторых случаев шизофрении. Однако ее приверженцы проявили чрезмерный энтузиазм, поскольку первоначальный вариант операции, известный как «стандартная лейкотомия», приводил к побочным эффектам, которые выражались в

146

Психиатрия

том, что у пациента развивались нежелательные для него изменения личности. Тем не менее, эта операция позволила многим обреченным на постоянное пребывание в больнице пациентам возвратиться к жизни в обществе. Модифицированная лейкотомия сегодня стала рутинной процедурой; проведенная опытным специалистом, она может дать позитивный результат в случаях, не поддающихся иному лечению.

Сейчас показания к проведению лейкотомии всегда тщательно анализируются, и операция используется лишь в тех редких случаях, когда ее невозможно заменить более современными методами, которые дали бы хороший результат при отсутствии риска. В основном эта операция назначается в случаях хронической депрессии, не поддающейся лечению с помощью антидепрессантов или электророшока, а также при тяжелых навязчивых состояниях, когда навязчивое поведение больного разрушает всю его жизнь и не поддается контролю никакими иными средствами. Эти случаи будут обстоятельно рассмотрены в главе 9.

До сих пор мы обсуждали те физические методы лечения, которые используются при психозах, в основном имеющих характер депрессии или шизофрении. **Неврозы**, при которых главным симптомом аффективных изменений является тревожность, всегда рассматривались как основное поле для применения психотерапевтических методов. Однако, как уже отмечалось, для облегчения состояния тревоги широко используются и лекарственные средства, причем психотерапевтический подход применяется в сочетании с физическими методами для сокращения сроков лечения. Без применения психотерапевтических методов потребовалась бы более

длительная программа лечения.

Гипноз нельзя рассматривать как физический метод лечения, однако предпринимались попытки получения такого же уровня внушаемости, как при гипнозе, за счет инъекций лекарственных препаратов, вдыхания таких газов, как эфир, двуокись углерода, или внутривенного введения амфетаминов, что вызывает у пациента измененное состояние сознания. Недавно в Европе был разработан и успешно прошел испытания электрический индуктор для достижения релаксации с помощью подведения слабых стимулирующих токов к лобному участку мозга. Все эти методы предназначены для снятия психического напряжения, и мы рассмотрим их подробнее.

Лечение

147

Эфир первоначально использовался, чтобы дать пациенту возможность выразить словами то, что вызывает у него очень сильные эмоции. Этот метод лечения впервые был опробован на военнослужащих, страдавших от ужасов войны, у которых развивалась истерическая амнезия, известная как *травматический шок*. Было установлено, что если такому пациенту дать подышать эфиром, то его заторможенное состояние разряжается, и он начинает вспоминать и выражать словами свои заряженные эмоциями переживания. В результате такой эмоциональной разрядки и благодаря ощущению безопасности при лечении пациент может в значительной степени освободиться от напряжения и тревоги. При лечении фронтовых неврозов были получены поразительные результаты, хотя лечение такого рода, конечно, не может быть столь же эффективным в случае обычных состояний тревоги, вызываемых повседневной жизнью, — в основном, потому, что в этом случае не наблюдается такой высокой степени аккумуляции провоцирующего тревогу подавленного эмоционального материала. Как мы уже говорили, скорее всего причиной, вызывающей состояния тревоги, является аномально высокая биохимическая активность лимбической системы мозга, а не пусковое действие каких-то внешних ситуаций. Тем не менее, многие фобии, когда пациент боится какой-то определенной ситуации внешнего происхождения, можно лечить с помощью поведенческой терапии.

Эфир был впоследствии заменен быстродействующими лекарственными препаратами тиопентоном (барбитурат) и метедри-ном в форме инъекций. Для достижения эмоционального отреагирования использовалась также высокая концентрация двуокиси углерода, которая образовывалась в организме при вдыхании этого газа. Многие исследователи пришли к заключению, что хотя в большинстве случаев состояний тревоги достижение эмоциональной разрядки не так значительно, однако при этом Удастся достигать такого же уровня релаксации, как при гипнозе, что дает возможность пациенту, находящемуся в состоянии релаксации и повышенной внушаемости, размышлять над тем, что провоцирует у него тревогу. Такой метод можно использовать Для укрепления у пациента чувства уверенности. Определенные Успехи в лечении состояний тревоги типа фобий были получены при сочетании релаксации, достигаемой с помощью лекарственных препаратов или гипноза, и методов поведенческой терапии.

148

Психиатрия

Аппарат «Сомлек» (электросон) является дополнением к физическим средствам достижения релаксации. Он тоже используется не для получения эмоционального отреагирования, а для придания пациенту состояния покоя примерно на час или около того. Аппарат «Сомлек» можно использовать для оказания помощи при бессоннице: в условиях больницы пациент может восстановить свой естественный сон. Некоторые методы применяются при работе с группой пациентов, являясь полезным дополнением к методам психотерапии или лекарственному лечению, направленному на облегчение состояния тревоги.

Техники релаксации

А теперь мы уделим немного внимания гипнозу и релаксационным процедурам, проводимым непосредственно терапевтом. Эти методы представляют собой нечто среднее между собственно психотерапией и физическими средствами лечения. Большинство людей в какой-то мере знакомо с техниками релаксации, поскольку они широко используются в йоге, а также в родовых женских клиниках. В их основе лежит принцип достижения пациентом состояния покоя и контроля над своим «я» и функциями своего тела. Эти методы могут принести значительную пользу невротикам, которые страдают от продолжительной, средней тяжести, тревоги.

Процедура релаксации обычно состоит в том, чтобы научить пациента последовательно расслаблять всех группы мышц таким образом, чтобы к концу процедуры почувствовать полное расслабление всей мускулатуры. Обычно требуется провести несколько сеансов обучения, после чего пациент при необходимости может проводить такую процедуру у себя дома или в клинике в

рамках программы, направленной на ослабление симптомов фобии.

Гипноз — это просто дальнейшее развитие такой техники. Он вводит пациента в более глубокое состояние расслабления, при этом у некоторых людей за счет их повышенной восприимчивости к внушению достигается состояние, при котором терапевт может снимать симптомы тревоги. Многие не совсем правильно понимают, что такое гипноз. Эта процедура занимает довольно много

Лечение

149

времени, и ее не так просто осуществить в системе общественного здравоохранения, поскольку не хватает обученных этой технике специалистов и на каждого пациента отводится слишком мало времени. Правда, иногда эта техника применяется для группы пациентов. В медицинской практике гипноз чаще применяют не врачи-психиатры, а те, кто просто владеет этой техникой. Гипноз используют в стоматологии, при подготовке женщин к родам, а в некоторых случаях и как средство анестезии.

В психиатрии использование гипноза достаточно ограничено. Не имеет смысла применять гипноз при психозах (шизофрении, депрессии и мании), равно как и при лечении деменций, которыми страдает большая часть пациентов психиатрических клиник. В основном гипноз предназначен для помощи при некоторых невротических состояниях, хотя часто для этого могут быть эффективны и другие методы, например, инъекции тиопен-тона, которые к тому же занимают гораздо меньше времени. Кроме того, далеко не все пациенты способны достигать того состояния глубокого транса, которое необходимо для реализации постгипнотического внушения, хотя большинство людей может входить в легкое гипнотическое состояние, необходимое для проведения процедур, направленных на смягчение болезненных симптомов. Наконец, сам терапевт должен хорошо владеть этой техникой, чтобы достигать в ней успеха. Таким образом, вероятность совпадения всех этих условий в каждом определенном случае не слишком высока. Использование этого метода для излечения людей от таких вредных привычек, как курение, алкоголизм и т.п., тоже ограничено; кроме того, часто лечение физическими методами поведенческой терапии бывает более успешным, хотя они и не так приятны пациентам. И все же гипнотерапия и гипноанализ достаточно интересные техники, вызывающие большой интерес у публики.

Психотерапия

Далее речь пойдет о психотерапии, которую мы уже упоминали в предыдущих главах. Психотерапия охватывает довольно широкую сферу — от **психотерапевтических консультаций**, когда

150

Психиатрия

врач пытается просто поговорить с пациентом о его проблемах (в этом смысле такие процедуры используют работники социальной службы), до методов **глубинной психотерапии**, которые обычно | практикуют **психоаналитики**. К ним можно отнести и недавно появившиеся методы — например, те, что используют терапию обучения, которую чаще называют поведенческой терапией.

Независимо от теоретической ориентации психотерапевта, в психотерапии имеются определенные общие принципы. Между пациентом и психотерапевтом возникают определенные взаимоотношения, образующиеся в процессе их взаимодействия. Специфика этих взаимоотношений заключается в том, что хотя они лишены характера межличностных отношений и не должны вызывать межличностных конфликтов, которые могли бы возникнуть вне стен клиники, они все же могут создавать у пациента отчетливую эмоциональную зависимость, которая, собственно, и требуется для успешной работы врача. Аналитическая школа называет этот процесс **переносом**, или **трансфером** (transference), и вкладывает в это название тот смысл, что пациент переносит на врача свое эмоциональное отношение к тем людям, которые в прошлом играли важную роль в его жизни, — в частности отношение к родителям в годы формирования его личности. То есть пациент наделяет психотерапевта эмоциональными качествами своих родителей или других людей, которые доминируют в его эмоциональной жизни. Этот перенос может быть позитивным, и тогда он помогает психотерапевту, но может развиваться и негативный перенос, когда психотерапевт ощущает неприязнь пациента к себе, и ему приходится работать вопреки этому ощущению. Иногда возникает обратный перенос (контр-транс-фер), когда переживания самого психотерапевта и его отношение к пациенту будут нуждаться в анализе.

Даже не имеющий аналитической ориентации психотерапевт может почувствовать, что в критических случаях следует пользоваться идеей Фрейда о переносе, и что развивающаяся эмоциональная близость между пациентом и терапевтом объясняется просто привязанностью исповедующегося человека к своему исповеднику. Иногда все ограничивается просто возникновением явной симпатии одного человека к другому.

Однако, независимо от теоретической ориентации психотерапевта, вовлечение в такого рода взаимоотношения требует от него

151

определенной зрелости и опыта, а для управления переносом требуется достаточная сила личности. Но именно на основе таких взаимоотношений и необходимо работать, именно они являются ключом к достижению успеха при глубинной психотерапии. Однако для достижения такого результата потребуются многочисленные и продолжительные сеансы общения пациента с психотерапевтом, а в условиях обычной практики системы здравоохранения это практически невозможно. Поэтому психотерапевт должен тщательно отбирать пациентов для психотерапии и объяснять больным, что хотя в принципе психотерапия может помочь многим, далеко не все люди способны извлечь пользу как из общения с психиатром, так и из любых проявлений жизненного опыта. В основном психотерапия может быть полезна лишь достаточно молодым людям с умеренными расстройствами невротического характера. Кроме того, лечиться с помощью таких методов вне системы здравоохранения достаточно дорого. В главе 7 мы поговорим о психотерапии более подробно.

Поведенческая терапия (Behaviour Therapy)

Наряду с психотерапией аналитического направления, и, можно сказать, в противовес ей 20-30 лет назад возникла поведенческая терапия, идеи которой связаны с усовершенствованием стиля жизни пациентов на основе теории обучения, а не с помощью аналитического метода. В реальности это означает использование теоретических концепций для изменения поведения субъектов, которым присуще антисоциальное поведение, для лечения неврозов, особенно тех, что отягощены фобиями, и применение определенных процедур тренинга к пациентам с задержкой умственного развития или хроническим больным, страдающим резидуальной шизофренией. То есть поведенческая терапия предназначена для тех пациентов клиник, которым необходимо заново приобретать навыки жизни в обществе.

Большинство этих процедур основывается на теориях «стимул-ответ» («stimulus response»). При этом существенным фактором является сотрудничество пациента с психотерапевтом. Выработка навыков поведения возникает как результат поощряемой

152

Психиатрия

•III

реакции пациента на стимулы. Мы кратко поясним на примерах те случаи, когда может потребоваться лечение такого типа.

Возьмем в качестве простого примера случай, когда ребенок боится собаки, возможно, вследствие своего опыта общения с этими животными. Эта боязнь может распространиться на всех четвероногих созданий, и тогда у ребенка развивается привычка реагировать на них сильным страхом. В такой ситуации родители, скорее всего, решат воспользоваться теми же принципами, на которых построена поведенческая терапия, хотя, может быть, в несколько упрощенном варианте. Они купят ребенку пушистую игрушечную собачку, потом принесут ему щенка и при этом попытаются успокоить его страхи уговорами или действиями — в случае с ребенком это, скорее всего, будет угощение сладостями. Таким образом ребенок будет постепенно привыкать к контакту с провоцирующими страх стимулами, но эти стимулы будут вызывать у него гораздо меньший страх, чем встреча с огромной овчаркой.

Основной принцип заключается в следующем. Ребенок научен, что собаки являются вызывающими страх существами, поэтому он постарается избавиться от страха бегством от таких стимулов, при этом свой страх он выражает криками, стараясь таким образом прогнать собаку. Если это реагирование страхом удастся заменить противоположной реакцией, освобождая ребенка от страха и расслабляя его, и если эта новая реакция будет сильнее, чем реагирование страхом, то теоретически (и практически) реагирование страхом будет постепенно гаситься, и его заменит релаксация.

Таким образом, принципиально важно, чтобы вызывающий страх стимул был представлен сначала в том виде, который вызывает самую слабую реакцию, и чтобы освобождающая от страха реакция

была гораздо сильнее и могла перекрыть страх. Если, например, пациент очень боится грозы, то сначала его надо приучить переживать грозу в своем воображении, потом слушать гром в магнитофонной записи с негромким воспроизведением, затем звук нужно постепенно усиливать, и лишь после этого пациент может встречаться с реальной грозой. Нельзя переходить к последующим этапам этой процедуры до тех пор, пока не будет отработан предыдущий этап, и таким образом необходимо пройти через все этапы, чтобы выстроилась иерархия реакций.

Лечение

153

Освобождающая от страха реакция, которую мы собираемся закрепить за провоцирующей тревогу ситуацией, формируется разными способами. Можно использовать методы релаксации или гипноза, как мы уже описывали, релаксацию с помощью лекарственных препаратов, например, тиопентона. Взрослым людям такие вознаграждения, как сладости, конечно, не подходят, однако их можно заменить чем-то подобным в соответствии с обстоятельствами. При использовании психотерапевтических методов какая-то часть полезного эффекта достигается просто за счет снимающих тревогу стабильных взаимоотношений психотерапевта с пациентом.

Противоположный процесс используется для разрушения привычек, которые дают пациенту наслаждение или удовлетворение, но антисоциальны или опасны для здоровья. Это может быть алкоголизм, курение, пристрастие к снотворному или сексуальные отклонения, когда человек получает немедленное удовлетворение, но, чаще всего это происходит в форме, неприемлемой для общества, что может привести к конфликтам с законом или иным неприятностям. Здесь идея состоит в том, чтобы связать с тем, что обычно приносит удовольствие, какую-то неприятную реакцию и этим погасить положительную реакцию. В этом случае неприятная реакция должна быть сильнее, чем та, что формирует привычку.

Этот способ лечения первоначально был опробован на алкоголиках. Пациенту дается спиртное, а затем делается инъекция рвотного средства для того, чтобы реакцией пациента на глотки излюбленного пива была тошнота. Эта связь будет постепенно формировать отвращение к алкоголю и разрушать эту вредную привычку. Успех такого лечения, как правило, зависит от его продолжительности и соответствующей подготовки пациента: пациент должен воздерживаться от приема алкоголя вне лечебных сеансов. Обычно для проведения этого лечения необходимо поместить пациента в стационар. Очень важным условием является желание пациента сотрудничать с врачом, поскольку сама процедура несколько рискованна для здоровья и достаточно неприятна не только для пациента, но и для того, кто проводит лечение.

Усовершенствованным вариантом -Такого лечения стала авер-сивная терапия, основанная на формировании отвращения. Пациент сталкивается с чем-то, похожим на детскую игрушку с

154

Психиатрия

Лечение

155

чертиком, но только более страшным, так что при этом он испытывает довольно неприятный, хотя и неопасный, шок, ощущая боль в предплечье, пальце или ином месте. Для примера возьмем человека, решившего бросить курить. Разрабатывается схема определенных действий в контролируемых условиях, и в результате каждый раз, когда пациент зажигает сигарету и берет ее в рот, он получает неприятный импульс, который не позволяет ему получать удовольствие от закуривания.

В таком изложении эта процедура выглядит несколько наивной. Однако метод успешно работает в самых разнообразных условиях, например, при преодолении фетишизма, трансвестизма, пристрастия к азартным играм на автоматах, а также в случае таких проблем, как педофилия.

Действенным является и метод использования воображаемой действительности вместо реальных обстоятельств, который основан на том, что человек взволнован предвкушением самого действия, и это приводит к закреплению привычки. Здесь также многое зависит от готовности пациента к сотрудничеству. Следует подчеркнуть, что терапия, использующая формирование отвращения, может успешно применяться лишь к тем, кто подготовлен к такому сотрудничеству в пределах программы лечения и разделяет цели этой программы.

Некоторые считают использование болевого эффекта для излечения пациентов от вредных привычек не совсем этичным. Однако в таком аргументе трудно усмотреть какую-то логику, поскольку лечение проводится с согласия пациента, хотя, конечно, можно возразить, что обычно к такому лечению людей побуждает давление со стороны общества, вынуждающее их обратиться к

врачу. И все же боязнь причинить боль не может быть достаточно веской причиной для отказа от лечения, дающего желаемый эффект, — иначе следовало бы закрыть все стоматологические кабинеты. Конечно, именно общество решает, что этично, а что нет, но, наверное, немногие решатся возражать против искоренения таких оскорбляющих человеческое достоинство склонностей, как, например, педофилия.

Методы формирования привычек с использованием вознаграждения можно с успехом применять при работе с умственно отсталыми людьми, а также с довольно многочисленной группой пациентов психиатрических клиник, которые страдают резидуальной шизофренией с характерным для этого состояния упадком сил и апатией. Система формирования желательных паттернов поведения проста: пациент получает вознаграждение каждый раз, когда он реагирует должным образом, и при этом иная реакция на ситуацию игнорируется. Можно создать такие паттерны ответных реакций, которые позволят пациенту формировать более эффективные социальные контакты, и, можно надеяться, в этом случае он сможет возобновить относительно нормальное существование в обществе. В качестве формы вознаграждения можно использовать систему «оплаты талонами»: вместо сладостей, сигарет и тому подобного пациенту выдаются талоны, которые он потом может обменять в магазине на товары. Таким образом задействуется понятие денег, и пациенты учатся ценить вознаграждение, даже если получают его с некоторой отсрочкой. Основанные на теории обучения методы постоянно модифицируются и усложняются; более детальную информацию о них читатель сможет найти в специальных учебниках. Однако в основе этого метода лежат следующие принципы: (а) техники **ответного подавления** (reciprocal inhibition), то есть подключение увеличивающихся по интенсивности провоцирующих тревогу стимулов; (б) **импловивная терапия** (implosion therapy), когда пациент подвергается массивной атаке провоцирующих тревогу ощущений и действует в состоянии паники в безвыходной ситуации; (в) **аверсивная терапия** (aversion therapy), когда в систему ответных реакций на стимулы встраивается отвращение.

На этом мы заканчиваем краткий обзор современных методов лечения, эффективность которых подтверждена опытом. Более полное представление читатель может получить, обратившись к имеющимся стандартным учебникам. О некоторых методах, в частности об использовании таких процедур реабилитации, как производственная терапия, или трудотерапия для хронических больных, мы будем говорить в главе 10.

Литература

Bremner, C., *An Elementary Textbook of Psychoanalysis*, International Universities Press, New York, 1973.

156

Психиатрия

Hersen, R., et al., *Progress in Behaviour Modification*, Academic Press, New York, 1975.

Pritchard, M. J., *Prognosis of schizophrenia before and after pharmacotherapy*, British Journal of Psychiatry, 113, 1345, 1967.

Rogers, C. R., *Client Centred Therapy*, Houghton-Mifflin, Boston, 1951.

Scott, D. L., *Modern Hospital Hypnosis*, Lloyd Doker, London, 1974.

Small, L., *The Brief Psychotherapies*, Brunner-Mazel, New York, 1979.

Walker, N., *A Short History of Psychotherapy*, Routledge and Kegan Paul, London, 1957.

Wing, J. K., *The Industrial Rehabilitation of Long-Stay Schizophrenic Patients*, Medical Research Council Memorandum No. 42, HMSO, 1964.

Wolpe, J., *The Practice of Behaviour Therapy*, Pergamon, Oxford, 1969.

Вопросы

1. Каковы основные причины, по которым пациент может быть направлен в больницу?
2. Каковы основные группы лекарственных средств, применяемых в психиатрии?
3. Почему при использовании лекарственных средств группы ингибиторов МАО

рекомендуется придерживаться определенной диеты?

4. Каковы недостатки амфетаминов?

5. Какие группы лекарственных средств можно использовать при I лечении шизофрении?

6. Как развивался метод лечения с помощью эмоционального отреагирования (abreactive treatment), и в чем его польза?

7. Какие принципы лежат в основе поведенческой терапии?

Психотерапия

Здесь мы более подробно обсудим тему, о которой упоминали в главе, посвященной лечению. Психотерапия у многих ассоциируется с психиатрией в целом. Психотерапия — это лечение посредством бесед врача с пациентом. Психотерапевт пытается изменить мышление пациента, его поведение и эмоции посредством работы над механизмом его мышления, путем выявления сдерживающих факторов и обучения пациента новым способам контроля над собой. Эта область охватывает широкий круг методов — от ортодоксального психоанализа и до поведенческой терапии. Независимо от конкретного теоретического подхода, предполагается, что заболевание пациента обусловлено его прошлым опытом, в частности опытом детства, подпитывается его нынешними психическими перегрузками, и что влияние терапевта способно облегчить его состояние.

Однако следует определить возможности психотерапии в контексте нашей книги. Психотерапия наиболее эффективна для лечения невротиков, встречающихся с проблемами самоконтроля в повседневной жизни. Это один из методов лечения неврозов. Некоторые виды психотерапии могут потребовать слишком много времени и средств и поэтому недоступны всем желающим. Не существует простых способов проверки эффективности психотерапии, поскольку она представляет собой субъективный способ лечения. Это тот же аргумент, с помощью которого часто критикуют лечение электорошо-ком: слишком трудно подтвердить эффективность метода.

Но в любом случае динамический аспект психотерапии является существенной частью методов проведения собеседований с пациентами, которыми обязан владеть каждый психиатр, и хотя психотерапия в наиболее чистом ее виде достаточно редко прак-

158

Психиатрия

тикуется в рамках государственной системы здравоохранения, для понимания природы основных заболеваний невротического характера психиатру необходимо владеть навыками психотерапевта.

Вспоминая сделанные нами ранее замечания о том, каких пациентов чаще всего можно увидеть в психиатрическом отделении, следует сказать, что 30 процентам всех пациентов — тем, кто страдает деменциями, часто встречающимися в преклонном¹ возрасте, — психотерапевтическая помощь вряд ли будет оказы-¹ ваться, хотя они могли бы получить определенную пользу от разумно составленного распорядка жизни в палате и от поддерживающих бесед с психотерапевтом — ту пользу, которую вообще может принести один человек другому. То же самое можно сказать и о тех примерно 30 процентах, которые состав-¹ ляют больные шизофренией с долгими сроками госпитализации.¹ В программах реабилитации могут использоваться идеи психо-¹ анализа или поведенческой терапии, хотя нет достаточно убедительных¹ свидетельств того, что психотерапия является действенным методом при лечении хронических или острых психозов. В данном случае речь идет о 30 процентах пациентов, направляемых в больничные палаты для кратковременного лечения острых¹ заболеваний (основная их масса приходится на эндогенные¹ депрессивные состояния, когда психотерапия категорически про-¹ тивопоказана), и о пациентах с острой формой шизофрении,¹ когда такие техники, вследствие психотического характера состо-¹ яния больных, просто не могут помочь. Таким образом, получается, что для стационарных больных психотерапия не часто¹ применима и полезна. Исключение составляет группа реабилита-¹ ции, о которой мы уже упоминали.

Как правило, психотерапию применяют для лечения амбулаторных больных или практикуют в специализированных психо-¹ терапевтических клиниках. Тем не менее, эта область достаточно¹ интересна своими теоретическими моделями, поэтому является¹ четвертой специализацией в Королевской коллегии психиатров и¹ входит в состав экзаменационных тем при определении членства¹ в этой коллегии.

Время от времени предпринимаются попытки ограничить круг-¹ лиц, которые могут использовать психотерапию, только теми, кто¹ получил соответствующее образование, поскольку немедики прак-¹

Психотерапия

159

тику ют психотерапию чаще, чем любой другой вид терапии. Для такой практики не требуется специальной лицензии, что позволяет некоторым людям объявлять себя психотерапевтами. Пациентам или клиентам, прибегающим к помощи таких людей, полезно навести необходимые справки по поводу их квалификации и этического облика, прежде чем начинать дорогостоящие консультации, поскольку на самом деле они могут оказаться плохими специалистами с малым опытом работы. Психотерапия — это инструмент, который в умелых руках может быть очень эффективным, а в руках дилетантов становится опаснее, чем неправильно прописанное лекарство. Многие шарлатаны со своими собственными «гарантирующими выход из сложных положений» идеями давно поняли, что на легковверных людях можно зарабатывать деньги. В крупных городах появились группы, практикующие самые разнообразные терапевтические методы, — некоторые, вне всякого сомнения, действуют превосходно, другие же весьма сомнительны. Они чаще всего привлекают клиентов тем, что обвиняют государственную систему здравоохранения в неспособности предоставить людям надлежащие возможности для лечения. Такие терапевтические группы можно рассматривать как способ решения чисто человеческих проблем через самовыражение человека и связать их скорее с религией или политикой. Но они не имеют никакого отношения к лечению на основе медицинских или иных моделей, непосредственно разработанных для облегчения подлинных функциональных расстройств.

С учетом этих предварительных замечаний перейдем теперь к рассмотрению имеющихся на сегодня психотерапевтических моделей лечения и к тому, как их можно использовать с максимальной пользой.

Ясперс определял психотерапию следующим образом: «Психотерапия — это название, объединяющее все те методы лечения, которые воздействуют как на психику, так и на тело в той мере, в какой это возможно осуществлять через психику. При этом во всех случаях необходимо содействие пациента. Психотерапия Применима к тем, кто страдает от одного из множества расстройств личности, ко всем, кто чувствует себя больным и страдает от неудовлетворительного состояния своей психики, а также почти ко всем без исключения физическим заболеваниям, которые так часто сопровождаются невротическими симптомами,

160

Психиатрия

с которыми человеку как-то приходится ладить. Во всех примерах, которые имеются в нашем распоряжении, на психику воздействует следующее: (1) внушение; (2) расслабляющие меры; (3) методы практики, тренировки и обучения; и (4) методы, направленные собственно на изменение личности».

Ясперс высказывает важную мысль, что психотерапию нужно применять, например, к тем, кто страдает сердечными приступами или недавно узнал, что у него рак, а не к тем пациентам, которые страдают эндогенной депрессией или шизофренией. Вероятно, каждый из нас смог бы получить определенную пользу от психотерапии на ее поддерживающем, консультирующем уровне, общаясь с посторонним человеком, владеющим методами этой науки, с которым мы оказываемся связанными определенными узами и от которого в какой-то степени зависим. Такая терапия бесполезна только для тех, кто вследствие своей болезни не может соприкоснуться с реальностью и потому не способен воспринимать этот подход. И большая часть таких людей находится в психиатрических клиниках.

Типы психотерапии

Обычно психотерапию подразделяют на три уровня по интенсивности ее воздействия. Психотерапия-1 — это тот уровень способности взаимодействовать с пациентами, которым обязан владеть все медицинские работники, включая медсестер. Она является частью процесса формирования атмосферы симпатии и восприимчивости для тех, кого эти специалисты учились лечить. Это достаточно сложная поддерживающая терапия, которую те, кто ощущает себя вне медицинской модели болезни, могут назвать консультированием, направляющим воздействием или как-то еще. Эта психотерапия является универсальной и применяется многими консультантами, самаритянами, священниками, работниками социальной сферы, психологами, то есть теми, кто призван помогать людям или лечить пациентов и ухаживать за ними.

Психотерапия-2 подразумевает владение навыками, приобретение которых требует определенного специального обучения. Здесь клиенту дается не только некоторая поддерживающа

Психотерапия

консультация, совет или рекомендация, но могут обсуждаться его внутренние мотивации, его возможности изменить стиль своей жизни; при этом терапевт должен определенным образом проникнуть во внутренние механизмы психики пациента, имеющие отношение к невротическому процессу.

Психотерапия-3 включает специальные процедуры, для овладения которыми специалист должен закончить курс аналитической психотерапии в Институте психоанализа, где изучают теорию Фрейда, или в каком-то ином учебном заведении, где преподается психотерапия. На этом уровне психотерапии пациенту предоставляется достаточно продолжительное лечение, которое должно выявить его вытесненные и скрытые мотивации. Это лечение возвращает пациента к истокам его невротического состояния, и психотерапевт при этом работает с бессознательными механизмами, которые он считает ответственными за возникновение болезненного расстройства.

Терапия этого типа основывается на аналитической теории. Рядом с этим, уже традиционным, подходом возникла новая школа терапии, получившая название **поведенческой терапии**. Она основывается на теориях Павлова, Галля, Кларка и более поздних исследователей, считавших, что поведение человека определяется его обучением определенным ответным реакциям, которые у невротика могут быть неадекватными, что приводит к закреплению неадекватного образа действий. В этом случае облегчение симптома может означать и лечение заболевания. Этот вопрос подробнее обсуждается в «Psychology Made Simple». На сегодняшний день существует множество методов лечения, разработанных на основе всех этих теорий, которые отличаются друг от друга тем, что делают акцент на том или ином типе психотерапии.

Психотерапию можно использовать в разных ситуациях. Это может быть индивидуальный подход к пациенту на основе его бесед с психотерапевтом один-на-один, а при применении Психотерапии-3 вовлекается и определенный процесс интерпретации развивающегося переноса. Терапию можно планировать и для использования в группе с опорой на психодинамические принципы, но при этом группа должна состоять из людей с одинаковыми невротическими проблемами. Здесь же могут использоваться психодрама и родственные ей техники, а также **транзакциональный анализ**.

6 Зак. № 453 Хэзлем

Некоторые психодинамические концепции используются и в **семейной психотерапии**, когда психотерапевт лечит дисгармонию семьи в целом, при этом он всякий раз встречается с семьей как с единым целым.

При проведении психотерапии аналитического типа может использоваться **гипнотерапия**, при этом для возврата к истокам болезни и извлечения вытесненного травмирующего эмоционального материала могут проводиться сокращенные ее варианты.

Супружеская психотерапия в основном направлена на разрешение психосексуальных проблем, которые могут обнаруживаться у супружеских пар, при этом используются поведенческие или психодинамические принципы. Некоторые центры, занимающиеся такими проблемами и работающие вне системы здравоохранения, используют несколько иные принципы, к которым относятся так называемые **группы встреч**, где используется тесный контакт между членами группы, группы последователей терапии Райха, а также иные типы когнитивной терапии.

Психотерапия аналитического типа основывается на определенных возможностях, которые заложены в психодинамике человека. Прежде всего нужно сказать, что люди используют разнообразные защитные механизмы, направленные на то, чтобы избежать душевных волнений и конфликтов. Эти механизмы контролируют также неприемлемые для общества импульсы. Они могут быть почти полностью сознательными или находиться целиком в области бессознательного. В последнем случае эти механизмы можно выявить лишь путем многолетней психотерапии. Конечный результат постоянного использования человеком защитных механизмов обычно проявляется в виде неадекватного поведения или невротического симптома. Часто этот симптом не просто как-то проявляется, но выполняет защитную функцию и может вызвать опасные последствия как для самого пациента, так и для окружающих. Хотя в некоторых случаях человек осознает разрушительность этих последствий для него самого, но вовлеченные в процесс силы оказываются столь мощными, что он не в силах ими управлять. Тогда между человеком и его окружением образовывается порочный круг. Поэтому психотерапевт стремится посредством анализа мысленно воссоздать конечный результат действия этих механизмов на основании тех способов, которыми пациент пользуется с целью ускользания от душевной

Психотерапия

боли, то есть для своей защиты; затем он должен проанализировать возможный неприятный результат проявления этих переживаний, то есть страх, а также выяснить природу самих этих скрытых переживаний.

Перенос

Перенос является фундаментальным понятием. Как и во время любого разговора, пациент невольно переносит на собеседника, а в данном случае на психотерапевта, свое отношение к нему или свои ощущения, связанные с ситуацией терапевтического сеанса. Иногда пациенты испытывают к психотерапевту весьма интенсивные чувства, но, как правило, эти переживания связаны с каким-то человеком из прошлой жизни пациента. Именно из прошлого они переносятся в настоящую ситуацию, чем и объясняется термин «перенос». Это слово постепенно приобрело более широкое значение и используется для обозначения любых чувств пациента по отношению к психотерапевту. Максимальный эффект в психотерапии можно получить именно через это эмоциональное отношение пациента. Полезный результат получается благодаря вынесению скрытых переживаний в область сознания пациента и его способности выразить эти переживания словами.

Таким образом, психотерапевту для успешного лечения требуются не только соответствующие теоретические знания, но и умение управлять эмоциями взрослого человека, создавать условия, позволяющие пациенту работать над собой посредством перенесенного отношения, извлекая из этого пользу для себя и становясь более зрелой личностью, причем этот опыт должен развиваться быстрее, чем тот, который разрушает его личность.

Дэвид Малан в своей книге об индивидуальной психотерапии обсуждает истоки возникновения переноса, отмечая при этом, что первые наблюдения в этой области были сделаны Йозефом Брейером, венским врачом, предвосхитившим некоторые идеи Фрейда. Однако именно Фрейд превратил эту идею в полезный психотерапевтический инструмент, и сегодня аналитик может сказать, что, хотя можно себе представить эффективные методы психотерапии, не использующие интерпретацию переноса*

164

Психиатрия

са, но они должны быть скорее исключением, чем правилом. .,.; Любой психотерапевт обязан уметь распознавать тот момент, когда возникает перенос, воспринять его без критики, интерпретировать его пациенту, если это необходимо, понять, из какого отношения он возник, и это тоже объяснить пациенту.

Психотерапия

165

консультирования по проблемам их поведения или лечения с помощью аппарата «Сомлек», хотя реально случаев, когда требуется применение всего перечисленного, не так уж много. Стремление найти достаточное время для лечения каждого пациента привело к разработке метода групповой психотерапии.

Индивидуальная психотерапия

Групповая психотерапия

Индивидуальную психотерапию в учреждениях системы здравоохранения проводят психотерапевты, имеющие различный уровень подготовки и разную теоретическую ориентацию. В основном она используется для лечения амбулаторных больных с невротическими состояниями и расстройствами личности, мешающими им жить в согласии с собой и с окружающими. Однако большинству пациентов предоставляется психотерапия только 1 и 2 уровней, поскольку время, отводимое на каждого пациента, ограничено, и психотерапевту приходится экспериментально находить и использовать сокращенные варианты психотерапии.

Индивидуальную психотерапию может проводить непосредственно психиатр-консультант, один из его квалифицированных заместителей или коллега из смежных областей медицины, например, практикующий психолог — как правило, бихевиорист по своей теоретической ориентации. Это может быть медсестера или работник социальной сферы, но они должны работать под руководством консультанта, который обсуждает с ними каждый конкретный случай. Иногда в обслуживаемой больнице регионе имеется специалист по аналитической психотерапии, занимающий должность психотерапевта, но обычно такие специалисты есть только в региональных центрах — чаще всего они работают при кафедре университета и большую часть времени уделяют преподавательской работе. Поскольку аналитическая психотерапия требует еженедельных встреч с пациентом на протяжении не менее двух лет, что сложно осуществить в условиях системы здравоохранения, проводятся поиски сокращенных вариантов курса такой психотерапии. Подавляющему большинству пациентов с невротами система здравоохранения может предложить лишь физические методы лечения в виде лекарственной терапии, сокращенных вариантов

Групповая психотерапия, так же, как лечение отреагированием и многие иные методы психотерапии,

зарождалась в период Первой мировой войны. Пионером в этой области был Уильям Троттер, нейрохирург, опубликовавший научную работу о стадном чувстве в условиях мира и войны. В 20-е годы Мак-Дугалл развил концепцию групповой психотерапии, используя идею организованной и дезорганизованной групп. Сам Фрейд в 1921 году увлекся идеей групповой психотерапии, утверждая, что не имеет смысла рассматривать психологию индивида в отрыве от его отношений с другими индивидами, — то есть, строго говоря, вообще вся психотерапия представляет собой по сути групповой метод!

Книга Каплана и Садока по групповой психотерапии дает более глубокое изложение идей, лежавших у истоков развития метода.

По сравнению с индивидуальной групповая психотерапия требует от психотерапевта применения несколько иных подходов. Группа обладает своей собственной динамической силой, и психотерапевт должен уметь интерпретировать взаимодействия между ее членами. При этом психотерапевт выступает в качестве катализатора и организующего начала, но позволяет группе формировать свою собственную динамику. То есть он занимает относительно пассивную позицию искусственного наблюдателя, хотя направление развития группы должно быть определено очень тщательно. Обычно группа состоит примерно из восьми пациентов с принципиально сходными заболеваниями, что необходимо для ее связности.

Группы могут быть открытыми или замкнутыми. Группа, сформированная для поддерживающего, консультирующего обще-

166

Психиатрия

ния с психотерапевтом по схеме уровня 1, может работать в больничной палате, при этом к ней могут присоединяться все, кто лежит в этой палате. Такую поддерживающую и направляющую психотерапию может проводить любой из членов обслуживающего палату персонала. Особенно интересные группы составляются, например, при лечении алкоголиков или наркоманов.

Для лечения амбулаторных больных более подходят группы закрытого типа, работающие по схеме уровня 2. Такая группа обычно собирается раз в неделю на протяжении полугода или более, причем состав группы все это время должен, по возможности, оставаться постоянным. Это способствует формированию более интенсивного группового опыта, при этом важно поддерживать доверительные и ответственные отношения между ее членами. Должно быть правилом, что все, что случается в группе, происходит с ведома ее членов и не выносится за пределы группы. Для формирования такой когерентности требуется некоторое время.

Основной целью создания таких групп является проведение психотерапевтического лечения с использованием методов, основанных на концепциях Фрейда или родственных им идеях, а также на принципах корректировки поведения.

Еще одной разновидностью групповой психотерапии являются группы встреч, в которых разыгрываются **психодрамы** или различные сценические ситуации, когда допускаются физические контакты в виде не носящих сексуальной окраски прикосновений, включая массаж. Эти группы тоже, как правило, закрытого типа, они создаются из амбулаторных пациентов и могут включать общение в выходные дни. Такие группы особенно полезны для преодоления подавленного состояния у людей с расстройствами личности или психосексуальными проблемами.

Психодрама

Психодрама — это особая техника групповой психотерапии, являющаяся по сути разыгрыванием спектакля, когда один из участников или вся группа в целом играет те роли, которые

Психотерапия

167

пациентам трудно играть в обычной жизни. Это можно делать и при индивидуальном общении пациента с психотерапевтом, например, при проведении психотерапии, направленной на воспитание у пациента уверенности в себе, когда пациент и психотерапевт разыгрывают роли, помогающие пациенту справляться с определенными ситуациями более активно, чем прежде, избегая неадекватных реакций.

Пионером использования психодрамы считается Морено. Именно он сорок пять лет назад ввел термин «отыгрывание» («acting out»), который потом стал общеупотребительным. При психоанализе это явление можно рассматривать как сопротивление, но для Морено оно представляет собой терапевтический маневр, особенно полезный при некоторых неврозах, связанных с расстройством личности. Из психодрамы развились группы встреч, гештальт-терапия, транзакционный анализ и многие из техник поведенческой терапии.

В настоящее время используются самые разнообразные групповые методы. Групповая

психотерапия фрейдистского направления работает на основе интерпретации развивающегося переноса. При этом анализируются явления переноса и сопротивления с использованием группового аналога метода свободных ассоциаций и анализа сновидений. Чтобы получить работоспособную группу, нужно очень тщательно отбирать ее состав.

В других групповых методах аналитического толка используются концепции школы Адлера или методы Юнга, Салливена и Хорни.

Групповая поведенческая терапия включает в себя широкий круг не очень продолжительных процедур, направленных на формирование у пациентов уверенности в себе и снижение их ранимости. Первоначально они использовались в основном для лечения пациентов с фобиями, но сейчас эти процедуры применяются также для облегчения психосексуальных и иных расстройств, включая более генерализованные состояния тревоги. Используется и формирование полезных привычек на основе современной теории обучения. Успех в поведенческой терапии измеряется количеством преодоленных неадекватных привычек. Группа при этом должна быть однородной, а продолжительность курса обычно составляет двенадцать-двадцать сессий. Эта теоретическая модель практически осуществляется в форме обсужде-

168

Психиатрия

ний, разыгрывания ролей, моделирования или основывается на методах психодрамы.

Гештальт-терапия

Гештальт-терапия, развившаяся из работ Перлза, представляет собой технику, помогающую людям приходиться в согласие со своими эмоциями и установками с помощью групповых методов, включающих разыгрывание ролей и игры. Игры служат комментарием к социальному поведению пациентов, которых просят выразить внешними средствами свои глубинные чувства или представить их в виде фантазии, не объясняя мотивов.

Гештальт-терапевт стремится содействовать переживаниям, препятствовать уходу от них, помогая таким образом участникам группы функционировать более интегрированно. Это часто бывает полезным для пациентов с низким уровнем мотиваций, однако некоторые пациенты не могут справиться с необходимостью раскрывать себя перед другими участниками группы, поэтому, как бы ни был опытен психотерапевт, таким пациентам групповая терапия может принести вред.

Биоэнергетика

Еще одним направлением групповой терапии, которое часто практикуется в немедицинских и непсихиатрических кругах, является биоэнергетика. Ее методы были разработаны на основе работ Александра Лоуэна и используют массаж, дыхательные упражнения, работу над осанкой тела. Большое внимание уделяется тактильным ощущениям участников от собственного тела и от взаимного общения. Пациенты учатся несложным методам снятия напряжения, ставя перед собой цель достичь позитивных изменений личности путем активизации излечивающих сил самого организма. Многие методики такой терапии основаны на теоретических знаниях, пришедших из восточной философии, в

Психотерапия

169

частности из даосизма, имеющего много общего с учением об акупунктуре.

Аналогичные техники используются в группах встреч для провоцирования эмоций прямым и нередко драматическим способом. Феминистские группы разработали терапевтические методы лечения фригидных женщин, в которых используются тесные контакты и исследование сексуальности индивидуума. В западных странах применение таких техник в мужских группах привело бы, наверное, к разрушению многих, достаточно глубоко укорененных табу.

Трансакционный анализ

Трансакционный анализ, разработанный Берне, в качестве психотерапевтической техники используется с 1954 года. Развитая Берне теория личности подразделяет поведение пациентов на дискретные состояния в соответствии с их эго, которые он определяет как когерентные системы паттернов переживаний и поведения. Подразделение на ребенка и взрослого позволяет выделить дополнительное состояние эго — родительское. Все это образует базовые понятия для структурного анализа. При групповом лечении поведение отдельного пациента лучше всего можно понять в терминах состояний эго, а поведение двух или более человек удобнее описывать в терминах транзакций, где под транзакцией понимается связь стимул-ответ, которая возникает между двумя определенными состояниями эго.

На основе этой теоретической концепции развиты разнообразные методы, в которых

используются ролевые игры.

Для транзакционного анализа обычно составляется гетерогенная группа, то есть не производится специальный подбор ее участников. Кратким вариантом такого лечения может быть получение приемлемого ответа на вопрос: «Как вы узнаете и как мы узнаем о том, что вы уже получили то, ради чего пришли в группу?». Работа над ответом происходит в присутствии всей группы, что позволяет каждому участнику отсортировать огромное количество транзакций, возникающих во время группо-

170

Психиатрия

вой сессии, и сосредоточиться на тех стимулах и ответах, которые они считают в данном случае уместными.

По мнению автора, транзакционный анализ является особенно интересной разработкой в области групповой терапии. Однако возможности получить удовлетворительную подготовку и обрести опыт работы по этой методике достаточно ограничены, и многим практикующим психотерапевтам приходится заниматься самообразованием. Поэтому следует посоветовать клиенту навести справки о психотерапевте, прежде чем начинать курс лечения.

Когнитивная терапия

Еще одной теоретической разработкой, применимой для психотерапии, является когнитивная терапия, разработанная Бекком. Ее общая концепция состоит в том, что неблагоприятный опыт в раннем детстве ведет к образованию предрасположенности к расстройству психических функций. При расстройстве мышления могут наблюдаться ошибки восприятия, ошибки описаний, ошибки формирования заключений и ошибки в оценках. Примерами могут служить следующие утверждения: «В компании я всегда чувствую себя неловко»; «Я не адекватен»; «Все это мои ошибки»; «Все сыты мною по горло»; «Тем, как я себя веду, я никому не могу помочь»; «Я ужасен»; «Будет ужасно, если это произойдет».

Когнитивная терапия может быть индивидуальной или групповой. Ее особенностью является то, что она не требует много времени и ограничивается небольшим количеством сессий, скажем, двадцатью. Техника основана на взаимоотношениях психотерапевта и пациента при активном сотрудничестве последнего и направлена на решение проблем. Сессии структурируются и ориентируются с помощью когнитивной модели эмоциональных расстройств с применением теории обучения в лечении. Существенными аспектами здесь являются домашние задания и постановка целей. В группе могут применяться разыгрывание ролей, тренировка уверенности в себе и другие процедуры. Терапевтический процесс складывается из нескольких этапов. Сначала необходимо обозначить проблемы и снять напряжение. Затем происходит наблюдение за проявлением недостатков поведения с

Психотерапия

171

использованием расписания работы на неделю, чтобы отслеживать, как идут дела. Потом рассматриваются жизненные проблемы пациентов, и в итоге врач должен найти способ предотвратить появление у пациентов новых функциональных нарушений.

Семейная психотерапия

В Британии семейная психотерапия развивалась благодаря исследованиям Джона Хауэлза. Теория и практические методы этой психотерапии основаны на том, что в качестве ячейки, на которую направлено лечение и наблюдение, выбирается семья, то есть семья выступает в качестве пациента. Больной человек, независимо от возраста, рассматривается как элемент «больной» семьи, и внимание психотерапевта перемещается с отдельной личности на семью в целом. При этом ставится задача превратить нездоровую семью, страдающую расстройствами, в здоровую, хорошо скоординированную ячейку. В систему лечения входит разработка программы показаний к лечению, облегчение симптомов, описание конкретной среды проживания и собственно лечение. Таким образом, муж, жена, их родители и дети включаются в терапевтический процесс и принимают участие в лечебных сеансах. Успех лечения зависит от развития взаимной симпатии, степени понимания и зрелости отношений внутри семьи в целом. Итогом исследований Хауэлза стала техника, которую он назвал «венекспарентальной (veneparential) психотерапией»: «Взрослые члены семьи приходят в семью после того, как они пострадали и получили неблагоприятный опыт в своих прежних семьях. Этот несчастливый опыт обоих родителей можно преобразовать в гармонический семейный климат, а дети впоследствии смогут создать свои семьи, внося в них здоровое психическое начало. Враждебную атмосферу в семье можно улучшить, используя три основных подхода: (1) «венекспарентальную психотерапию», (2) векторную психотерапию и (3) создание здорового общества. Все три подхода являются взаимодополняющими и должны использоваться совместно».

«Венекспарентальная психотерапия» состоит в использовании нового полезного опыта. С помощью векторной психотерапии врач на-

правляет эмоциональную энергию так, что создается новый полезный опыт и корректируется старый. Вектор означает некоторую величину, у которой имеется направление. Таким образом, векторная психотерапия перераспределяет эмоциональную энергию внутри жизненного пространства, улучшая качество семьи в этом жизненном пространстве. Создание здорового общества осуществляется перенесением здоровых семейных отношений на общество.

Поведенческая психотерапия

Наша книга не может во всей полноте и глубине охватить множество вариантов поведенческой психотерапии, развившихся на основе теории обучения. Назначением поведенческой психотерапии является изменение имеющихся симптомов заболевания и обнаружение их проявлений по наблюдаемым реакциям. При этом обычно не требуется вскрывать истоки симптомов. Такое лечение особенно полезно тем, кто страдает от неврозов страха, в частности неврозов типа фобий. Во время лечения тщательно выстраивается иерархия провоцирующих страх ситуаций, и далее работа ведется в соответствии с определенной программой обучения, что позволяет развивать у пациента уверенность в себе по мере того, как он учится преодолевать страх последовательно в каждой из этих ситуаций. Как уже отмечалось, поведенческая психотерапия может использовать методы формирования рефлекса отвращения для преодоления вредных привычек, дающих временное удовлетворение, но в перспективе разрушающих личность. Принципы поведенческой психотерапии могут использоваться и при лечении психосексуальных проблем. В чем состоит такое лечение, мы в дальнейшем рассмотрим. Поведенческая психотерапия стала областью особых интересов для практикующих психологов, а в ее эффективности нетрудно убедиться. Принципы коррекции поведения можно использовать и при работе с умственно отсталыми пациентами, а также при реабилитации хронических больных психозами, которые подолгу находятся в клинике. В этой главе мы смогли убедиться, что психотерапия имеет широкую область применения. Однако некоторые специальные

методы, требующие особой подготовки, кроме той, что получает большинство психиатров или психологов, пациентам не всегда доступны в государственной системе здравоохранения. Тем не менее, основные принципы психотерапии используются психотерапевтами в их повседневной практике по индивидуальному или групповому лечению.

Целесообразность применения наиболее сложных методов психотерапии следует оценивать с учетом затраченного пациентом и психотерапевтом времени на лечение, эффективности этих методов и их стоимости при лечении частным образом. Эти методы чаще всего применяются для лечения неврозов и расстройств личности. Не так просто найти способы проверки эффективности некоторых видов психотерапии, хотя результативность ее методов не вызывает сомнений. Не очень разумно начинать дорогостоящие и отнимающие много времени лечебные сеансы, если нет уверенности, что они могут принести существенную пользу пациенту и будут эффективнее, чем более простые и экономичные методы.

В этом контексте следует учитывать, что большинство острых неврозов, как правило, переходит естественным образом в состояние ремиссии. Если понаблюдать за группой, составленной из таких пациентов, то через полгода станет ясно, что многие из них спонтанно выздоровели. К концу второго года примерно 70 процентов пациентов избавится от тех проблем, которые привели их к психиатру. При более продолжительном наблюдении количество выздоровевших возрастет. Таким образом, любое лечение, не способное обеспечить более 70 процентов выздоровевших в течение года, имеет не большую ценность, чем просто лечение временем. Лечение должно либо повлиять на какие-то постоянно присутствующие расстройства личности, чтобы предотвратить рецидивы, либо облегчить симптомы и страдания пациентов в более короткий срок, чем это происходит при естественном выздоровлении. Это верно как для физических методов лечения, так и для психиатрии в целом. Так, пациентам с острым состоянием тревоги можно успешно и довольно просто помочь назначением анксиолитиков или транквилизаторов, и для этого понадобится время, не большее, чем для снятия головной боли аспирином.

Завершая обсуждение этих концепций, скажем, что в каждом конкретном случае назначения курса психотерапии практикующий врач должен получить убедительные свидетельства того, что он сможет быть эффективным для достижения полезных и

Психиатрия

стабильных изменений состояния пациента или позволит облегчить его страдания быстрее, чем это способны сделать физические методы лечения. К сожалению, не всегда о достаточно сложных методах глубокого и специфического психотерапевтического воздействия с уверенностью можно сказать, что они дают измеримый эффект. И все же нет сомнения, что пациент может получить пользу из самого общения с психотерапевтом, и что полученная им при этом поддержка может оказаться наиболее важным доказательством того, что возможности психотерапии не так уж скудны.

Литература

Freud, S., *Three Essays on the Theory of sexuality*, Standard Edition, Vol. 7, Hogarth Press, London, 1905.

Horney, Karen, *Neurosis and Human Growth*, Routledge and Kegan Paul, London, 1951.

Howells, J. G., *Principles of Family Psychiatry*, Pitman Medical, London, 1975.

Jaspers, K., *The Nature of Psychotherapy*, Manchester University Press, Manchester, 1964.

Kaplan, H. I., and Sadock, B. J., *Comprehensive Group Psychotherapy*, Williams & Wilkins, Baltimore, 1971.

Malan, D. H., *Individual Psychotherapy and the Science of Psycho-dynamics*, Butterworths, London, 1979.

Mayer, B., and Chester, S., *Behavioural Therapy in Clinical Psychiatry*, Penguin Books, Harmondsworth, 1970.

Sperling, A. P., *Psychology Made Simple*, Heinemann, London, 1982.

Психотерапия

175

3. Для какой категории пациентов психотерапия может быть наиболее эффективной?
4. По каким критериям можно оценить эффективность такого лечения?
5. В какой степени психотерапия представлена в вашей местной больнице? Есть ли в штате психиатрического отделения специалист по психотерапии?
6. В чем состоит преимущество (а) групповой и (б) семейной психотерапии по сравнению с индивидуальной психотерапией, и в чем их недостатки?

Вопросы

1. Чем психотерапия отличается от других методов лечения?
2. Каково различие между поведенческой психотерапией и динамической психотерапией?

Электросудорожная терапия

177

8 Электросудорожная терапия

В последние годы так называемая шоковая терапия подвергалась как в Соединенных Штатах, так и в Британии, массивной критике со стороны не вполне информированных социологов и политиков. Причем трудно понять, почему для критики выбирается именно этот вид терапии, — ведь и о других областях медицины, в частности о хирургии, можно было бы сказать много критических слов. У людей вызывает беспокойство тот факт, что в первые годы применения этого типа лечения оно вызывало у пациентов судороги; использование термина «шок» тоже, вне всякого сомнения, добавляет страха; кроме того, лечение производится не на какой-нибудь второстепенной части тела, а на мозге.

Но ведь не менее примитивно привязывать пациента к хирургическому столу, а затем резать его ножом! А это обычная процедура, например, при лечении аппендицита. Конечно, в обоих случаях пациенту дают анестезию, и он не осознает, что с ним делают. При этом важно помнить, что в обоих случаях лечение крайне необходимо больным, поскольку отказ от него может вызвать опасные последствия.

К сожалению, в некоторых регионах Соединенных Штатов неугомонное лобби привело к ситуации, когда на использование шоковой терапии было наложено так много ограничений, что врачу часто кажется более разумным отказаться от этой процедуры или продлевать страдания пациентов, бесконечно ее откладывая. К счастью, на Британию такая ситуация еще не

распространилась, но все же автору представляется, что общественность и профессионалы должны что-то предпринимать, чтобы противостоять навязыванию взглядов меньшинства населения, если те угрожают интересам людей, временно находящихся в состоянии, когда они не могут что-либо сказать в свою защиту.

Аббревиатурой ЭСТ обозначается **электросудорожная, или «шоковая»**, терапия. Оба термина являются синонимами, и оба у незнакомых с процедурой людей вызывают страх.

Природа электрошока

Принцип этой терапии состоит в создании охватывающего всю центральную нервную систему генерализованного разряда. Биохимические изменения, которые в ней происходят в результате такого разряда, не зависят от способа получения самого разряда.

Вначале, когда этот метод был разработан, в нем использовалась не электрическая индукция, а иные способы. Но переход на электрический способ получения разряда решил ряд проблем, поскольку при этом повышается безопасность лечения и устраняются побочные эффекты благодаря тому, что врач получает возможность тщательнее контролировать продолжительность и интенсивность разряда. В сочетании с использованием быстродействующих анестезирующих средств эта процедура стала достаточно совершенной, хотя по сути она представляет собой всего лишь резкое освобождение накопившейся в центральной нервной системе генерализованной активности.

История разработки метода электросудорожной терапии довольно поучительна. Как и в большинстве других современных достижений медицины, полезный эффект здесь был открыт совершенно случайно, поэтому наверняка исследователи были склонны некоторое время придерживаться информации в ожидании более определенных результатов.

Было замечено, что те больные, которые, кроме психотического заболевания, страдают еще и эпилепсией, в некоторых случаях после эпилептических припадков испытывают временное облегчение расстройства настроения или мышления. Более того, многие исследователи утверждали, что между эпилепсией и шизофренией существует некоторый антагонизм — что впоследствии оказалось ошибочным, однако, первоначально теория базирова-

178

Психиатрия

лась именно на этом. Свое заключение они обосновывали тем, что у эпилептиков шизофрения развивается намного реже, чем у других групп населения, из чего делался обратный вывод, что шизофреники намного реже болеют эпилепсией, чем остальные. Поэтому утверждалось, что в качестве метода лечения можно использовать искусственное индуцирование генерализованного разряда, похожего на тот, что наблюдается при эпилепсии, и это дает больным облегчение свойственных шизофреническим симптомам расстройства мышления.

Не следует забывать, что в то время, то есть 40 лет назад, психотические заболевания не были столь же мягкими, как сегодня. Если шизофрению не лечить, то она ведет к постепенному распаду личности и полному расстройству способности человека мыслить и взаимодействовать с обществом. Поведение человека расстраивается и становится неадекватным. Пациент замыкается в аутистическое молчание и переживает причудливые бредовые картины или звуковые галлюцинации. Такие люди обречены на пожизненное пребывание в психиатрической клинике, и от их прежней личности остается лишь воспоминание. Шизофрения и теперь охватывает примерно 1 процент всего населения, а в те времена ее боялись, как теперь боятся рака в хирургических палатах.

Психотические депрессии были не менее тяжелыми, хотя если больной переживал эту болезнь, то он обычно возвращался к нормальной жизни, по мере того как болезненный процесс постепенно сам себя «выжигал». Тем не менее, при таких заболеваниях были часты самоубийства, что наблюдается и сегодня. Глубина депрессии перед началом лечения могла быть такой, что пациентов убивала жесточайшая кахексия или такие изнуряющие болезни, как туберкулез или пневмония (при таких серьезных осложнениях больной мог погибнуть в течение месяца). Сегодняшние полные энтузиазма психологи и социологи даже представить себе не могут, какими были эти болезни 30 лет назад, и вряд ли им когда-нибудь приходилось видеть столь тяжелое состояние больных.

Разработка судорожной терапии полностью революционизировала лечение психозов. Неожиданно быстро и коренным образом происходило восстановление нормального функционирования пациентов, страдавших очень тяжелыми недугами, и многие

Электросудорожная терапия

179

хронические пациенты после такой разрядки смогли выписаться из клиники.

Нет ничего удивительного в том, что первые попытки получения генерализованного разряда были достаточно несовершенными. Некоторые исследователи использовали для этого церебральные стимуляторы, поскольку было известно, что они вызывают припадки. Для этого путем инъекции вводилась камфора. Такой метод индуцировал разряд в центральной нервной системе, но следовавший за этим эпилептический припадок был неконтролируемым, сильным, и его трудно было останавливать. Таким образом, хотя у пациента часто наблюдалось значительное улучшение самочувствия, сама процедура была достаточно болезненной и в некотором смысле опасной для жизни из-за несовершенства техники. Все это мешало широкому распространению метода и понуждало разрабатывать более надежные и безопасные способы.

Терапия с помощью инсулиновой комы

Примерно в то же самое время Сакель экспериментировал с инсулином, новым для того времени препаратом, разработанным для лечения диабета. Было обнаружено, что если с помощью инъекций инсулина удастся индуцировать гипогликемию, то наступающая при этом гипогликемическая кома приводит к возникновению в центральной нервной системе генерализованных разрядов, дающих аналогичный эффект. Лечение можно было при необходимости прервать введением сахара, устраняющего состояние гипогликемии. Курс лечения состоял из ряда таких сеансов, растянутых на три-четыре недели. Было установлено, что депрессивные заболевания очень хорошо поддаются такому лечению, и положительный эффект появляется через пять-шесть сеансов, однако шизофрения оказалась более стойкой, хотя первоначально предполагалось, что именно она должна быть наиболее чувствительной к генерализованному разряду. В некоторых случаях отмечалось небольшое улучшение состояния, однако почти у половины пациентов не наблюдалось никакого заметного улучшения при длительности курса в двенадцать-двадцать процедур.

180

Психиатрия

Вопреки ожиданиям, оказалось, что депрессивные состояния лечатся этим методом намного эффективнее.

Но инсулиновая терапия также не была полностью безопасной. Глубину гипогликемической комы не так просто прогнозировать, и в некоторых случаях больного трудно из нее вывести, если индуцируется несколько генерализованных разрядов. Сеанс лечения может длиться целое утро, для чего требуется большое количество персонала, медсестер и врачей. Во время тонической и клонической фаз припадка иногда повреждались конечности или язык. В редких случаях, если не удавалось остановить гипогликемию, это приводило к необратимым повреждениям мозга или к смерти.

И все же эти побочные эффекты следует соизмерять со смертностью от упомянутых ранее заболеваний до введения рассматриваемого лечения. Болезненность процедуры и какой-то процент смертности неизбежны при многих способах лечения в хирургии и в медицине в целом — даже при таком естественном процессе, как роды. Пациентам, их родственникам и психотерапевтам следовало бы бояться угрозы постоянного пребывания пациента в клинике, суицида и других хорошо известных проблем, связанных с психотическими заболеваниями, а не того небольшого процента риска, которым сопровождается обсуждаемый метод лечения.

Тем не менее, было жизненно необходимо модернизировать лечение или найти новые способы, позволяющие повысить его безопасность при сохранении эффективности. Таким новым способом стало индуцирование генерализованного разряда посредством электростимуляции. Работы Медуны, Черлетти и Бини привели к мощному прорыву в области лечения психозов благодаря разработке метода, сегодня известного как электросудорожная терапия, или ЭСТ.

Эффективность электрошока

Следует пояснить, что **использование электричества в качестве пускового механизма для индуцирования генерализованного разряда было обусловлено исключительно требованиями**

Электросудорожная терапия

181

безопасности и удобства метода. Эффективность этой терапии объясняется не способом получения разряда, а теми биохимическими и нервно-гормональными изменениями, которые вызывает разряд.

Преимущество электрического индуцирования состоит в том, что оно дает возможность управлять моментом наступления припадка, его интенсивностью и продолжительностью за счет контроля

длительности и величины электрического тока. Благодаря возможности точно установить время начала припадка, врач может принять меры предосторожности, чтобы предотвратить повреждение органов пациента, например, фиксирует его язык, поскольку повреждение языка было частым побочным эффектом при неконтролируемых судорогах.

Поначалу считалось, что наиболее оптимально пропускать электрический ток через лоб пациента. Индуцирование генерализованного разряда через нейроны коры головного мозга лишь на мгновение лишает пациента сознания, однако может испугать нервных пациентов. Усовершенствование метода состояло в применении анестезии: перед процедурой лечения электрошоком пациенту вводятся быстродействующие анестезирующие средства, например, тиопентон, при этом засыпание пациента не уменьшает лечебной эффективности разряда во время припадка. Еще одним усовершенствованием стала разработка миорелаксан-ЛТОВ, которые предотвращают нежелательный побочный эффект — генерализованные мышечные судороги, всегда сопровождающие неуправляемый припадок. Теперь процедура выглядит так: ^пациенту делается укол в вену руки для введения анестезирующего средства, после чего пациент засыпает, потом быстро вводится миорелаксант и затем электрическим способом индуцируется генерализованный разряд. Когда примерно через десять минут пациент просыпается, действие мышечного релаксанта уже закончено.

Терапевтический эффект никоим образом не изменяется под воздействием анестезирующих средств или сколина, хотя критики применения шоковой терапии утверждают, что пациент обманым и недостойным способом подвергается своеобразному наказанию. Использование электрошока в данной ситуации не большее наказание, чем посещение дантиста. Чтобы вылечить больной зуб, стоматолог должен его сверлить, а боль и дискомфорт

182

Психиатрия

при этом — не более чем сопутствующие эффекты, которые гуманный врач всегда постарается свести к минимуму.

Сразу после генерализованного разряда у пациента наблюдается состояние спутанности сознания. Это естественное последствие припадка, и ничего неожиданного в этом нет. То же самое происходит и после припадка эпилепсии или после ушиба головы во время игры в регби. Это ощущение никоим образом не снижает ценности лечения, являясь просто некоторым неудобством. Шоковая терапия предназначена не для того, чтобы стирать память или «промывать мозги». Терапевт не стремится к тому, чтобы пациент что-то забыл. Цель состоит в облегчении психотического проявления болезненного процесса. Обычно пациенты не считают это ощущение спутанности сознания слишком большим неудобством, если их заранее предупредить о нем; к тому же, в большинстве случаев этот эффект бесследно проходит в течение часа, и лишь после длительного курса лечения он может сохраняться нескольких дней.

В последние годы для сведения этого побочного эффекта к минимуму метод был модифицирован, и теперь электростимуляция проводится через недоминантную лобную часть коры головного мозга, при этом один электрод размещается в центре лба, а второй — на виске с недоминантной стороны. Имеются данные о том, что при таком способе уменьшается степень спутанности сознания после лечения, хотя эффективность воздействия на тяжелые психотические расстройства тоже уменьшается по сравнению со случаем, когда электроды прикладываются к вискам. При индуцировании разряда в одном полушарии он, конечно, распространяется и на второе, проникая на уровне подсознания точно так же, как эпилептогенный очаг мгновенно вызывает генерализованный разряд в виде припадка.

Как мы уже говорили, вскоре выяснилось, что такое лечение более эффективно при **депрессивных психозах**. И сейчас электрошок назначается преимущественно при этих расстройствах, хотя не исключаются и другие заболевания, в частности, те случаи **шизофрении**, когда налицо отчетливое аффективное расстройство или поведение пациента полностью расстроено из-за галлюцинаций и бреда. При этом можно ожидать значительного улучшения состояния при остром расстройстве, хотя остается необходимость длительного медикаментозного лечения, и успех

Электросудорожная терапия

183

действия электросудорожной терапии достигается не всегда. При **острых маниакальных психозах** состояние улучшается гораздо быстрее, если сначала проводят курс электрошока, а потом назначается лекарственная терапия.

Несколько парадоксальным является то, что спутанность сознания, которая сопровождает **абортивные делириозные состояния** и нередко сохраняется даже после того, как вызывающий

болезнь процесс устранен, эффективно излечивается электрошоком, рассеиваясь после одного или двух сеансов. То же самое можно сказать и о случаях расстройства поведения или измененного сознания, которые иногда проявляются **при эпилепсии**. Если состояние пациента позволяет провести сеанс электрошока, то в результате эти симптомы ослабляются, и предотвращается угроза обострения состояния и неконтролируемых припадков основного заболевания.

Свидетельства эффективности метода

Часто те, кто не знаком со специальной литературой и пользуется, в основном, аргументами социологов, утверждают, что эффективность электросудорожной терапии не доказана. Какие свидетельства можно противопоставить этому утверждению?

Электросудорожная терапия была исследована в четырех направлениях. Во-первых, были проведены **сравнительные исследования** распространенности и прогрессирования психотических заболеваний в целом до появления шоковой терапии и после разработки этого метода лечения. В последние годы такие исследования дополнились сравнением заболеваемости и исхода заболеваний в случаях, когда применялась только шоковая терапия и когда с появлением лекарств для лечения психотических состояний стало возможным применять оба вида терапии.

Во-вторых, использовались сравнительные способы проверки эффективности терапии на группах пациентов, которым давалась либо электросудорожная терапия, либо какая-то альтернативная, например, лечение с помощью антидепрессантов. Здесь также производилось сравнение заболеваемости и исхода заболеваний в

184

Психиатрия

двух группах пациентов с помощью дважды слепого метода, когда ни пациенты, ни врачи, исследовавшие результаты, не были осведомлены о том, какая именно терапия проводилась в каждом случае. Были разработаны также методики для сравнения электросудорожной терапии с имитирующей псевдотерапией — например, использование идентичных процедур, включая применение анестезии, но без индуцирования припадка. Эта группа служит контрольной, с которой сравниваются результаты для группы, подвергнутой активному лечению.

Очень часто врачи не могли производить сравнительные проверки по двум вполне понятным причинам. Во-первых, незачем давать группе тяжелобольных пациентов фиктивное лечение. Тем, кто критикует результаты проверки эффективности электросудорожной терапии за то, что проведено слишком мало исследований с использованием метода дважды слепой проверки и что они разделены слишком большими временными интервалами, следует учесть, что при отсутствии лечения психотические заболевания прогрессируют, и увеличивается смертность. Для сравнения можно напомнить, что операция на аппендиксе в качестве лечения аппендицита не обходится без риска, а иногда оказывается проведенной напрасно, когда во время операции выясняется, что аппендикс находится в нормальном состоянии. В таком случае по аналогии следовало бы проверять действенность лечения аппендицита, сделав операции только половине группы пациентов, а вторую ее половину лечить с помощью, например, пенициллина. Но такой подход означал бы, что мы допускаем, будто пенициллин эффективнее, или в какой-то степени эффективнее, для лечения, чем операция. При этом нам пришлось бы допустить в качестве оправданного риска то, что некоторые пациенты могут умереть вследствие прогрессирующего перитонита. Другим способом проверки эффективности лечения аппендицита было бы лечение контрольной группы пациентов с помощью плацебо, то есть мы не предоставляли бы пациентам никакого лечения. Это было бы крайне опасно для здоровья пациентов. При этом их пришлось бы просить принять участие в столь рискованных экспериментах.

Те же аргументы можно привести и по поводу психотических депрессий или тяжелых случаев шизофрении. Последствия бездействия в этих случаях могут быть опасными и даже леталь-

Электросудорожная терапия

185

ными. Конечно, сравнение с аппендицитом не вполне корректно, однако сходство обеих ситуаций в этом отношении имеется.

Вторая причина сравнительно небольшого количества проверок такого рода состоит в том, что эффективность рассматриваемого лечения была удостоверена большинством исследователей, работавших с такими заболеваниями на протяжении четверти века — как в практике системы здравоохранения, так и в частной практике — по всему миру, независимо от специфики социальной или политической структуры стран. Поэтому большинство работающих в этой области исследователей считает проведение дальнейших проверок излишним.

Третьим типом проверок, необходимых в отношении шоковой терапии, является сравнение не эффективности лечения, а **потенциальных побочных эффектов**, или вредных последствий, по сравнению с другими методами. Так, болезненность процедуры электросудорожной терапии должна сравниваться с болезненностью проведения терапии с помощью антидепрессантов в разных условиях, в разных возрастных группах и при разных заболеваниях. Можно с уверенностью сказать, что практически все проверки такого рода показали, что шоковая терапия является в высшей степени безопасной, а болезненность процедуры при этом намного меньше, чем при других типах лечения. Никаких вредных последствий обнаружено не было, несмотря на то, что исследования проводились широко по всему миру. И в самом деле, нет причин ожидать каких-то долговременных побочных эффектов от курса искусственно индуцированных разрядов. Ведь огромная масса эпилептиков переносит намного больше таких разрядов за свою жизнь, чем может получить любой из пациентов, страдающих депрессией или шизофренией. Причем это неконтролируемые, то есть более опасные, припадки, однако подавляющее большинство эпилептиков не страдает от их долговременных последствий, если только не наносит себе повреждения при падении или из-за недостатка кислорода во время приступа.

Четвертым и последним типом проверок является сравнение **эффективности разных способов индуцирования разряда**, например, сравнения способов одностороннего и стандартного размещения электродов или сравнения электросудорожной терапии с методами инсулиновой комы или индоклонирования.

186

Психиатрия

Проверка с помощью дважды слепого контроля в медицине является нововведением, то есть проверки такого рода лет 20-25 назад еще не проводились. Многие исследователи эффективности электрошока в дальнейшем посвящали себя лечению депрессивных психозов, поскольку не было сомнений, что здесь этот метод лечения имеет наибольшую эффективность.

Врачи, занимавшиеся лечением психических заболеваний еще до появления шоковой терапии, были поражены тем, насколько сильно после ее применения изменяются продолжительность госпитализации, болезненность состояния и прогноз болезни. Улучшение состояния было настолько очевидным, что эту ситуацию можно сравнить с тем событием, когда несколько десятилетий назад впервые было доказано, что паралитическое слабоумие, или прогрессирующий паралич, поддается лечению гипертермией, то есть высокой температурой.

Было проведено сравнительное изучение послеродовых депрессивных психозов, то есть развивающихся сразу после рождения ребенка, у пациенток, поступивших с таким диагнозом в больницы Ньюкасл-Эпон-Тайн в последние десятилетия перед введением электросудорожной терапии, затем в период, когда эта терапия уже была в распоряжении врачей, и, наконец, в первое десятилетие после появления трициклических антидепрессантов, когда они стали применяться совместно с электросудорожной терапией. Исследования показали значительное улучшение результатов лечения в период, когда начала применяться шоковая терапия. Смертность снизилась, а хронических больных с этим диагнозом после введения лечения электрошоком почти не осталось, хотя ранее они считались долговременными пациентами клиник. Принципиальным результатом введения антидепрессантов стало сокращение периода госпитализации пациентов в целом, но на частоту рецидивов введение этих лекарственных средств существенно не повлияло.

Еще одним критическим аргументом против лечения электрошоком было утверждение, что оно собственно не «лечит» заболевание. Здесь странно само использование термина «лечение». В медицине вообще не так уж много методов лечения, которые, строго говоря, лечат, а не просто облегчают болезнь. Пожалуй, единственным исключением являются антибиотики. Инсулин диабет не лечит. Удаление аппендикса тоже трудно назвать лечени-

Электросудорожная терапия

187

ем, поскольку в результате операции пациент лишается большого органа. Заполнение дырки в зубе амальгамой не «лечит» кариес. Но почему-то эти методы лечения не критикуют за то, что они на самом деле не лечат.

Воздействие электросудорожной терапии на острые депрессивные психозы способствует быстрому их облегчению. Это гуманно и разумно. Отказ от применения шока в этом случае означал бы увеличение риска суицида, продление срока пребывания пациента в клинике, то есть продление его страданий, а некоторые пациенты стали бы хроническими больными. Кроме того, в большинстве случаев, временно облегчая течение болезни — как правило, на срок от шести месяцев до года, — мы обеспечиваем организму возможность выздороветь естественным образом.

При использовании электрошока восстановление здоровья пациента после каждого приступа болезни значительно ускоряется. Однако депрессивные психозы у значительной части больных имеют тенденцию повторяться в будущем, и у нас нет оснований утверждать, что шоковая терапия уменьшает вероятность возникновения таких рецидивов через два, пять или десять лет. Но и пенициллин при лечении пневмонии тоже не дает гарантии, что пневмония у данного пациента не повторится.

Исследования эффективности

А теперь обратимся к некоторым основным публикациям, посвященным эффективности электросудорожной терапии.

Братфос и Хуг из Осло сообщают (в «Acta Psychiatrica Scandinavica» за 1965 год) об эффективности применения электросудорожной терапии и сравнивают ее результаты с результатами лекарственной терапии. Они установили, что эффективность шоковой терапии при лечении маниакально-депрессивных заболеваний существенно выше, чем эффективность лечения с помощью антидепрессантов. Значительно большее количество выздоровевших в группе пациентов, лечившихся электрошоком, и сокращение продолжительности пребывания в клинике пациентов этой группы подтверждают вывод о том, что для лечения мани-

188

Психиатрия

акально-депрессивных заболеваний следует предпочесть шоковую терапию.

Брук в 1960 году и Кристиансен в 1961 году обнаружили, что шоковая терапия и лечение имипрамином имеют приблизительно равную эффективность. Килох в 1962 году установил, что электрошок дает более высокие начальные результаты. Хатчинсон и Смедберг в 1963 году сравнили шоковую терапию с шестью антидепрессантами при лечении в общей сложности 200 пациентов и показали, что шоковая терапия дает существенно лучшие результаты, чем лекарственная. Гринблатт в 1964 году опубликовал результаты аналогичного исследования 281 пациента с тяжелыми депрессиями, при этом оказалось, что шоковая терапия более эффективна, чем лечение трициклическими антидепрессантами и ингибиторами МАО.

В 1965 году Совет по медицинским исследованиям в Британии провел сопоставление эффективности электросудорожной терапии и антидепрессантов с использованием плацебо для контрольной группы. В ходе исследований 250 пациентов с диагнозом *аффективные психозы* были распределены произвольным образом по типам лечения. В результате выяснилось, что как при небольших сроках (после четырех недель лечения в клинике), так и в долгосрочной перспективе (через шесть месяцев) применение шоковой терапии явно увеличивает количество выздоровлений по сравнению с естественным ходом событий в группе пациентов, которым давали плацебо. Антидепрессанты показали меньшую эффективность, чем шоковая терапия, но тоже увеличивали частоту выздоровлений по сравнению с плацебо.

Что касается эффективности использования электросудорожной терапии при лечении острой шизофрении, то путем сравнения электрошока и лекарственной терапии, электрошока и лекарственной терапии в сочетании с психотерапией, а также лечения в стандартной палате, было показано, что шоковая терапия эффективнее, чем стандартное лечение или применяемая отдельно психотерапия, но в долгосрочной перспективе менее эффективна, чем фенотиазины. Однако в 1967 году Смит сравнил лечение фенотиазинами с шоковой терапией в сочетании с фенотиазинами и выявил, что во втором случае некоторые симптомы болезни у пациентов удавалось облегчить скорее, так что они смогли раньше выписаться из клиники.

Электросудорожная терапия **Механизм действия**

189

Часто электросудорожную терапию критикуют на том основании, что она применяется без ясного понимания механизма ее действия. До некоторой степени это соответствует действительности, но то же самое можно сказать и о многих других медицинских нововведениях, когда сначала устанавливается эффективность лечения, и лишь потом проясняются ее причины. Так было с лечением малярии хинином, с использованием пенициллина в первые годы после его открытия и с первыми методами лечения сифилиса.

Из всего сказанного должно быть ясно, что эффективность электросудорожной терапии связана с формированием приступа генерализованного разряда. Некоторые исследователи провели сравнение электрошока с псевдоэлектрошоком (то есть с анестезией без шока). Оттосон в 1977 году показал, что при сокращении времени разряда происходит снижение терапевтической эффективности шоковой терапии. Он утверждает, что эффект облегчения депрессии при использовании шоковой терапии связан с действием припадка. В его работе цитируются результаты многих аналогичных исследований.

По поводу механизма облегчения депрессии при шоковой терапии существует целый ряд гипотез. При

этом высказываются противоречивые мнения относительно фундаментального вопроса о том, чем обусловлен терапевтический эффект: биохимическими изменениями или вызванными припадком изменениями в системе нейронов. В 1977 году Модиг показал, что основной эффект обусловлен воздействием припадка на ствол мозга, где имеется высокая концентрация моноаминов. Вследствие конвульсивного разряда происходит ускоренное высвобождение норадреналина, дофамина и 5-гидрокситриптамина. Повышенный обмен норадреналина обнаруживается и через 24 часа после окончания процедуры лечения, что может способствовать облегчению передачи нервных сигналов. Передача сигнала по цепочке, идущей через тирозин, допа, допамин и норадреналин, а также через триптофан к 5-гидрокситриптамину, особенно облегчается в полосатом теле и лимбической системе, где имеется повышенная чувствительность рецепторов дофамина. То есть механизм состоит в

190
Психиатрия

ускорении синтеза норадреналина, увеличении чувствительности рецепторов и, следовательно, в изменении на обратные сдвигов, вызванных аффективным психозом, а именно, дефицита моноаминов на синапсах в определенных частях центральной нервной системы и уменьшения проницаемости мембран, что приводило к повышению внутриклеточного уровня натрия, а следовательно, к снижению электрической эффективности клетки. Эти выводы были подтверждены множеством биохимических исследований механизма действия трициклических антидепрессантов и ингибиторов моноаминоксидазы, а также профилактического действия лития при маниакально-депрессивных заболеваниях.

Часто в атаках на электросудорожную терапию используются «доказательства» вроде того, что было опубликовано в «World Medicine» за 11 сентября 1974 года. Анонимный автор утверждает, что он работал анестезиологом в клинике, где в течение долгого времени использовалась установка для ЭСТ, и при этом никто не замечал, что она вышла из строя, а персонал клиники продолжал говорить об эффективности лечения пациентов. Нет никакой возможности проверить достоверность этого сообщения, и совершенно очевидно, что не следует ставить вопрос о его проверке, поскольку в лучшем случае этот отчет можно назвать анекдотическим. В нем не приводятся данные о том, сколько пациентов прошло лечение на неисправной установке, не говорится, давались ли при этом пациентам антидепрессанты и была ли продолжительность пребывания пациентов в больнице на самом деле больше, чем это было бы в случае, когда шоковая терапия успешно применялась в дополнение к назначению антидепрессантов. Трудно понять, как могли работники клиники не заметить, что неисправная установка не дает разряда, поскольку разряд, даже если он смягчен действием противосудорожных препаратов, проявляется достаточно отчетливо. Несмотря на это, действующее в настоящее время в области лечения психических заболеваний лобби решилось широко цитировать эту бездоказательную статью — вероятно, за неимением лучшего доказательства. Позже в редакционной статье в «World Medicine» за 16 ноября 1977 года был помещен комментарий: «Те, кто принял эту историю за свидетельство неэффективности ЭСТ, должны учесть, что она является лишь неподтвержденным и непроверенным анекдотом».

Электросудорожная терапия **Риск**

191

Еще одним направлением критики применения электросудорожной терапии стало цитирование непроверенных утверждений, что она опасна для пациентов. Так, Майкл Штерн в статье, озаглавленной «Атаки на ЭСТ», в «On Call» за 10 ноября 1977 года пишет: «Все возрастающий список побочных эффектов с годами вынуждает даже консервативно настроенных наблюдателей усомниться в правомерности широкого применения шоковой терапии». Курьез, однако, состоит в том, что те авторы, которые критикуют ЭСТ, не имеют репутации авторитетных профессионалов, а в их статьях никогда не публикуются результаты серьезных проверок этого метода лечения.

Нельзя забывать, что одним из основных симптомов при психозах является расстройство способности концентрироваться. Мозг вследствие идущего в нем болезненного процесса теряет способность функционировать с полной эффективностью, в результате чего могут наступать расстройства мышления или эмоций. Более того, часто эти заболевания дают рецидивы, так что достаточно наивно цитировать слова пациента, прошедшего курс шоковой терапии несколько лет назад и в данный момент утверждающего, что он страдает от расстройства способности к концентрации, обвиняя в этом шоковую терапию. В самом деле, исследования, сравнивавшие шоковую терапию с плацебо (как сообщал Гринблатт в 1964 году), показали, что хотя прошедшие курс активного лечения чаще жалуются на головную боль в период, следующий за лечением, такие жалобы были и со стороны пациентов, получавших плацебо. В то же время, некоторые

симптомы чаще проявлялись у тех, кто принимал плацебо, поскольку они связаны с самой болезнью, а не с побочным эффектом лечения.

И все же было установлено, что после применения электросудорожной терапии могут быть некоторые кратковременные расстройства памяти, хотя, как отмечают Штернберг и Ярвик, при депрессии память вследствие болезни ухудшается, и с улучшением психического состояния пациента это расстройство уменьшается. Кронхолм и Отгоссон сообщают, что пациенты, у которых наблюдалось значительное улучшение состояния здоровья

192

Психиатрия

после шоковой терапии, гораздо меньше страдали расстройством памяти. Эти авторы считают, что шоковая терапия временно снижает способность к удержанию информации в памяти, тогда как сама депрессия сопровождается ухудшением способности к обучению или восприятию.

Сквайр и Миллер обнаружили, что способность усваивать новый материал сначала нарушается, но затем восстанавливается в течение нескольких часов после каждого сеанса лечения, а способность помнить информацию на протяжении 24 часов нарушается в гораздо большей степени после четвертого сеанса, чем после первого. Однако, используя целую серию тестов, они не смогли обнаружить никакого объективного нарушения памяти через шесть и девять месяцев после курса электросудорожной терапии.

Исследования профессора Г. Д'Эля из Швеции, опубликованные в 1977 году, подтвердили, что основным побочным эффектом при электросудорожной терапии является нарушение способности ретенции (удержания информации в памяти). Но, как было установлено впоследствии, на протяжении шести часов после лечения 39 процентов от исходного уровня ретенции восстанавливалось. Через неделю после лечения восстанавливалось 69 процентов, а через месяц пациенты показали уровень этой способности, равный 101 проценту от того, который был до лечения. То, что у пациентов выявилось небольшое итоговое улучшение функционирования, неудивительно, поскольку само заболевание ухудшает эту способность.

Дальнейшие исследования в Денмарке показали, что **через три месяца после лечения никакого расстройства памяти у пациентов вообще не обнаруживается.**

Риск при анестезии

Некоторые побочные воздействия на сердечно-сосудистую систему являются прямым следствием анестезии, а не электросудорожной терапии. Конечно, использование анестезии при шоковой терапии, как и при других процедурах, сопровождается определенной опасностью для больного, однако применение ане-

Электросудорожная терапия

193

стезирующих препаратов при внутривенном введении в высшей степени безопасно, и связанную с этим смертность можно считать маловероятной. Обычно в процессе электросудорожной терапии обнаруживается кратковременное повышение кровяного давления, поэтому, естественно, такое лечение нельзя назначать пациентам, страдающим серьезными заболеваниями сердца или легких, а также пациентам с выраженными деменциями, чтобы не ухудшить их состояние.

Д'Эля и Раотма (1977) изучали влияние возраста пациента и количества сеансов лечения на степень нарушения памяти. Они установили, что до начала лечения группа пациентов старшего возраста проявляла более слабые способности к обучению по сравнению с молодыми пациентами, но после лечения их способность к забыванию не была существенно выше, чем в других возрастных группах. Увеличение количества сеансов электросудорожной терапии не изменяло степени нарушения памяти. **Не было выявлено никакого ощутимого воздействия шоковой терапии на память.**

Опасные последствия отказа от лечения

При любом способе лечения, в том числе и хирургическом, очень важно учитывать смертность и осложнение заболевания вследствие отказа от лечения. Например, долговременный прием инсулина вызывает побочные эффекты, однако намного опаснее оставлять диабетиков вообще без лечения. Следует подчеркнуть, что **электросудорожная терапия безопаснее, чем употребление аспирина или противозачаточных таблеток, и не страшнее, чем кресло стоматолога! Она безопаснее, чем использование три-циклических антидепрессантов, — особенно для пожилых людей.** Более того, не стоит забывать, что психотическая депрессия сама по себе способна убивать людей, поскольку оставленный без лечения пациент может совершить попытку

суицида. И такие попытки происходят довольно часто.

Д. Х. Блэшли из Орегона в 1977 году установил, что с электросудорожной терапией связана меньшая болезненность процедуры и смертность, чем с лечением трициклическими антидеп-

7 Зек. № 453 Хэллэм

194

Психиатрия

рессантами. Интересна в этом отношении статья Авери и Винокура (в «Archives of General Psychiatry», том. 33, сентябрь 1976), где авторы приводят результаты завершенных ими трехлетних исследований, которые проводились на группе из 519 пациентов, страдающих от депрессии и госпитализированных в период с 1959 по 1969 годы. Эти исследования показали, что в группе, которую лечили с помощью электросудорожной терапии, наблюдалась значительно меньшая смертность по сравнению с группой, не получавшей такого лечения. Смерть несуицидного характера и инфаркты миокарда в группе, не получавшей лечения с помощью электрошока, случались намного чаще. Этим подтверждается важность адекватного лечения психотической депрессии, особенно для пожилых людей. Результаты, опубликованные в этой статье, могут быть полезными для последующих исследований.

Итак мы установили, что имеется большое количество исследований, раскрывающих механизм действия электросудорожной терапии и доказывающих ее эффективность по сравнению с другими используемыми сегодня методами лечения депрессивных и шизофренических психозов. Оценивалась и сравнительная болезненность разных методов. Эти исследования показывают, что нет никаких оснований для того панического отношения к обсуждаемому лечению, которое мы наблюдаем. Не было установлено ни одного случая нарушения функций мозга пациентов. Наоборот, наблюдалось улучшение этих функций за счет облегчения психотического состояния, что, безусловно, полезно для больных.

Побочные эффекты, связанные с индуцированным приступом и использованием анестезии, сведены к минимуму за счет усовершенствования метода. Те побочные эффекты, которые встречались на более ранних этапах применения электросудорожной терапии, сейчас отсутствуют. Пока не изобретено никакого другого, более эффективного, метода лечения аффективных психозов. Кроме того, получены убедительные свидетельства того, что современные антидепрессанты, обладающие высокой эффективностью и безопасностью, не могут заменить ЭСТ, если учитывать серьезность рассматриваемых заболеваний.

Автор считает достаточно весомым аргументом в пользу применения электросудорожной терапии то, что она используется вот уже четверть века и коренным образом изменила лечение

Электросудорожная терапия

195

психозов в психиатрических клиниках, начиная с 50-х годов. Более того, ее признают полезной и приемлемой практикующие врачи, работающие в странах с разными общественными структурами и политическими системами. Психотические заболевания встречаются повсюду, независимо от расы или вероисповедания людей, поэтому электросудорожная терапия применяется во всем мире.

Литература

Fink, M., *Convulsive Therapy: theory and practice*, Raven, New York, 1979.

Medical Reserch Council Report, Clinical trial of the treatment of depressive illness, 1 (881), 1968.

Miller, F., *Psychological Theories of ECT. A review*, British Journal of Psychiatry, 113 (1967) 301.

Pippard, J., and Ellam, L., *Electroconvulsive Treatment in Great Britain*, 1980, a report to College of Psychiatrists, Gaskell, London, 1981.

Royal College of Psychiatrists' memorandum on the use of ECT, British Journal of Psychiatry, 131 (261) 1977.

Вопросы

1. Каковы показания к применению электросудорожной терапии?
2. Каким образом проявляется механизм действия электросудорожной терапии?
3. Какие методы проверки можно использовать для оценки эффективности такого лечения?

Взаимодействие психиатрии с другими

дисциплинами («совместная психиатрия»)

Психиатрия является одной из ветвей медицины, поэтому она не может функционировать в изоляции от других медицинских специализаций. Чтобы понимать взаимодействия между психическими процессами и расстройствами функций организма, то есть болезнями, психиатр должен иметь медицинское образование. С другой стороны, врачи всех других специализаций в наше время обязаны иметь хотя бы общую подготовку в области психиатрии. Однако различные области медицины не в одинаковой мере соприкасаются с психиатрией. Непосредственный контакт с психиатром особенно важен для команд первичного лечения, возглавляемых лечащим врачом. Как правило, именно лечащий врач направляет больных к психиатру, а после выхода из клиники пациенты вновь попадают к нему.

С другой стороны, психиатру в большей степени, чем врачам других специальностей, приходится поддерживать контакты с немедицинскими учреждениями, особенно со службами социального обеспечения, специалистами по трудотерапии и клиническими психологами.

Многие заболевания способны проявляться по-разному, вследствие чего пациент попадает в кабинеты врачей разных специальностей. Наверное, это положение особенно характерно для неврологии и нейрохирургии, но оно приложимо также к эндокринологии, дерматологии и иным медицинским специализациям. В практике многих стран неврология и психиатрия объединены, то есть практикующий врач должен разбираться в обеих областях медицины и выступать в роли обоих специалистов. В Британии это не было принято, однако в последние годы в некоторых регионах наблюдается тенденция формировать нейро-психиатрические отделения, штат которых имеет подготовку по обоим дисциплинам, то есть неврологии и психиатрии. В таких

Взаимодействие психиатрии с другими дисциплинами

197

отделениях могут изучаться проблемы, связанные с эпилепсией, опухолями мозга и мозговыми инфекциями. Здесь обследуются и лечатся пациенты, страдающие психическими расстройствами, в основе которых лежат неврологические заболевания.

Теперь мы рассмотрим некоторые из упомянутых областей более подробно.

Медицина общего профиля

Большую часть не слишком серьезных психических расстройств, к которым мы отнесем неврозы и депрессивные состояния, лечат не психиатры, а семейные врачи. Более того, даже в тех случаях, когда пациенту необходима консультация психиатра, последующее лечение проводит семейный врач. Наверное, около 25 процентов работы врача общего профиля приходится на психиатрические проблемы, и именно с ним или с командой первичного лечения обычно консультируются даже в тех случаях, когда требуется направление в больницу.

С появлением лечебных общин и общественных психиатрических медицинских сестер, работающих совместно с командами первичного лечения и с инспекторами по здоровью, эти общины все более вовлекаются в повседневную лечебную практику, вплоть до тех случаев, когда требуется срочное лечение в условиях больницы. Сейчас средняя продолжительность госпитализации составляет менее шести недель. Таким образом, большая часть пациентов, даже тех, кто страдает психотическими расстройствами, например, шизофренией, после больницы чувствует себя достаточно хорошо, чтобы вернуться к жизни в обществе, при этом первое время они находятся под наблюдением команды первичного лечения.

Неврология

В Великобритании неврология и психиатрия традиционно развивались как отдельные дисциплины. Однако во многих

198

Психиатрия

странах существует единая специальность — нейропсихиатр. В обеих традициях есть своя логика. Имеется явное пересечение между неврологией, изучающей заболевания, воздействующие на мозг и периферическую нервную систему, и психиатрией, которая имеет дело с заболеваниями, воздействующими на мышление и эмоции. Многие болезни имеют отношение сразу к обоим специализациям, и по мере развития органического аспекта психиатрии обнаруживается все большее число заболеваний, имеющих органическую природу.

Тем не менее, разделение этих специализаций вполне оправданно, особенно в отношении стационарного лечения пациентов. Потребности страдающих неврологическими расстройствами в основе своей совпадают с тем, что требуется пациентам палат общего профиля, поскольку в

данном случае, как правило, болезнь не затрагивает умственных процессов. В то же время, уход за больными психиатрических отделений, которые отличаются изменчивостью настроения, расстройствами мышления или памяти, требует от персонала специальных навыков и совершенно иного режима дня и общей организации палат. Большая часть процедур обследования пациентов в обоих случаях совпадает, хотя в неврологии акцент делается на обнаружение специфических дисфункций в органической сфере, воздействующих на мозг или на активность нервных клеток, что прежде всего выражается в нарушении координации движений, работы органов чувств, осанки и речи.

Таким образом, неврология в основном интересуется такими заболеваниями, как рассеянный склероз, повреждения нервов или опухоли, а также физическими заболеваниями мозга. Нас же более интересуют области пересечения неврологии с психиатрией, которые мы сейчас и обсудим.

Эпилепсия

Обычно, если у пациента появляются припадки или провалы памяти, его направляют к невропатологу для выяснения причин этих приступов. Психиатрические последствия в таких случаях маловероятны. Однако расстройства такого рода иногда могут сопровождаться дегенеративными состояниями мозга, какой-либо степенью спутанности памяти или ее расстройства. Для эпилеп-

Взаимодействие психиатрии с другими дисциплинами

199

сии могут быть характерны расстроенные паттерны поведения, поскольку она воздействует на определенные области мозга, в частности на височную долю. Связанная с височной долей эпилепсия часто бывает очень похожа на невротические заболевания. Тенденция к развитию эпилепсии может наблюдаться при многих заболеваниях, связанных с задержкой умственного развития, поэтому важной частью подготовки психиатра является умение справляться с припадками при таком заболевании. В различных случаях деменции, которую мы рассмотрим в Части 2, особенно в больших группах сенильной и атеросклеротической деменции, эпилептические припадки возникают как часть их симптоматологии. И наоборот, некоторые случаи тяжелой эпилепсии, когда припадки с трудом контролируются, часто повторяются и долго длятся, могут приводить к расстройствам центральной нервной системы — обычно как результат повторяющихся ситуаций кислородного голодания во время припадков, возможных травм при падениях и ушибах головы,¹ а также по каким-то иным причинам, непосредственно связанным с самими припадками. Более того, иногда психотические заболевания сопровождаются эпилепсией, которая по своему характеру имеет большое сходство с симптомами параноидной шизофрении. В редких случаях у эпилептика может развиться расстройство личности в результате фрустрации, связанной с его заболеванием. В некоторых странах к эпилептикам относятся со страхом и неприязнью, ограничивая им доступ ко многим профессиям. Им не разрешается водить транспорт, служить в армии или в полиции, быть водолазами или работать на строительных лесах. Все это вызывает у эпилептиков ожесточение и неудовлетворенность своей судьбой.

Головные боли

Этот симптом часто встречается при состояниях тревоги или депрессии, однако он может быть связан и с неврологическими расстройствами мозга, гипертонией или иными заболеваниями общего характера — например, с болезнями печени или почек. Таким образом, при головных болях требуется проведение тщательного обследования в обеих рассматриваемых нами обла-

200

Психиатрия

стях. Мигрень является тем заболеванием, где обе эти области пересекаются.

Сифилис

Это заболевание, часто очень успешно маскирующееся под другие болезни, сыграло, как мы уже говорили, значительную роль в истории психиатрии. Развивающаяся долгое время инфекция поражает центральную нервную систему и может вызвать деменцию, а при отсутствии лечения обычно приводит пациентов к продолжительному пребыванию в психиатрических клиниках. В то же время, ранние проявления менингovasкулярных эффектов станут областью интересов невропатолога. Ранняя фаза этого инфекционного заболевания заинтересует венеролога и даже дерматолога, к которому могут обратиться за разъяснением причины кожной сыпи. Некоторые проявления сифилиса, например, дисфункцию сердечных клапанов, может лечить врач общего профиля или кардиолог, а социальные и профилактические аспекты этого заболевания принадлежат областям, выходящим за пределы медицины, например, социологии. Таким образом,

некоторые заболевания могут фокусировать на себе сразу множество дисциплин, благодаря большому разнообразию своих симптомов.

Опухоли мозга

Обнаруженные у пациентов новообразования, воздействующие на центральную нервную систему, после их диагностирования должны стать областью интересов невропатолога или нейрохирурга, если требуется оперативное вмешательство. В этих случаях неврология и психиатрия пересекаются по той причине, что многие виды мозговых опухолей сопровождаются расстройствами эмоций, мышления или поведения, и на начальных стадиях опухоль обычно обнаруживается психиатром. Более того, нередко случаи, когда приведшая к смерти генерализованная деменция неожиданно оказывается связанной с необнаруженной при жизни опухолью мозга, что доказывается вскрытием.

Опухоли, затрагивающие лобную долю коры головного мозга, особенно часто вызывают изменения личности или расстройства эмоционального состояния больного. Эту вероятность всегда

Взаимодействие психиатрии с другими дисциплинами

201

следует иметь в виду при обнаружении каких-либо нетипичных невротических или истерических проявлений у прежде эмоционально стабильного пациента. При этом обычно отмечается и некоторая степень интеллектуального истощения. Примерно 10 процентов опухолей мозга обнаруживается во время психиатрического обследования в клиниках или амбулаторных отделениях.

Невропатия

Периферийные нервы конечностей особенно чувствительны к нарушению активности нервных клеток в результате интоксикации или какой-то недостаточности. Такие изменения обычно сопровождаются нарушениями координации, ориентации в пространстве или способности ощущать прикосновение или боль. При локальных расстройствах нервной системы могут наблюдаться нарушения функционирования организма в целом и, в частности, сексуальные расстройства. Также могут нарушаться функции мочевого пузыря или кишечника. Если заболевание затрагивает центральную нервную систему, то обычно проявляются расстройства памяти, эмоций или мышления. В этих случаях особенно уместно направление к психиатру.

Частыми причинами периферической невропатии являются некоторые виды анемии, в частности злокачественная анемия, обусловленная недостаточным усвоением витамина В12, диабетом и заболеваниями щитовидной железы. Аналогичные симптомы могут вызываться также гипертонией, отравлением никотином или какими-то иными токсическими веществами, включая тяжелые металлы, например, свинец. Такие же симптомы могут появляться при рассеянном склерозе, некоторых видах коллагеноза и при других неврологических заболеваниях, которые следует отличать от анестезии типа перчаток-или-носков, наблюдающейся при истерическом неврозе.

При неврологическом обследовании психиатрических расстройств нужно уметь исключить и еще некоторые, редко встречающиеся заболевания. Для этого следует использовать различные виды исследования, включая электроэнцефалографию, сканирование мозга и рентгенографию. Кроме того, следует учитывать возможность возникновения болезненных эффектов в центральной нервной системе вследствие заражения паразитами, напри-

202

Психиатрия

Взаимодействие психиатрии с другими дисциплинами

203

мер, при цистицеркозах, а также по причине вялотекущих инфекционных процессов, например, туберкулеза, проказы, или тропических заболеваний, например, сонной болезни; нельзя исключать и редко встречающиеся случаи умышленного отравления такими веществами, как кадмий или бериллий.

Психология

Естественно, что изучение психологии должно составлять важную часть профессиональной подготовки психиатра.

Психологию можно определить как науку, которая изучает нормально протекающие психические процессы, то есть она изучает психику. Это как анатомия для хирурга. Те системы анатомического строения организма, которые перестали нормально функционировать, изучает патология, поэтому психопатология — это наука, изучающая механизмы аномального функционирования психики.

Большую часть психиатрических расстройств можно объяснять на основе рассмотрения ментальных механизмов и теорий, объясняющих такие процессы, как обучение, развитие личности и восприятие. Для получения диплома по психологии необходимо несколько лет изучать эту науку, а в конце курса выдержать письменный и устный экзамены.

Психиатр должен уметь правильно использовать данные экспертизы клинического психолога, имеющегося в штате большинства психиатрических отделений. Он обязан понимать полезность и ограниченность психологических тестов — особенно в том, что касается тестирования интеллекта, личности и эмоций, — понимать значение поведенческой терапии, развившейся на основе ранних работ Павлова и его исследований процессов обучения, психодинамических теорий, построенных Фрейдом и его последователями, образующих основу психоанализа, а также всех психотерапевтических моделей лечения, как индивидуальных, так и групповых.

Читателю мы бы рекомендовали для получения более широкого представления об этой области изучить том «Psychology Made Simple», являющийся справочником.

Клинический психолог

Клинический психолог играет важную роль в психиатрической практике, да и в других областях современной медицины. Мы могли бы сравнить его с биохимиком, работающим в больнице общего профиля, или с патологоанатомом, работающим совместно с хирургами.

Традиционно психологу в клинической области отводилась роль специалиста по исследованию и оценке с помощью психологического тестирования таких факторов, как коэффициент интеллектуального развития, нарушение памяти или расстройства личности. Эти тесты призваны давать объективные количественные данные, которые можно использовать при постановке диагноза или при наблюдении развития заболевания.

Однако применимость таких тестов ограничена, поэтому клинические психологи стремятся применить свои знания в других областях, например, в поведенческой терапии, используемой для лечения таких заболеваний, как агорафобия или обсессивные неврозы, и для коррекции отклонений в поведении, например, при некоторых сексуальных проблемах. Что касается работы в больничных палатах, то психологи могут принимать участие в мониторинге программ реабилитации, программ обучения персонала клиники, в работе с группами и в научных исследованиях.

Активно работающее отделение клинической психологии в составе больницы может быть очень полезным для обслуживания пациентов и для помощи психиатрам, ответственным за этих пациентов, а с другой стороны, психиатры или стажирующиеся в клинике врачи могут получать практические знания и навыки путем приложения принципов психологии для более полной реализации помощи пациентам. Получаемые в процессе работы знания позволяют врачам углублять свое понимание психических заболеваний.

Социология

В последние годы повысился научный статус дисциплин, изучающих социальные механизмы. В большинстве университе-

204

Психиатрия

тов были открыты отделения социологии и других общественных наук. Социолог изучает пути, которыми общество само себя упорядочивает, и те факторы, которые работают внутри разных социальных групп, включая репрессивные факторы, воздействующие на группы и на отдельных людей. Таким образом, социология, подобно психологии или анатомии, изучает нормально действующие структуры, хотя в сфере ее интересов могут находиться и социальные аномалии. Назначением социологии является исследование факторов, приводящих к дезинтеграции общества, к стрессам, вызывающим разрушение личности, к неспособности индивидуума адаптироваться в обществе.

Социологические теории приложимы к тем видам психических заболеваний, которые развиваются под воздействием стрессов, вызванных социальными проблемами, — и в этой области пересекаются психиатрия и социология. Более того, психиатру следует быть в курсе исследований, проводимых в области социологии, чтобы должным образом учитывать воздействие на пациентов их окружения.

Работник социальной службы

До выхода в свет *Акта о психическом здоровье от 1959 года* обязанность направлять пациентов в психиатрическую клинику для принудительного лечения лежала на имевшем соответствующие полномочия чиновнике, который по закону выполнял эту роль на основании распоряжения суда. Введенная впоследствии должность инспектора по психическому здоровью позволила решать психиатрические проблемы в обществе на основании авторитетной экспертной оценки. *Акт о психическом здоровье* наделил этих инспекторов законными полномочиями задерживать пациентов, составлять заявление в клинику и в случае необходимости принудительно доставлять туда пациентов.

Такая практика играла важную роль и при последующем долечивании пациентов после их выписки из больницы, когда они поддерживали постоянную связь с работником психиатрической социальной службы.

Этот порядок был изменен после реорганизации службы социального обеспечения в начале 70-х годов. Чиновники по делам психического здоровья и другие работники социальной

Взаимодействие психиатрии с другими дисциплинами

205

службы, специализирующиеся по уходу за престарелыми, детьми и глухонемыми, были объединены в единый отдел социальной службы, так что теоретически теперь все работники социальной сферы обязаны иметь навыки по уходу за людьми, страдающими психическими расстройствами, должны уметь проводить соответствующую работу в семьях, а кроме того, выполнять обязанности уполномоченного по делам психического здоровья в соответствии с *Актом о психическом здоровье*.

В сферу обязанностей социальных работников постепенно включались многие специальные аспекты. Теперь большинство из них получает свою профессиональную подготовку в университетах на факультетах социального администрирования и работает в сфере, охватываемой министерством здравоохранения и социальной защиты, решая социальные проблемы. Таким образом, круг их интересов достаточно широк, и им приходится иметь дело с самыми разнообразными проблемами. Они уполномочены осуществлять попечительство над детьми и имеют множество других полномочий, кроме тех, что оговорены в *Акте о психическом здоровье*. В штате большинства психиатрических клиник есть такие социальные работники, которые трудятся в тесном контакте с психиатрами внутри больницы или на ее базе, занимаясь широким кругом вопросов, — от материальной помощи престарелым малоимущим пациентам и их родственникам, включающей предоставление и оборудование жилья или раздачу вещей вроде постельных принадлежностей, до таких обязанностей, которые требуют особых навыков, как, например, работа с семьями, где возникли психиатрические проблемы.

Вполне понятно, что психиатр-стажер должен получить достаточно прочные знания о роли и функциях социальных работников, чтобы уметь взаимодействовать с ними для блага пациентов. При многих психических расстройствах социальные проблемы играют существенную роль, поэтому вовсе не лишена смысла идея о совместной работе команды, состоящей из психиатра, психиатрической медсестры из лечебной общины и семейного врача, чтобы семье больного могла быть оказана полноценная квалифицированная помощь. При такой кооперации можно добиваться более эффективной работы непосредственно в самом обществе, и часто таким образом удается избежать направления пациента в клинику или предотвратить рецидивы болезни.

206

Психиатрия

Биохимия

Психиатру сегодня необходимы самые современные знания из области биохимии, поскольку для него важно знать о химических процессах в центральной нервной системе и той роли, которую они играют в развитии психотических заболеваний и деменций. Хотя этот предмет является обязательной частью обучения врачей, для понимания таких вещей, как, например, метаболизм моноаминов, необходимо более глубокое изучение прикладной области этой науки — нейробиохимии.

Фармакология

Только что сказанное о биохимии в одинаковой степени приложимо и к изучению химического действия лекарств и того эффекта, который лекарственные препараты оказывают на организм, в частности на центральную нервную систему. Фармакология тоже является составной частью обучения врачей, однако психиатрам необходимо знать нейрофармакологию, чтобы новейшие достижения биохимии в области изучения механизмов функционирования мозга успешно сочетать с пониманием механизма действия таких лекарственных средств, как антидепрессанты, фенотиазины и транквилизаторы. Выписывая лекарство пациенту, врач должен хорошо понимать не только механизм действия препарата, но и знать обо всех побочных эффектах, как кратковременных, так и долгосрочных.

Статистика

Наконец, следует сказать о возрастающей роли статистики в области психиатрических исследований. Такие исследования в большой мере основываются на контролируемых клинических испытаниях, когда для сравнения групп пациентов при оценке

Взаимодействие психиатрии с другими дисциплинами

207

эффективности нового метода лечения используются дважды слепые процедуры.

При использовании перекрестного дважды слепого метода проверки бывает необходимо сравнить какой-то препарат, эффективность которого уже проверена, с новым, недавно появившимся на рынке лекарством. Группа пациентов, страдающих определенным заболеванием, подвергается лечению либо с помощью обоих активных лекарств, либо, обычно с согласия пациентов, они лечатся или активным препаратом, или плацебо, то есть неактивным лекарством, чтобы получить возможность сравнения. Обоим исследуемым препаратам придают одинаковый вид, и назначающий их врач не знает, какой именно препарат получают пациенты. Он оценивает появляющиеся улучшения состояния пациентов, присутствие побочных эффектов и так далее, делая наблюдения через определенные интервалы времени, а в конце проверки секрет раскрывается, и таким образом проводится сравнение обоих препаратов. При такой слепой процедуре исключаются ошибки, обусловленные субъективностью наблюдателя, и, кроме того, пациенты и обслуживающие палату врачи не имеют возможности делать какие-либо заключения относительно препарата, которые могли бы помешать объективной оценке его эффективности. Чтобы уметь критически оценивать значение таких терапевтических проверок, результаты которых часто публикуются в медицинских журналах, психиатрам крайне желательно знать методы статистики, в частности, уметь находить корреляцию матриц и пользоваться такими методами, как стандартная девиация, Т-тесты, критерий хи-квадрат и кривые распределения.

Нейрохирургия (лейкотомия)

Операции на нервной ткани в пределах центральной нервной системы, то есть на веществе головного мозга, на примитивном уровне практиковались издавна, со времен Древнего Египта. Однако субстанция головного мозга имеет очень сложное строение, и от работы мозга зависит формирование личности человека и его эмоционального состояния, поэтому с проблемами

208

Психиатрия

хирургического вмешательства невольно связывается много мистики, и мнение тех, кто никогда не имел возможности трезво оценивать эти проблемы, окрашивается эмоциями на несколько упрощенном уровне

Первоначально операции на мозге в основном проводились при вдавленных повреждениях черепа для удаления инородных тел или сгустков крови. Но с течением времени стало ясно, что повреждение определенных участков мозга вызывает появление специфических дефектов функционирования организма. Так, было установлено, что существуют участки мозга, контролирующие двигательные и сенсорные функции. Выяснилось также, что определенные области мозга, в частности лобная доля коры, связаны с управлением личностными функциями. Последующие исследования более глубоких структур мозга выявили существование областей, связанных с эмоциональными состояниями. Опыт мозговых травм во время мировых войн и эксперименты на животных пополнили знания в этой области.

Примерно 50 лет назад было установлено, что нервы, соединяющие центры эмоций в пределах лимбической системы и лобной доли коры головного мозга, особенно тесно связаны с управлением состояниями настроения. Было обнаружено, что рассечение этих нервных волокон приводит к состоянию эйфории и ослабляет нервное напряжение. Подробное изучение функционирования этих участков помогло точно установить, какие именно нервные центры играют в этих процессах особо важную роль.

Поскольку отсеченные нервные клетки уже не регенирируют в нервной системе, не так просто предсказать, как именно подействует на пациента рассечение нервных волокон. Но эта операция представляет собой последнюю возможность спасти человека, подобно ампутации конечности при гангрене, когда нет иного способа спасти жизнь. Это, безусловно, не самый лучший способ решения проблемы, но все же лучше, чем ничего.

В 1936 году в Португалии Эгас Мониз первым разработал ту операцию, которая впоследствии стала называться лейкотомией. Обнаружилось, что она эффективна при хронических устойчивых депрессивных состояниях, тяжелых навязчивых состояниях и в некоторых случаях шизофрении. В нашем историческом обзоре мы уже говорили, что хотя операция позволяет многим пациентам психиатрических клиник, страдающих тяжелой и

Взаимодействие психиатрии с другими дисциплинами

209

хронической формой заболеваний, перейти к более нормальной жизни, а в некоторых случаях даже возвращает их в общество, что само по себе является значительным шагом вперед по сравнению с перспективой долговременной госпитализации, она все же является слишком радикальным средством, которое можно применять лишь в экстраординарных случаях. Результатом такой операции были значительные изменения личности, приводившие человека в состояние бессмысленной, чрезмерной

общительности. Конечно, такое состояние было лучше, чем дооперационное, но все же эти пациенты продолжали оставаться проблемой как для самих себя, так и для своих близких.

Более того, сама операция была потенциально опасной для пациента. Процедура производилась вслепую через два треугольных отверстия в лобной части черепа. Хирургическим ножом, называемым «лейкотомом», перерезали определенные нервные волокна центральной нервной системы, которые осуществляли связь с теми участками мозга, где формировалось чрезмерное психическое напряжение. При этом всегда существовала опасность кровотечения и последующего образования рубца, что почти в 10 процентах случаев приводило к развитию эпилепсии. Тем не менее, вероятно, это было приемлемой ценой, поскольку без операции больной был обречен на пожизненное пребывание в психиатрической клинике.

Дальнейшие исследования были направлены на повышение уровня безопасности этой операции и определение показаний к ней. Несомненно, вначале лейкотомия воспринималась с излишним энтузиазмом, но вскоре стало ясно, что при шизофрении она не дает кардинального улучшения, хотя можно говорить о достаточно хороших результатах в некоторых тяжелых случаях, для которых альтернативные методы лечения еще не разработаны. Стандартная операция со временем была модифицирована, а новые методы черепно-мозговой хирургии, осуществляемые с помощью стереотаксической техники под рентгеновским контролем, сделали операцию более прецизионной. Методы электрокоагуляции уменьшили опасность кровотечения и позволили проводить удаление ткани на чистом поле. Наконец, использование радиоактивных имплантантов, которые можно очень точно локализовать, уменьшило опасность долговременных побочных эффектов, развивающихся из-за образования рубца.

210

Психиатрия

Прояснились также и функции отдельных нервных волокон, что позволило отсекают при разных типах заболеваний разные их участки. Сегодня показаниями к лейкотомии являются хронические устойчивые депрессивные состояния, не поддающиеся воздействию лекарственных препаратов или электросудорожной терапии, тяжелые навязчивые состояния и состояния хронического высокого уровня напряженности. К счастью, появление новых методов лечения привело к тому, что операция стала использоваться в очень редких случаях, в качестве крайнего средства. Ясно, что никому не захочется разрушать или удалять какую бы то ни было часть организма, если есть возможность восстановить ее нормальное функционирование без применения операции. Однако следует сознавать, что в некоторых редких случаях восстановить нормальное функционирование организма без операции невозможно, и в этих случаях конечный результат оправдывает применение этой процедуры.

Обзор о практике лейкотомии в Британии был опубликован в «British Medical Journal» за 9 декабря 1978 года Барраклаугом и Митчелл-Хеггсом. Обзор был сделан по всем сорока четырем нейрохирургическим отделениям Британских островов за период 1974-1976 гг., когда была проведена 431 операция, что составляет 3,4 операции на 1 миллион взрослого населения. На протяжении этого периода количество операций уменьшилось от 158 в 1974 году до 119 в 1976-м. Это отражает рост эффективности альтернативных методов лечения, в основном связанных с появившимися в последнее десятилетие лекарственными препаратами и новыми методами поведенческой терапии.

Примерно в 300 случаях хирургического вмешательства для локализации подлежащей удалению области использовалась сте-реотаксическая техника. Среди всех подвергнутых оперативному лечению психиатрических заболеваний большая доля приходилась на тяжелые расстройства настроения, хронические состояния тревоги и напряженности, а также обсессивно-компульсивные неврозы. Кроме того, оперировались пациенты с болезнью Паркинсона и эпилепсией. Две трети операций были проведены в четырех государственных центрах, где есть возможность проведения специализированных исследований. При этом использовались разнообразные процедуры, в зависимости от конкретных симптомов и желаемого результата. Все диагнозы из цитируемого

Взаимодействие психиатрии с другими дисциплинами

211

нами обзора можно подразделить следующим образом: депрессия 24, состояния тревоги 20, обсессивно-компульсивные состояния 19, буйное поведение 6, психическая анорексия 5, неподдающаяся лечению боль 4, шизофрения 4 и деструктивное поведение 3.

Безусловно, недружелюбно настроенная пресса послужила фактором, способствующим уменьшению количества таких операций. Как отмечается в обсуждаемой статье, если такое сокращение числа операций связано с использованием альтернативных методов лечения,

заменяющих необходимость оперативного вмешательства, то это прекрасно. Однако если это следствие давления со стороны плохо информированных кругов, создающих в обществе атмосферу скептицизма и недоверия, то в результате несчастные люди, страдающие психическими заболеваниями, лишаются наиболее эффективного из имеющихся сегодня методов лечения.

Группам, представляющим меньшинство населения, было предоставлено право кричать о своих взглядах по телевидению и в прессе, в результате чего в Соединенных Штатах врачи настолько запуганы, что используют только самые консервативные и не вызывающие споров виды терапии, поскольку боятся, что их обвинят во всех грехах, если лечение будет менее удачным, чем ожидалось. К сожалению, при подобных попытках остановить прогресс специалисты начинают проявлять чрезмерную осторожность в применении нововведений в области лечения. Остается надеяться, что такая обстановка не возникнет в Британии. Можно процитировать мнение Барраклауга и Митчелл-Хеггса об уменьшении количества операций за последние несколько лет: «Противники операции могут радоваться этому изменению, но если она способна облегчать психические заболевания, не поддающиеся другим способам лечения, то в таком случае пациенты лишаются эффективной помощи. Наилучшей защитой населения, когда дело касается спорных методов лечения, является взвешенная их оценка».

Литература

Barraclough and Mitchell-Heggs, *Bifrontal stereotactic tractotomy*, *British medical Journal*, December 9, 1978.

212

Психиатрия

Birley, J. L. T., *Modified frontal leucotomy*, *British Journal of Psychiatry*, 110, 1964.

Laitinen, L. and Livingston, K., *Surgical Approaches in Psychiatry*, MTP Press, Lancaster, England, 1973.

Meyer Gross, Slater and Roth, *Textbook of Psychiatry* (3rd edn).

Sperling, A., and Marlin, K., *Psychology Made Simple*, Heinemann, London, 1982.

Strom Olsen, R., and Carlisle, S., *British Journal of Psychiatry*, 118, 1971.

Вопросы

1. Что такое височная эпилепсия?
2. Правомерно ли выделять две отдельные специализации: неврологию и психиатрию, как это принято в Британии?
3. При каких неврологических расстройствах пациентов следует направлять к психиатру?
4. Что такое лейкотомия?
5. Каковы показания к проведению этой операции?
6. Проводятся ли такие операции в вашем местном нейрохирургическом отделении?
7. Сколько их проводится ежегодно?

Часть 2. Психиатрические синдромы

Во второй части книги мы рассмотрим каждое из тех заболеваний, которыми обычно занимается область медицины, имеющая дело с психикой человека, а закончим книгу главами о более узких специальностях, связанных с такими специфическими проблемами, как детская психиатрия или лечение психосексуальных расстройств. Однако перед тем, как отправиться в путь, уделим некоторое внимание вопросу классификации психиатрических заболеваний.

При отсутствии ясного понимания этиологии многих психиатрических заболеваний удобно пользоваться описанием синдромов, когда в качестве элементов классификации выступают характерные паттерны симптомов, проявляющихся достаточно регулярно и последовательно. Далее, удобно проводить подразделение в соответствии с тем, что называется функциональными заболеваниями — если на момент проведения классификации не было выявлено какой-либо органической причины заболевания, — на два типа, а именно на психотические и невротические заболевания, причем к первым относят те, для которых в тяжелых случаях характерна утрата способности к самооценке.

Еще один логический способ классификации расстройств основан на степени отзывчивости заболевания к лечению. Это сейчас особенно удобно для психиатрии, поскольку если имеется комплекс симптомов, которые лечатся физическими методами, то в качестве основы для

классификации можно взять доминирующий симптом. Этим способом мы и воспользуемся во второй части книги.

Напомним, что мы определили психиатрию как **отрасль медицины, имеющую дело с заболеваниями, для которых характерно расстройство мышления, эмоций и, как следствие, поведения.** К этому можно было бы добавить отдельную группу

216

Психиатрия

расстройств памяти и функций интеллекта. Поскольку многие из так называемых функциональных расстройств, по-видимому, имеют органическое происхождение и являются, по сути, долговременными физическими расстройствами, как, скажем, диабет, то разделение заболеваний на органические и функциональные можно признать искусственным.

Первыми из подлежащих рассмотрению заболеваний будут те, при которых **доминирует расстройство мышления.** К этой группе мы отнесем заболевания, связанные с расстройством мышления, развивающимся при ясном сознании пациента, оставляя таким образом в стороне острый бред, наблюдающийся, например, при заболеваниях, сопровождающихся лихорадочным состоянием. В этой группе мы рассмотрим шизофрению, параноидные состояния и парафрению.

Второй будет группа заболеваний, при которых обнаруживается **расстройство эмоций.** Это расстройство может происходить четырьмя основными путями: через депрессию, эйфорию, тревогу (или страх) и агрессию. К этой группе мы отнесем психотические маниакально-депрессивные заболевания с изменением настроения по типу депрессии или эйфории, а также те депрессивные реакции, которые могут сочетаться с состояниями тревоги.

Тревога — доминирующий симптом большинства психоневротических заболеваний. Поэтому под ней мы будем понимать патологическую тревогу, ощущаемую индивидуумом, как непрерывный, болезненный процесс, имеющий, по-видимому, эндогенную природу, а также тревожное реагирование на элементы окружающей среды, особенно при состояниях фобий, когда тревога связана с определенной ситуацией или объектом. Некоторые фобические состояния могут быть моносимптоматическими, например, страх высоты или темноты; но они могут характеризоваться и образованием паттерна симптомов, обычно называемого агорафобией, что в переводе на обычный язык означает «боязнь открытых пространств», когда страх проявляется в ряде ситуаций: больной боится выходить из дома, попадать в шумные и многолюдные места, например, в магазины, путешествовать в автобусах и так далее.

Кроме состояний тревоги и депрессивных реакций, обнаруживаемых при психоневротических заболеваниях, есть еще осо-

Психиатрические синдромы

217

бые типы симптомов. Обсессивный невроз проявляется в том, что пациенты чувствуют себя вынужденными повторять мысленно или в действии некоторые ритуалы, часто связанные с опрятностью или чистоплотностью; иногда пациентов может преследовать постоянно возвращающаяся мысль или фобическая тревога, например, боязнь, что они громко скажут непристойное слово в церкви, или совершат какое-то злодеяние, или причинят вред своему ребенку. Часто совершение определенных ритуальных действий каким-то образом связывается для них с облегчением такого страха, вследствие чего эти действия становятся фиксированным паттерном ответных реакций. Если такие ритуалы выходят из-под контроля человека, они могут полностью разрушить его жизнь.

Другим паттерном состояния, который наблюдается при психоневрозах, является истерия. Это слово в обычном разговоре стало почти оскорбительным, однако в качестве медицинского термина оно обозначает состояние расстроенного функционирования, которое может касаться любой части организма, но не является симптомом какого-то органического заболевания. Часто симптом истерии можно распознать по тому факту, что ослабление функции не сопровождается признаками, которые свойственны органическому расстройству функционирования этой части организма.

Расстройство может заключаться в потере способности какого-то чувственного ощущения, передвижения или ощущения боли. Может наблюдаться потеря памяти (истерическая амнезия), утрата зрения или слуха, то есть таким способом может поражаться любая часть организма.

Это заболевание интересно тем, что оно связано с чем-то вроде выключения какой-либо функции в мозге, когда человек встречается лицом к лицу с ситуацией, неизменно провоцирующей тревогу.

Часто в результате расстройства функции человек получает какую-либо выгоду для себя, что способствует закреплению этого расстройства.

Такого рода расстройства можно вызвать у человека в состоянии гипноза, и более того, истерический симптом можно снять с помощью гипноза или определенных лекарств, то есть в этом случае налицо некоторый эффект повышенной внушаемости человека. Нередко бывает и так, что человека не беспокоит эта

218

Психиатрия

его слабость, которая удивляет окружающих. Такой эффект Жане назвал *la bel indifference*.*

Еще одним симптомокомплексом при психоневрозах является **деперсонализация**, имеющая с истерическими симптомами некоторые общие черты, поскольку и здесь действует механизм отключения функции. В основном, можно говорить о трех типах симптомов, достаточно часто встречающихся в связи с состояниями тревоги, хотя иногда они наблюдаются и у здоровых людей в стрессовых ситуациях, при сенсорной депривации, в гипнаго-гическом состоянии, а также при некоторых формах эпилепсии. Первый тип симптомов связан с изменением осознания индивидуумом своего образа. Так, глядя в зеркало, он не может узнать в нем самого себя. Ему представляется, что в изображении изменены размеры тела или его части.

При втором типе расстройства, называемом **дереализацией**, можно говорить о том же самом, но направленном на окружение. Здесь пациент, глядя, например, на какой-то знакомый пейзаж, не может его узнать, хотя точно знает при этом, что пейзаж ему хорошо знаком. Аналогичная проблема с узнаванием может возникать и по отношению к окружающим людям.

Наконец, возможно выключение эмоционального переживания, вследствие чего пациент, например, находясь в явно печальной для него ситуации отказывается внутренне переживать горе, что в обычном случае было бы естественным. Это иногда наблюдается и при психосексуальных расстройствах, когда пациент, проявляя явные признаки сексуального возбуждения, отрицает, что ощущает что-либо подобное.

Последней группой расстройств, в которых доминирует изменение нормальной эмоциональной реакции, является **состояние агрессии**. Этому состоянию часто не придают самостоятельного значения и в ортодоксальных учебниках по психиатрии уделяют мало внимания. Тем не менее, при многих расстройствах личности агрессия является доминирующей составляющей и широко распространена в виде симптома при многих заболеваниях. По-видимому, состояния агрессии могут иметь эндогенное происхождение, связанное с чрезмерной активизацией механизмов мозга, регулирующих уровень эмоционального возбуждения.

Психиатрические синдромы

219

* прекрасное равнодушие (франц.)

Противоположным по отношению к агрессии расстройством является **апатия**, которую тоже можно выделять как нечто самостоятельное. Эту тему мы будем обсуждать в следующей главе.

Все это подводит нас к третьей категории нашей общей классификации, а именно к **расстройствам поведения**. В нее мы включаем расстройства личности, при которых изменения характера можно описывать в терминах настроения, навязчивости, агрессии, неадекватности или инфантильности, проявляющихся в такой степени, что это становится предметом внимания врачей. Наиболее серьезной формы эти проявления достигают при психопатии — заболевании, которому в *Акте о психическом здоровье* отводится особое место, — когда у пациента осознание его существования в обществе и способность сопереживания сводятся к минимуму. В эту группу мы отнесем также лиц с такими отклонениями в развитии личности, когда главной особенностью является пристрастие к наркотикам или алкоголю, а также лиц с жалобами на сексуальные отклонения. Ясно, что эта группа достаточно разнородна и зачастую бывает составлена из заболеваний, имеющих разную этиологию.

Четвертую из основных групп составляют заболевания, связанные с **нарушениями функций интеллекта, памяти и ориентации**. Обычно эти заболевания возникают в результате временного или устойчивого расстройства функций мозга вследствие токсического действия каких-либо веществ в крови или дегенерации самих нервных клеток мозга. Состояния спутанности сознания могут вызываться очень многими органическими заболеваниями. В основном, эти состояния подразделяют на острые, связанные с **делирием**, и пролонгированные, встречающиеся при **деменции**. Причем последние сыграли особую роль в истории психиатрии, особенно деменция, являющаяся следствием прогрессирующего паралича, как называли последствия воздействия

сифилиса на центральную нервную систему на поздних его стадиях. К этой группе относится и **эпилепсия**, в связи с которой нередко возникают психиатрические проблемы.

Наконец, существуют врожденные расстройства функций мозга, к которым прежде всего относятся **амения и недостаточность умственного развития**.

Мы рассмотрим также еще три подгруппы, которые не вписываются непосредственно в описанные выше категории. Во-

220

Психиатрия

первых, это **психосексуальные расстройства**, когда основными причинами таких заболеваний, как импотенция или фригидность, являются психологические факторы. Во-вторых, это болезни детского возраста, которые удобно выделить в особую группу. Наверное, здесь прежде всего следует назвать аутизм, хотя особого рассмотрения требуют и многие другие расстройства поведения детей и подростков.

Наконец, особая глава будет посвящена **судебной психиатрии**, то есть тем аспектам психиатрии, которые имеют медико-правовой характер.

Ученые провели большую работу по классификации заболеваний, и в этой книге данному вопросу уделено определенное внимание, хотя мы не станем увлекаться экспериментами с классификацией. Достаточно знать, что существуют определенные системы классификации, и, при необходимости, их можно рассмотреть. В Британии действует система, известная как международная классификация болезней, которая к настоящему моменту претерпела уже десятую редакцию (ICD10). Эта классификация удобна для целей статистики, поскольку представляет собой стандартизированную форму классификации и описания заболеваний, что можно использовать в компьютерных отчетах о распространенности заболеваний, частоте их возникновения и общих тенденциях диагностирования.

В Соединенных Штатах принята другая система, которая сейчас действует в своем третьем издании (DSM3). Обе системы имеют свои преимущества и мало различаются по способам подхода к проблеме. В отношении психиатрии основная критика этих систем связана с тем, что в настоящее время трудно реально классифицировать заболевания иначе, чем в соответствии с симптомокомплексами, поскольку мы все еще не понимаем лежащей в их основе патологии.

10 Заболевания с доминирующим расстройством мышления

Краткая характеристика

Расстройство мышления является доминирующим симптомом в группе заболеваний, объединенных названием шизофрения, а также при болезнях, первоначально названных Крепелином паранойей. Здесь мы определяем шизофрению как группу синдромов, возможно, разной этиологии, для которых характерно расстройство процессов мышления, эмоциональных реакций и поведения. При шизофрении часто бывают бред и галлюцинации. При отсутствии лечения в большинстве случаев она прогрессирует к состоянию резидуального шизофренического дефекта. Причина шизофрении остается неизвестной, хотя исследования указывают на участие генетического фактора, а также биохимических нарушений метаболизма моноаминов в мозге, вызывающих генерализованное расстройство и разорванность мышления. Кроме того, не исключаются и факторы окружающей среды, способные при наличии предрасположенности пациента к заболеванию действовать в качестве пусковых механизмов болезни.

Классификация

Можно выделить следующие основные клинические варианты шизофрении с характерным набором симптомов:

1. Гебефрения. Характеризуется расстройством мышления; возможны бред и галлюцинации; чаще всего появляется в возрасте поздней юности.

222

Психиатрия

2. Кататония. Тип шизофрении, в котором доминирует расстройство моторных функций и поведения.

3. Параноидная шизофрения. Обычно присутствует симптом образования бредовой системы, как правило, типа преследования. Чаще всего развивается в среднем возрасте, при этом структура личности остается незатронутой болезнью.

4. Простая шизофрения. Дополнительная категория, введенная Блейлером, в которой

преобладают утрата жизненного тонуса и эмоциональное отупение.

5. Резидуальная шизофрения. Общие для всех выделенных групп поздние эффекты заболевания, когда наблюдаются эмоциональное отупение и потеря жизненных сил при общем ухудшении качеств личности.

6. Паранойя. Обычно развивается в старости и характеризуется фиксированной бредовой системой, но без того разрушения личности, которое бывает при этом заболевании в молодом возрасте.

7. Паранойя. В настоящее время этот термин относят к группе достаточно редких расстройств, которые характеризуются моносимптоматическими бредовыми системами и проявляются с навязчивой интенсивностью, но без иных психотических процессов в механизмах мышления, свойственных шизофрении.

Общая распространенность

Проведенные по всему миру исследования показали, с незначительными расхождениями, что распространенность шизофрении составляет чуть менее 1% от популяции в целом.

Основные симптомы шизофрении

1. Расстройство мышления.
2. Расстройство эмоций, характеризующееся отупением или неадекватностью.
3. Расстройство моторных аспектов поведения, часто манерное поведение.
4. Бредовые идеи.
5. Галлюцинации, преимущественно слуховые.

Заболевания с доминирующим расстройством мышления 223

6. Общая раздробленность и разрушение личности.
7. Отсутствие каких-либо расстройств на уровне сознания.

Дифференциальная диагностика

На ранних стадиях шизофрении и при ее умеренной тяжести это заболевание можно спутать с такими типами психозов, как маниакально-депрессивное расстройство, истерия, височная эпилепсия, а также с органическими расстройствами функционирования мозга, которые могут возникать по многим причинам.

Лечение

Основным средством лечения шизофрении в настоящее время являются антипсихотические лекарственные препараты. На острых стадиях болезни все еще применяется электросудорожная терапия. В долгосрочной перспективе для целей реабилитации важно тщательно проследить прогрессирование заболевания и условия среды, в которой живет пациент.

Прогноз

В настоящее время медицина достаточно хорошо справляется с локальными приступами болезни, однако основное внимание следует уделять долгосрочной поддерживающей терапии. Лечение нельзя назвать успешным, если учащаются рецидивы или современная терапия не в состоянии держать болезнь под контролем.

Описание

В этой главе мы рассмотрим синдромы, характерные для группы **шизофренических и параноидных состояний**. Само употребление термина «шизофрения» иногда приводит к недоразумениям. Часто это слово в средствах массовой информации используют некорректно, и поэтому публика обычно реагирует на шизофрению примерно таким образом: «О, да, расщепление

224

Психиатрия

Заболевания с доминирующим расстройством мышления

225

личности: Джекилл и Хайд». Такая реакция характерна для истерической личности, и такое определение не имеет ничего общего с той разорванностью мышления, которая составляет часть шизофренического распада личности. То, что можно назвать расщеплением личности у некоторых шизофреников, относится к их способности одновременно придерживаться двух, не согласующихся между собой, убеждений, при этом противоречивость этих убеждений большого нисколько не смущает. Например, пациент, воображающий, что он играет какую-то важную роль в мировых делах, в то же самое время может признавать, что он лежит в палате психиатрической клиники под наблюдением медсестры, поскольку у него есть проблемы с психикой, не замечая, что второе утверждение противоречит первому.

На самом деле происходит то, что пациент теряет способность отсортировать воспринимаемую им информацию и каким-то образом логически ее упорядочивать. Этой неспособностью некоторых шизофреников формулировать ясные суждения, в результате чего могут возникать неверные убеждения, объясняются их странные идеи и достаточно неадекватные эмоциональные реакции, являющиеся следствием этих идей.

При попытках объяснить, что же происходит с процессами мышления при шизофрении, предлагалось множество теорий, часто отражающих склонности и круг интересов самих исследователей. Некоторые из них утверждают, что возникает **перенасыщенность мышления**, то есть индивидуум не в состоянии отфильтровывать получаемую информацию и принимать решения о том, какие данные следует оставлять в своем сознании, а какие отбрасывать как ненужные. При этом пациенты могут жаловаться на разорванность мышления, то есть на неспособность создавать в своем уме целостный образ, или на то, что образы искажаются. Во время чтения они чувствуют, что содержание книги распадается на фрагменты, и, заканчивая чтение, они никак не могут осмыслить то, что прочитали.

Можно выделить **определенные, устойчивые паттерны проявлений** таких заболеваний. Они имеют свои характеристики, независимо от того, какую популяцию мы рассматриваем, и, наверное, в их основе лежат вполне определенные химические расстройства функционирования мозга. Возможно также, что симптомы расстройства мышления являются лишь внешним выражением каких-то внутренних нарушений, достаточно неопределенных по своей природе, — аналогично тому, как кашель может быть проявлением самых разнообразных заболеваний грудной клетки, и единственным способом определить заболевание является проведение очень тонких различий между типами кашля.

Крепелин в девятнадцатом веке впервые определил три характерных типа проявлений таких заболеваний, которые известны как *dementia praecox* (раннее слабоумие), поскольку при отсутствии лечения они часто прогрессируют до развития выраженной деменции, а начинаются обычно в юности. Блейлер в 1911 году добавил сюда четвертую группу. Не исключено, что имеется определенное пересечение этих групп, тем не менее, их выделение в виде самостоятельных образований оправданно.

Распространенность и этиология

Распространенность шизофрении находится в пределах 1% от численности популяции. Эта величина, с небольшими отклонениями, остается справедливой для исследований, проведенных в Британии, Соединенных Штатах, России или Китае, при изучении первобытных народностей Африки и Юго-Западной Азии, и не зависит от того, капиталистический строй в стране или коммунистический, исповедуют ли люди католицизм или конфуцианство. То есть картина похожа на паттерны любых других заболеваний, имеющих как бы встроенный в популяцию характер и часто обусловленных генетически. С этих позиций суть проблемы трудно объяснить социальными причинами или обусловленными культурой отношениями между детьми и родителями. Шизофрения в этом отношении похожа на эпилепсию, однако никто не утверждает, что эпилепсия может обуславливаться эксцентричностью некоторых матерей!

Частота развития заболевания выше в тех семьях, где уже имеется член семьи с аффективным расстройством. Она достаточно высока для братьев и сестер больного, еще выше у близнецов и наиболее высока для однояйцевых близнецов. Это справедливо независимо от того, воспитываются ли идентичные близнецы вместе или раздельно, что еще раз определенно указывает на то,

8 Зак. № 453 Хэзлем

226

Психиатрия

что наследственность играет важную роль среди причин заболевания. Однако генетический механизм нельзя выделять в качестве определяющего, как в случае с цветом глаз или с таким заболеванием, как гемофилия. Более вероятно, что в игре принимает участие несколько генетических механизмов, и в определенных случаях важна степень предрасположенности индивидуума к болезни (в основном за счет биохимических нарушений функций моноаминов в мозге, поскольку именно эти соединения обеспечивают работу нервных клеток). Кроме того, для возникновения болезни требуется, чтобы некоторые факторы окружения пациента или его эмоционального состояния сработали как пусковой механизм. Известно, что это справедливо и для других заболеваний, при которых важны эмоциональные факторы.

Биохимические нарушения

Предпринимались попытки выяснить картину биохимических нарушений при заболеваниях данной группы. Они дали некоторые положительные, хотя зачастую противоречивые, результаты. Одним из препятствий в исследовании заболеваний центральной нервной системы является то, что не всегда возможно наблюдать их непосредственное проявление при жизни пациента, а после смерти их обычно проследить невозможно, поскольку ферменты распадаются очень быстро. Таким образом, приходится исследовать косвенные результаты воздействия болезнетворных процессов, например, на спинномозговую жидкость, кровь или продукты распада в моче.

В моче пациентов с шизофреническими расстройствами был обнаружен аномальный продукт метаболизма моноаминов. Он называется диметилфенилэтиламин. Было установлено, что при введении подопытному животному очищенного экстракта мочи или спинномозговой жидкости больного шизофренией у него появляется расстройство поведения, не наблюдаемое в контрольной группе. Более того, при болезни обмена, имеющей название **гомоцистинурия**, одним из проявлений которой является наличие аномальных продуктов метаболизма моноаминов в крови, часто наблюдаются изменения в психике пациентов, очень похожие на те, что бывают при шизофрении.

Заболевания с доминирующим расстройством мышления

227

Другие исследования выявили у некоторых больных шизофренией аномальную пигментацию. Этим пигментом является меланин, который, вероятно, образуется в качестве реакции на гормон шишковидной железы мозга. Но, как известно, меланин и продукты его распада связаны с моноаминами, играющими важную роль в функционировании центральной нервной системы.

Наконец, **галлюциногенные наркотики** и стимуляторы типа **амфетамина** (каковой тоже является моноамином, связанным с теми веществами, которые задействованы в функционировании мозга) в некоторых случаях вызывают синдром, неотличимый от того, что наблюдается при шизофрении. Такие галлюциногены, как лизергиновая кислота и мескалин, тоже имеют отношение к моноаминам. Были проведены интересные исследования в области ботаники и фармакологии растений, из которых получают эти вещества. Многие из этих растений произрастают в Центральной Америке, в частности, исследовались экстракты из некоторых кактусов и ядовитых грибов. На протяжении веков они использовались первобытными людьми, причем интересно отметить, что совершенно разные растения вызывают очень сходный галлюцинаторный опыт, хотя химический механизм их действия еще предстоит установить.

Эпидемиология

Было проведено большое количество исследований по эпидемиологии синдромов шизофрении, показавших, в частности, что шизофрения чаще встречается среди иммигрантов и среди членов двух самых низших социально-экономических групп (4 и 5). Если же рассматривать социально-экономическую группу родителей пациентов, то оказывается, что шизофрения по всем социальным группам распределяется равномерно. Это говорит о том, что повышенная распространенность заболевания в 4 и 5 группах является следствием болезни пациентов, а не наоборот. Иными словами, люди, страдающие шизофренией, как правило, ^b той или иной мере опускаются вниз по социальной лестнице вследствие своего заболевания.

8*

228

Психиатрия

Заболевания с доминирующим расстройством мышления

229

Некоторые исследователи утверждают, что могут существовать носители скрытой формы заболевания, которая у них проявляется всего лишь в небольшом расстройстве личности. Они установили, что такие носители могут быть выявлены с помощью галлюциногенных препаратов, то есть происхождение болезни в данном случае может быть выявлено в результате индуцирования временных психотических симптомов.

Теорию матери шизофреника, которую ввел Лидц, наверное, не стоит комментировать. При современном уровне знания было бы неправильно утверждать, что родители могут играть какую-то роль в индуцировании состояния типа шизофрении у своих отпрысков, хотя не исключено, что они при этом сами могут быть носителями заболевания и поэтому испытывать некоторые трудности в формировании взаимоотношений с другими людьми. Более вероятно, что родитель может оказывать опосредованное воздействие вследствие неспособности к эмпатии шизоидного ребенка. В этой области еще нет достаточно обоснованных исследований, которые бы свидетельствовали о

том, что поведение родителей может каким-то образом приводить к развитию шизофрении у человека, не склонного к этой болезни.

Паттерны симптомов

Можно выделить ряд типичных паттернов симптомов и причин шизофрении, которые подразумевают отличающиеся друг от друга химические нарушения, провоцирующие заболевание. Это, прежде всего, относится к выделению группы **параноидной шизофрении**. Для этой группы не обнаружены некоторые из биохимических изменений и аномальных продуктов распада, которые выявлены для других групп шизофрении.

Гебефрения

Прежде всего, мы рассмотрим паттерн симптомов, относящийся к тому обширному типу шизофрении, который Крепелин

назвал гебефренией. Обычно это заболевание начинается в юности или в начале взрослого периода жизни — поэтому старое название *dementia praecox* относилось ко всем заболеваниям такого характера, возникающим в период наступления половой зрелости. Ретроспективным образом аномалии личности часто можно проследить и в более раннем возрасте, устанавливая, что пациент чувствовал себя одиноким, был интровертом, проявлял шизоидные черты, имел несколько странные и обособленные интересы, отличался астеническим сложением и на протяжении примерно года перед проявлением симптомов заболевания начал получать плохие отзывы на работе, при этом ухудшилось отношение к нему окружающих и вообще снизилась его контактность с близкими товарищами.

После этого наступает потеря способности делать разумные суждения и воспринимать абстрактные понятия. Мышление пациента и его речь становятся невразумительными. Разговаривающие с ним люди часто не могут понять смысла того, что он говорит. У плохо развитых молодых людей, не очень искусных в речи, это не всегда сразу бывает заметно, но даже у людей в высшей степени интеллигентных, например, изучающих философию в университете, бывает трудно с первого взгляда отличить просто незрелые идеи от продукта расстройства мышления.

Вслед за этими ранними симптомами начинают более ясно проявляться расстройства мышления, обычно в виде **бредовых идей**. Это может происходить постепенно, но в некоторых случаях стремительно развивается первичный бред в виде так называемой **аутохтонной идеи**. Человек может внезапно ощутить, что все изменилось, что он получил какую-то важную роль в обществе или что провидение одарило его какой-то вдохновляющей идеей. Это может сопровождаться **галлюцинаторным опытом**, и, кроме того, могут развиваться вторичные бредовые идеи, необходимые пациенту для объяснения присутствия галлюцинаций. Содержание этих идей и объяснений пациентом опыта галлюцинаций зависят от его культурной ориентации и убеждений. Так, интерпретация может развиваться в русле религии, или в терминах электроники, или на основании телепатии. Эти переживания могут пугать и истощать больного. Известны описания экстатических ощущений, связанных с проявлением такого расстройства мышления.

230

Психиатрия

Галлюцинации

Галлюцинаторный опыт при шизофрении чаще всего бывает слуховым. При этом можно выделять определенные типы паттернов. Во-первых, пациент может ощущать, что его собственные мысли кто-то громко проговаривает или что они воспринимаются как эхо. Мысли принадлежат ему самому, но ощущаются так, как будто они приходят извне. Наверное, чтобы лучше понять это, следует просто представить себе, что импульсы, распространяющиеся по центральной нервной системе, идут не по той линии. Если то, что реально является мыслью, распространяется по предназначенным для слуховых сигналов нервным путям, идущим от расположенных во внутреннем ухе нервных окончаний, то мозг будет интерпретировать ее сознательно как слуховые импульсы, даже если эти импульсы зародились в самой центральной нервной системе, но только в иной ее части. Такое иллюзорное вынесение наружу импульсов, возникающих в коре головного мозга, очень характерно для мышления при шизофрении.

Во-вторых, **слуховые галлюцинации могут ощущаться таким образом, будто пациент подслушивает разговор** в группе людей или слышит музыку. Если звуки усиливаются и как бы отпечатываются в сознании, пациент начинает осознавать содержание разговора и распознавать голоса, звучащие как голоса знакомых ему людей. Он может распознавать, что они говорят, и часто это его пугает. И в этом случае мысли, конечно же, возникают в мозге больного, но

интерпретируются как приходящие извне. Связанная с этим заболеванием потеря способности к самооценке приводит к тому, что больной может искренне верить, будто действительно слышит разговор о нем самом, и начинает действовать соответственно, чем выводит из равновесия окружающих. Проекция такого рода может вести к появлению идей преследования, хотя это чаще свойственно параноидной шизофрении, которую мы рассмотрим позже.

Третьим типом галлюцинаторного опыта является такое переживание, когда пациенту кажется, что голоса адресованы ему и просят его сделать что-либо или каким-то образом указывают ему, как он должен изменить стиль своей жизни.

Заболевания с доминирующим расстройством мышления

231

Больной воспринимает их как приходящие извне сообщения, при этом часто развивается качество компульсивности, когда пациент чувствует, что должен повиноваться голосу, даже если какая-то его часть осознает, что это неразумно. В прошлом, когда шизофрения могла развиваться до более тяжелых состояний, при переживании пациентом такого опыта могли наблюдаться агрессивные вспышки с его стороны.

Опыт галлюцинаций не всегда бывает только слуховым, он может быть связан с любыми органами чувств, хотя при этом заболевании слуховые ощущения наиболее распространены. Зрительные галлюцинации не так часты: они могут представлять собой явление неких фигур угрожающего типа или каких-либо искаженных форм. Часто это очень пугает больного. В редких случаях могут ощущаться обонятельные или вкусовые галлюцинации, например, пациент может верить, что его пища отравлена. Наконец, могут случаться и тактильные галлюцинации, когда больной верит, будто что-то прикасается к нему или что-то ползает по его коже. Могут быть галлюцинации, похожие на электрические разряды, когда пациенту кажется, что к нему насильственно подключили электричество окружающие его люди, скорее всего соседи; кроме того, часто, особенно у пожилых пациентов, проявляется боязнь сексуальных нападений.

Другие симптомы

Мы обсудили некоторые детали расстройства мышления, которое проявляется в виде бредового и галлюцинаторного опыта. Часто наблюдаются симптомы еще трех типов. Обычно это **изменение эмоционального состояния**, часто в виде **отупения аффекта** или **неадекватности аффекта**. В этом случае эмоции пациента не соответствуют ситуации и часто бывают поверхностными, при этом пациенты сами осознают, что ощущают какие-то вещи не так остро, как это должно быть.

Кроме того, часто наблюдается **утрата жизненного тонуса**, или жизненной энергии, когда пациент становится ленивым, вялым, не способным сконцентрироваться на обычных действиях.

По утрам он поздно встает и, в конце концов, теряет работу

232

Психиатрия

Заболевания с доминирующим расстройством мышления

233

из-за неспособности до нее добраться. Домохозяйка становится неряшливой, поскольку не может сконцентрировать свое внимание на работе. Этот аспект болезни труднее всего поддается лечению и часто сохраняется как резидуальное последствие острого заболевания.

Наконец, могут быть **симптомы, связанные с моторными функциями**. У пациента развивается **манерность** поведения или формируется деревянная походка, как будто он ходит на ходулях. Пропадает естественность и автоматизм движений, присущие здоровому человеку.

Г. И., девушка 19 лет, довольно хорошо училась в школе, закончив обычный курс и два курса повышенного уровня. Она всегда предпочитала одиночество, но тем не менее поступила в педагогический колледж. В первые два семестра дела шли успешно, но в третьем семестре она стала пропускать занятия, с трудом вставала по утрам и пренебрегала правилами личной гигиены. К началу второго года у нее появились странные привычки, она проводила много времени в одиночестве, записывая что-то туманно-философское, имеющее к ней самой очень слабое отношение. Вопрос о направлении в клинику возник, когда ее родители заметили, что она стала использовать полотенца не по назначению и не смогла разумно объяснить свои действия. Когда ее первый раз поместили в клинику, удалось выявить лишь легкое расстройство мышления, поэтому была некоторая неуверенность в диагнозе. По прошествии некоторого времени она выписалась из клиники и вернулась в колледж, но курс назначенного ей лечения так и не завершила. Второе ее помещение в клинику произошло при драматических обстоятельствах, когда у нее обнаружилась шестимесячная беременность, при этом она не смогла назвать никого, кто мог бы

быть отцом будущего ребенка. Ее привычки продолжали ухудшаться, стали повторяться случаи, когда она слышала свои мысли как бы извне, что повлияло на ее поведение. Таким образом, характерные симптомы эволюционировали на протяжении чуть более года до того, как полностью развились и стали ясно очерченными. При отсутствии лечения это привело бы к прогрессированию болезни до той ярко

выраженной формы шизофрении, которую можно было \ наблюдать еще лет 40-50 назад и которая отличалась } непредсказуемостью и импульсивной странностью поведения, уходом пациента в свой собственный сумеречный мир и неспособностью общаться с окружающими. К счастью, заболевание этой девушки хорошо отзывалось на введение инъекций пролонгированного действия, и после первого же курса лечения фенотиазинами она смогла продолжить учебу и закончить курс по специальности библиотекаря.

Простая шизофрения

Вторым типом клинической картины является та, что в 1911 году была описана Блейлером под названием простой шизофрении. И здесь проблемы начинают возникать **в возрасте поздней юности**. Такие выразительные симптомы, как бредовое мышление и галлюцинаторный опыт, не проявляются, и основным симптомом является отход прежде стабильной и усердной в работе личности от контактов с людьми, **потеря жизненной энергии и прежнего интереса к жизни**. Так, скажем, способный юноша, упорно работающий над тем, чтобы сдать школьные экзамены на аттестат зрелости, начинает пропускать занятия, небрежно выполнять школьные задания. Поначалу это можно списать на критический возраст, но с течением времени истинная природа заболевания начинает проявляться отчетливее. На более поздних стадиях могут появиться галлюцинации, однако доминирующей особенностью пациента продолжает оставаться его аутистическое удаление от окружения, а конечное состояние резидуального шизофренического дефекта такое же, как в описанных синдромах. Многие из таких пациентов становятся бродягами и скитальцами, постепенно теряя способность работать, хотя при современных методах лечения это уже не так вероятно, как прежде.

Б. Т., молодой человек 24 лет. С отроческих лет он интересовался вещами, имеющими эзотерический оттенок, тем не менее получил профессию и работал в

234

Психиатрия

течение двух или трех лет электриком. Его всегда считали надежным и заслуживающим доверия человеком. Однако с какого-то времени и на протяжении примерно полугода стали замечать ухудшение его работы. Он начал терять энтузиазм и энергию, а на расспросы отвечал, что плохо себя чувствует. Явно наблюдалось некоторое эмоциональное оупение, а его личные отношения со знакомыми девушками и друзьями стали как-то увядать. Затем он вовсе оставил работу, жил с родителями дома, проводя большую часть времени в своей комнате за прослушиванием магнитофонных записей, и стал затворником в своем доме. Потом он решил и пищу принимать у себя в комнате, а иногда целыми днями не разговаривал ни с кем из членов семьи. Наконец, родители забеспокоились, не принимает ли он наркотики, что не подтвердилось. Полное обследование не выявило никаких физических аномалий.

Молодые люди, как правило, сопротивляются помещению в клинику, и поэтому родители никак не могли решить, что делать с сыном дальше. Обычно в подобных случаях нельзя обойтись без направления в клинику, поскольку больные постепенно утрачивают не только энергию и желание что-то делать, но и желание жить. Иногда при этом развиваются более отчетливые признаки расстройства мышления. Как правило, поздние стадии заболевания плохо поддаются терапии, что было справедливым и для случая с молодым человеком до тех пор, пока не появился пимозид. На протяжении пяти лет этот юноша периодически помещался в клинику, но лишь с началом приема нового лекарства постепенно наступило реальное улучшение состояния.

Кататония

Третьим типом заболевания является кататония. Здесь доминирующей особенностью является **расстройство поведения**, хотя лежащее в основе заболевания расстройство мышления тоже присутствует. Пациенты впадают в состояние немоты и ступора,

Заболевания с доминирующим расстройством мышления

235

они не делают никаких движений и не реагируют на попытки их расшевелить. Такое поведение может чередоваться с внезапным переходом к **странной, непредсказуемой сверхактивности**, которая может быть саморазрушающей. При этом пациент сохраняет ясность сознания и часто вспоминает такие эпизоды достаточно отчетливо, когда его состояние в ходе лечения улучшается. Может проявляться **негативистское поведение**, когда пациент в явно компульсивной манере

поступает наперекор тому, что от него требуют. Может наблюдаться также состояние, называемое *flexibilitas cerea*, что в переводе означает «восковая гибкость», когда больной, принимая какую-то позу, может оставаться в ней очень долго, например, стоять с поднятой рукой после того, как врач ее так установил в ходе обследования, вместо того, чтобы опустить ее, или будет сидеть в кровати, не меняя позы, по многу часов, если ему это позволят. У нормального человека такая фиксация быстро вызвала бы усталость мышц. Поэтому санитарки, имеющие дело с пациентами, страдающими этим заболеванием в острой форме, должны быть очень внимательны, чтобы избежать определенных проблем.

Женщина 42 лет, когда ее увидели на больничной койке, сидела совершенно прямо, одна рука у нее была отставлена. Похоже было, что она сидит так уже долго, хотя у обычного человека рука быстро бы устала. Был жаркий летний день, окна открыты, но она не пошевелилась даже тогда, когда влетело какое-то насекомое и село на ее лицо. Она не сделала никакой попытки его согнать, не разговаривала и не подавала никаких подтверждающих знаков, когда с ней заговаривали. В этом состоянии она провела несколько часов, потом вдруг неожиданно вскочила с постели и бросилась к окну, которое разбила голой рукой, порезавшись при этом. Через несколько недель, когда она немного поправилась, ее попросили вспомнить этот эпизод, и она все события вспомнила очень ясно. Вспомнила, что в тот момент, когда порезала руку, она почувствовала скорее экстаз, чем боль, нечто вроде религиозного переживания.

Иногда основным проявлением болезни является частая **смена настроения**, происходящая поразительным образом. Па-

236

Психиатрия

циент может переживать ликующее настроение с дурашливой, пустой игривостью или находиться в состоянии депрессии с болезненными бредовыми идеями. Иногда поведение может носить более или менее психотический характер, когда индивидуум ведет себя откровенно аморально, недостаточно сознательно и нередко совершенно беспорядочно. Такие проявления можно спутать с маниакально-депрессивными заболеваниями или с психопатией.

При таких синдромах ключом к постановке правильного диагноза является выявление изменения личности у человека, прежде отличавшегося стабильностью поведением. Причем это изменение не совпадает с паттерном, наблюдаемым в случае, когда расстройство личности обуславливается эмоциональной депривацией и тоже приводит к расстройству поведения, но без того эксцентричного расстройства мышления, которое может проявляться при шизофрении уже с детского возраста. Более тщательное психологическое тестирование обычно выявляет нарушение абстрактного мышления и способности справляться с когнитивными тестами. Например, обнаруживается неспособность пояснить смысл пословиц и тенденция отвечать только словами, имеющими конкретный смысл. Когда расстройство мышления при шизофрении описывают как выраженную перенасыщенность мышления, это означает, что индивидуум неспособен отфильтровывать наиболее важные аспекты проблемы или воспринимаемого им сообщения, при этом его сознание становится спутанным из-за одновременного присутствия в нем вещей, которые нормальный человек исключил бы как ненужные.

Шнейдер рассмотрел проблемы постановки диагноза при заболеваниях, для которых нет еще убедительных лабораторных тестов. Он предложил считать основными симптомами шизофрении патогномоничные симптомы. К ним относятся первичный бред и определенные типы паттернов звуковых галлюцинаций, когда пациент слышит «эхо», комментирующее его действия.

Более того, при обнаружении любой спутанности мышления или ухудшения интеллекта нужно проверять, нет ли какой-либо органической причины, воздействующей на центральную нервную систему, поскольку при шизофрении таких причин быть не должно. Для этого нужно проводить дополнительные обследования, в том числе анализ крови, ЭЭГ, рентгенографию и так далее.

Заболевания с доминирующим расстройством мышления **Параноидная шизофрения**

237

I Группа шизофренических заболеваний, при которых доминирующей особенностью являются **параноидные бредовые идеи**, стоит несколько особняком. Есть некоторые свидетельства в пользу того, что здесь в основе болезни лежат специфические биохимические изменения, поскольку не так уверенно выявляются продукты аномального метаболизма, как при иных типах шизофрении. Кроме того, это заболевание обычно возникает **в среднем возрасте** и даже позже, и структура личности при этом сохраняется более устойчиво. Например, потеря жизненной энергии выражена не столь отчетливо, и если при разговоре не обнаруживается какой-либо фиксированной бредовой системы, то на неопытного наблюдателя такой пациент может произвести впечатление относительно нормального

человека.

Параноидная шизофрения обычно проявляется как **ненормальная подозрительность, убежденность индивидуума в том, что ему хотят причинить зло, как развитие идей преследования** до грандиозных размеров. Пациент верит, что сам факт преследования говорит об определенной важности его персоны. Например, убеждение пациента в том, что за ним следит полицейский, может привести к развитию идей о том, что он сам является резидентом, при этом он придает особое значение проезжающим по улице машинам либо сообщениям газет или телевидения. Все ему кажется адресованным его персоне. Пациент верит, что все это происходит потому, что он обладает какими-то, только ему известными, сведениями огромной важности или что он был избран какой-то силой, чтобы вести за собой людей. Это может перерасти в **комплекс мессиянства**, и действительно случалось, что такие люди обретали сторонников — до того момента, когда из-за странностей, связанных с болезнью, даже их сторонники начинали понимать ненормальность ситуации. Система бреда обычно связана с немецкими, русскими или китайскими шпионами или какими-то религиозными обществами, в зависимости от преобладающих интересов индивидуума, его возраста и жизненного опыта.

Бухгалтер 47 лет, вскоре после того, как первый телевизионный спутник был запущен на орбиту, начал слышать

238

Психиатрия

\ Заболевания с доминирующим расстройством мышления

239

в своей голове что-то, приходящее как бы извне. Хотя эти голоса говорили ему, что, являясь новой инкарнацией Гитлера, он должен поехать в Германию, он, вопреки логике, решает, что должен прослушивать радиосообщения со спутника. Это хороший пример разорванности мышления при шизофрении, когда два несовместимых убеждения одновременно уживаются в голове больного.

Вторичная разработка первичного бреда у больного состояла в том, что для прослушивания этих спутниковых сообщений кто-то должен во время сна имплантировать ему в ухо приемник. Следуя этим идеям, он в самом деле поехал в Германию на несколько дней, но потом вернулся в свою страну, после чего его жена, встревоженная иррациональностью поведения мужа, повела его на консультацию к врачу.

Женщина 48 лет стала верить — возможно, вследствие переживания каких-то вкусовых галлюцинаций, — что кто-то отравляет ее пищу. До своей болезни она была энергичным функционером консервативной партии в небольшом городке, теперь же ей казалось, что члены социалистической партии пытаются от нее избавиться в отместку за ее политическую деятельность. Со временем она начала верить, что мистер Хит, тогдашний премьер-министр, влюблен в нее, и стала писать ему любовные послания. В качестве доказательства того, что премьер-министр ответил на ее любовь, она показывала письмо со штампом Палаты Общин. Когда ее уговорили показать содержание письма, то оказалось, что это одно из обычных писем, рассылаемых партийным работникам после выборов, с благодарностью за их работу по успешному проведению избирательной кампании.

Парафрения

Это заболевание лучше всего определить как шизофрению, появляющуюся у людей старческого возраста. Так же, как и при

I параноидной шизофрении, личность больного остается неповрежденной, а такие генерализованные симптомы расстройства, как бред, бывают у больных более молодого возраста, страдающих I гебефренией, здесь обнаруживаются редко. I Обычно развивается фиксированная бредовая система, как правило, типа идеи преследования, что часто сопровождается галлюцинациями, связанными с любыми органами чувств, включая осязание и обоняние. Часто такие больные бывают тугоухими.

Типичным пациентом может быть пожилой человек, верящий, что его соседи прокрадываются в его владения или вламываются в дом, либо что жилец, нанимающий верхний этаж, или вор-взломщик в мансарде мешает ему жить (возможно, это как-то связывается с сексуальными устремлениями), используя для этого электрические разряды, идущие по размещенным в настиле пола проводам, либо что-то еще в этом роде. Иногда такой бред является следствием неправильной интерпретации реальных ощущений тела, возникающих, например, при ревматизме. Если расстраивается ощущение вкуса, то старый человек может верить, что пища его отравлена, и отказываться от нее. Если вовлекается обоняние, то такой больной считает, что где-то идет утечка газа или что соседи специально провели трубки через стенку, чтобы подводить к его жилищу отравляющие испарения. Такие престарелые люди могут очень досажать полиции или соседям

своими постоянными обвинениями или агрессивным поведением, обусловленным их бредовыми идеями. Они часто выступают с необоснованными жалобами и могут даже начать какие-то активные действия против тех, кого подозревают, становясь агрессивными по отношению к тем, кого считают своими преследователями. Поскольку парафрения является психотическим заболеванием, пациент теряет способность к самооценке, и простые увещания не идут ему на пользу. Всегда важно помнить, что проявление таких симптомов у старого человека может либо свидетельствовать о чистой парафрении, либо предвещать развитие деменции с повреждением памяти и интеллекта, что мы будем рассматривать в одной из последующих глав.

Пожилая леди жила в доме, где расположены квартиры для стариков. Она начала верить, что проживающая

240

Психиатрия

этажом ниже старая женщина проникает к ней в квартиру с помощью подделанного ключа и делает там что-то злое, пока хозяйка отсутствует. Ей кажется, что соседка перемещает вещи в квартире и оставляет на ее мебели маленькие царапины. Ее проблемы не исчезают и после смены замка в двери. Она начинает считать соседку каким-то демоном. В конце концов такие мысли овладевают ею настолько, что она спускается по лестнице и бьет соседку сковородой по голове.

До недавнего времени парафрения плохо поддавалась лечению. К счастью, некоторые из новейших лекарств, появившиеся в последние несколько лет, в особенности галоперидол и пимозид, позволяют значительно успешнее контролировать это заболевание. Правда, довольно трудно убедить пожилых, обычно одиноких людей, после выписки из клиники продолжать прием этих лекарств.

Паранойя

Достаточно древний термин **паранойя** был использован Крепелином в его классификации. От этого слова произошло прилагательное **параноидный**. Но сегодня этот термин удобно использовать для обозначения одной интересной группы довольно редких синдромов, общим свойством которых является то, что они являются моносимптоматическими психозами, то есть при этих заболеваниях развивается одна фиксированная идея, часто содержащая элемент преследования, которой пациент иррациональным образом придерживается непоколебимо, несмотря на противоречащие ей свидетельства. Отличие этих состояний от параноидной шизофрении или парафрении состоит в том, что в своем чистом виде паранойя не прогрессирует по направлению к шизофреническому типу болезни с генерализованным типом расстройства мышления, галлюцинациями и распадом личности.

Многие из этих фиксированных бредовых идей получили особые названия, обычно по имени описавшего ее человека. Описанием некоторых редких форм болезни особенно интересно-

Заболевания с доминирующим расстройством мышления

241

вались психиатры Франции. Есть вероятность, что во многих случаях в основе развития некоторых из этих паттернов поведения, состоящих в неправильном распознавании реальности и расстройстве мышления, лежат определенные нарушения метаболизма моноаминов, хотя все в мире взаимосвязано, и в некоторых случаях какие-то внешние события могут приводить к развитию так называемого реактивного психоза.

¹ Вероятно, самым распространенным видом паранойи является синдром Отелло. Он получил свое название от имени Отелло из пьесы Шекспира и относится к человеку, у которого развилась фиксированная идея о супружеской измене. Хотя неверность такого рода, конечно, случается в жизни, страдающие синдромом Отелло развивают в своей голове причудливую фиксированную картину, связанную с изменой партнера, причем обычно это происходит без особых на то оснований, когда никакой недозволенной связи не было. У части пациентов этот синдром может быть связан с ощущением своей сексуальной или иной неполноценности, при этом в попытках обнаружить доказательства совершенного партнером преступления они могут заходить очень далеко — например, порядок расположения молочных бутылок на ступеньке черной лестницы могут принимать за послание предполагаемому любовнику. Страдалец убегает с работы днем и требует разобрать постель или исследует нижнее белье, чтобы найти там следы недавней сексуальной активности. В попытках обнаружить сговор он может применить физическую силу и даже совершить убийство. Свидетельством того, что это именно психоз, а не обычная ревность, может служить эксцентричность и все возрастающая абсурдность приводимых доказательств, а также общая утрата пациентом способности воспринимать разумные аргументы.

Мужчина 45 лет, страдая некоторой степенью импотенции, не удовлетворял свою жену в качестве любовника. Он отличался низкой самооценкой, не мог получить хорошо оплачиваемой работы, в то время как его жена, будучи физически более крепкой, успешно работала секретаршей. Постепенно у него начала формироваться идея о том, что у его жены роман с человеком, живущим в доме, примыкающем к их саду. В действительности не было никаких свидетельств измены, но он исходил из такого странного

Забоевания с доминирующим расстройством мышления 243

\ любовных отношениях находится какая-то важная персона, на\ пример, поп-звезда или член королевской семьи, и докучает им (письмами и телефонными звонками, веря, что этот человек вот-вот придет, не обращая внимания на то, что сам он состоит в эраке. В доказательство своему утверждению такой пациент •южет показывать какую-нибудь корреспонденцию, например, обычное официальное письмо, чаще всего расписку в получении гисьма с какой-нибудь фразой вроде «дело принято к рассмот- {ению» или еще какое-нибудь сообщение на официальном языке социальной службы. И это письмо пациент носит везде как доказательство любви премьер-министра! Часто такие больные оказываются в полиции из-за поступающих туда жалоб людей на их поведение. Эти синдромы называются соответственно **симптомом Фреголи и синдромом Клерамбо**.

Следующими заболеваниями, подпадающими под общее название паранойи, являются **моносимптоматические ипохондрические психозы**, при которых развивается фиксированный бред, часто длящийся многие годы, когда пациент считает, что у него есть какое-то физическое заболевание, не замеченное медицинскими экспертами. Часто такие пациенты довольно агрессивно ведут себя по отношению к медикам-консультантам, пытающимся успокоить их, убеждая, что их организм в порядке. Фиксированную бредовую систему нужно отличать от менее тяжелой простой ипохондрической фобии, которая встречается у больных неврозами.

Эти моносимптоматические ипохондрические психозы могут проявляться по-разному — например, может быть бред заражения кожи какими-то насекомыми или бред поражения внутренними паразитами типа червей. Бывает дисморфофобический бред, когда пациент убежден в своем уродстве или настойчиво утверждает, что у него неправильная форма тела или каких-то частей тела, несмотря на явные свидетельства обратного. Аналогичные типы бредового расстройства восприятия пациентом образа своего тела встречаются при некоторых состояниях, известных как психическая анорексия, а также в некоторых случаях с трудом поддающихся лечению хронических болей. Иногда пациенты верят, что от них дурно пахнет, и это чувствуют окружающие, или что они распространяют вокруг себя некую сексуальную ауру, которую воспринимают находящиеся рядом с ними люди.

242

Психиатрия I

доказательства, что с помощью определенного порядка расположения пустых бутылок из-под молока у двери на черную лестницу и других столь же тривиальных вещей она указывает соседу на свою готовность к запретной любовной связи. В конце концов этот человек убил свою жену, добываясь признания в сговоре с помощью шарфе, обернутого вокруг шеи жены. Его ответственность была сведена к непреднамеренному убийству, поскольку он не мог вполне отвечать за свои действия вследствие психического расстройства; после суда он был помещен в Брод-мурскую клинику.

Другие примеры таких синдромов описаны в книге Инока и Тритоуэна «Редкие психиатрические синдромы» (Enoch and Trethowen. Uncommon Psychiatric Syndroms). К ним можно отнести интригующий **синдром Капра**, известный как «бред двойников», когда пациент уверен, что его партнера подменил какой-то самозванец. Шизофренический элемент такого образа мыслей проявляется в том, что пациент заходит очень далеко в попытках убедить людей, будто человек, с которым он живет, был заменен другим. Он, например, пишет письма министру внутренних дел и надоедает полиции просьбами найти утерянного партнера, приводя совершенно тривиальные «доказательства» того, что поведение двойника несколько отличается от поведения его настоящего партнера. Пациент допускает, что сходство двойников и в самом деле поразительное, при этом, будучи полностью уверенным в том, что имеет дело с самозванцем, он продолжает жить с ним, деля постель. Иногда такие заболевания переходят в ярко выраженную шизофрению, хотя, как правило, остаются в рамках этой *forme fruster**.

При другом, аналогичном этому, синдроме пациент может верить в то, что незнакомый прохожий на улице является на самом деле его супругом или какой-то важной персоной, например, премьер-министром, — то есть и здесь наблюдается неправильное распознавание. Такие люди могут стать небезопасными, заговаривая с незнакомыми пешеходами на улицах, не веря им, когда те

отказываются быть теми, за кого их принимает больной. В других случаях больной может верить, что с ним в

* необработанная форма (франц.)

244

Психиатрия

Хотя каждый из этих синдромов встречается довольно редко, суммарное количество больных паранойей предположительно составляет около 5 процентов от всех психозов. Возраст больных/ может быть самым разным, хотя для мужчин это будет преимущественно около 40 лет, а для женщин — около 60. Заболеваемость не зависит от пола пациентов и примерно одинакова по всему миру. При отсутствии лечения это заболевание может быть очень устойчивым и не поддается психотерапии. К счастью/, сегодня во многих случаях эффективно лечение пимозином¹, орально или с помощью инъекций пролонгированного действия.

Резидуальная шизофрения

В прошлом оставленная без лечения шизофрения постепенно развивалась в состояние псевдодеменции, чем и объясняется ее старое название *dementia praecox*. Это состояние характеризуется прогрессирующим расстройством личности и интеллекта с полной потерей жизненной энергии, эмоциональной неадекватностью и отупением. На эти расстройства накладываются последствия долгого проживания в клинике (последствия того же типа, какие бывают у долго находившихся в заключении осужденных). Это приводит к «растительному» состоянию, когда пациенты полностью отключаются от реальности и живут в мире фантазий, следуя простой ежедневной рутине, находясь обычно в закрытых палатах с двориками для прогулок, где они могут делать свой моцион. Следствием такого состояния может быть, например, непременная мастурбация на глазах у всех и полная потеря способности осознавать асоциальность своих проступков, в результате чего у многих людей создается впечатление, что моральная распущенность стала причиной заболевания этих пациентов, тогда как на самом деле она является следствием заболевания.

Б. С. была постоянной пациенткой психиатрической клиники на протяжении примерно 27 лет. Она достаточно хорошо адаптировалась к замкнутой обстановке клиники, хотя пренебрегала личной гигиеной, если ей об этом не напоминали санитарки, и отличалась несколько эксцент-

Заболевания с доминирующим расстройством мышления 245

ричным поведением. Она не проявляла никакого интереса к возможности выйти в город, к посещениям друзей и родственников. В разговорах с ней, если затрагивались обычные для нормальных людей темы, не было явных свидетельств бредовых идей, но если кто-то начинал спрашивать о ее родителях, она тупо и без эмоций повторяла, что ее отец был царем мира и жил в Константинополе, что она сама говорит на всех языках мира и что у нее около 40 детей от разных работников клиники мужского пола.

Неадекватность шизофренического мышления проявлялась в том, что, придерживаясь таких бредовых убеждений, она в то же время готова была оставаться в психиатрической палате без принуждения и сотрудничать с работниками клиники, выполняя какую-то несложную работу, например, мытье посуды или помощь на кухне.

В случае примерно 70 процентов пациентов, оканчивающих свою жизнь подобным образом, эта болезнь вызывала страх у их родных и у самих пациентов, пока на ранних стадиях у них еще сохранялась способность самооценки. Подобно раку, это заболевание приговаривало больного к ужасному концу.

Прогрессирование заболевания к псевдодеменции в подавляющем большинстве случаев сейчас можно остановить с помощью новых методов лекарственного лечения шизофрении, а также благодаря пониманию необходимости избегать хронического пребывания пациентов в клинике и вследствие введения более разумного распорядка дня при госпитализации (причем помещение в клинику сейчас используется преимущественно для лечения острых симптомов, когда назначается лекарственная терапия). Однако, если случаются частые рецидивы болезни, и сама болезнь протекает тяжело, переходя в так называемую резидуальную шизофрению, конечный результат остается прежним. Теоретически таким должен быть конец любой шизофрении, но особенно это справедливо для гебефренического типа. Острые симптомы бреда, галлюцинаций и т.д. сегодня вылечиваются, но у пациентов остается ощущение упадка жизненных сил, эмоционального отупения, которое может длиться после окончания острых приступов месяцами. Это тот аспект заболевания, который труднее всего поддается обычному лекарственному лечению и требует интенсивной реби-

246

Психиатрия

литации с обязательным условием, чтобы пациенты следовали/ ежедневному распорядку дня,

пока не улучшится их состояние. ¹

Результаты таких расстройств острее всего ощущаются во взаимоотношениях пациентов с их друзьями и родственниками, которые в этом случае должны понимать, что пациенты неспособны к глубоким переживаниям. Часто недостаточно чуткие родные или те, кому не разъяснили должным образом особенности заболевания пациента, видят в его симптомах просто лень и перестают за ним ухаживать.

Нужно продолжать интенсивно изучать социальное окружение шизофреников как во время их пребывания в клинике, так и после выписки. Ухудшению состояния больного и рецидивам болезни можно противостоять двумя путями: долговременным медикаментозным лечением и помощью в налаживании социальных контактов больных после их выписки. Эти факторы взаимосвязаны между собой, причем было установлено, что частота рецидивов наиболее высока в тех семьях, где наблюдается враждебность и командный тон родных по отношению к живущему с ними больному, где велика степень эмоционального вовлечения последнего. Риск рецидивов возрастает с увеличением времени контактирования пациента с людьми, которые для него наиболее важны, особенно когда это время превышает 35 часов в неделю.

Отчеты об исследованиях психических реакций пациентов подтверждают вредное воздействие на них семей с высоким уровнем эмоциональной напряженности в отношениях, при этом наблюдаются заметные сдвиги метаболизма, вызывающие повышение уровня возбуждения коры головного мозга больных. Так, у пациентов, возвращающихся после клиники в эмоционально заряженное окружение и прекращающих прием лекарств, вероятность рецидива возрастает почти до 90 процентов, в то время как в эмоционально нейтральной среде с продолжением приема лекарств рецидивы составляют только 15 процентов. Если пациенты попадают в эмоционально напряженное окружение, но продолжают прием лекарств, частота рецидивов составляет 53 процента, а для тех, кто прекратил прием лекарств, но живет в эмоционально нейтральной среде, эта вероятность равна 42 процентам. Цифры взяты из сообщения Дж. П. Леффа, опубликованного в «British Medical Journal» за 19 июля 1980 года.

Заболевания с доминирующим расстройством мышления

247

Эти статистические данные говорят о том, что больным шизофренией требуется, по возможности, спокойное окружение и тщательное наблюдение после выписки, чтобы была гарантия того, что пациент будет принимать лекарства на протяжении многих лет даже при хорошем самочувствии. Важность соблюдения этого условия состоит в том, что каждый рецидив приводит ко все более отчетливым проявлениям распада личности, существенно уменьшая таким образом шансы на полное выздоровление.

Лечение

Лечение шизофрении в принципе одинаково для всех ее разновидностей и базируется на применении новых химических соединений, известных как фенотиазины, первым из которых был уже упоминавшийся нами хлорпромазин. Это соединение сыграло в истории психиатрии важную роль, поскольку было первым из фенотиазиновых лекарств, получивших широкое распространение и оказавшихся эффективными для лечения шизофренических расстройств. Однако хлорпромазин дает целый ряд нежелательных побочных эффектов, наиболее сильным из которых является седативное воздействие. Седативный эффект может быть полезным на ранних стадиях острых эпизодов, но он не помогает во время реабилитации при резидуальных состояниях. К другим основным особенностям этого препарата относится необходимость защиты принимающих препарат пациентов от солнца, когда они выходят за дверь помещения, поскольку повышается фоточувствительность кожи. Кроме того, иногда у пациентов в результате токсического действия препарата на печень развивается желтуха. Более новые фенотиазины не имеют этих недостатков, поэтому предпочтительно назначать именно их. Разумный выбор среди имеющихся фенотиозинов можно сделать только на основании практики, а появление инъекций, дающих пролонгированное облегчение состояния, сделало возможными отлучки пациентов из клиники на четыре-шесть недель, поэтому инъекции могут использоваться для лечения амбулаторных больных и тех пациентов, которые склонны забывать о своей болезни и необходимости приема таблеток в нужное время.

248

Психиатрия

Лекарства фенотиазиновой группы в основном используются для лечения расстройств мышления при шизофрении, облегчая состояние бреда или галлюцинаций. Их лечебный эффект, по-видимому, связан с воздействием на метаболизм моноаминов в пределах мозга, преимущественно с коррекцией аномальных путей метаболизма, хотя их значение еще не выяснено в полной мере. В главе 5 мы цитировали результаты многих исследований, касающихся этого аспекта этиологии, в частности обсуждалась связь этих лекарственных средств с моноаминами, действующими в качестве нейрого르몬ов в центральной нервной системе, когда

каждое из рассматриваемых химических соединений контролирует свой аспект функционирования мозга. Приводились также результаты исследований таких галлюциногенных наркотиков, как мескалин и ЛСД, которые вызывают симптомы и изменения функций, очень похожие на те, что бывают при шизофрении, то есть и здесь можно говорить о том, что эти вещества /воздействуют на метаболизм моноаминов.

Однако фенотиазины мало пригодны для лечения проблем, связанных с понижением жизненного тонуса. Недавно была открыта группа лекарств, аналогичных фенотиазинам, — **тиок-сантины**. Можно предполагать, что они воздействуют на иные функции моноаминов в центральной нервной системе, а именно влияют на **допамин**, и более эффективны для повышения жизненного тонуса пациентов и облегчения их резидуального эмоционального отупения. Имеются также инъекции этих препаратов с пролонгированным действием.

Параноидная шизофрения и заболевания группы парафрении в целом не очень хорошо отзываются на лечение фенотиазинами — возможно, потому, что эти заболевания имеют несколько иную природу. В этих случаях, и особенно при парафрении, более эффективна другая группа лекарств, а именно **бутирофеноны**, но и здесь для наиболее эффективного восстановления нормального потенциала пациентов в обществе необходимо в процессе лечения находить необходимое сочетание медикаментов.

Лекарственная терапия является основным способом лечения данного заболевания, и ее нужно продолжать по крайней мере год после исчезновения симптомов, хотя некоторые утверждают, что небольшую поддерживающую дозу нужно давать-пациенту много дольше этого срока, подобно тому, как про-

Заболевания с доминирующим расстройством мышления 249

дится терапия, скажем, анемии, диабета или эпилепсии, где для предотвращения дальнейшего разрушения организма важно избегать рецидивов заболевания. Если дефект метаболизма присутствует на протяжении всей жизни пациента, то и коррекция этого дефекта тоже должна продолжаться всю жизнь.

Однако в дополнение к лекарствам при тех формах шизофрении, когда отмечается выраженный эмоциональный компонент расстройства или имеется расстройство поведения — особенно при гебефрении и кататонии, — все еще эффективной может быть электросудорожная терапия. В прошлом в случае острых проявлений болезни с некоторым успехом применялось лечение с помощью инсулиновой комы, но теперь этот метод заменен электросудорожной терапией (ЭСТ). В сочетании с лекарственной терапией хорошо провести курс ЭСТ примерно из восьми-двенадцати процедур, по две в неделю на протяжении четырех-шести недель. В этом случае улучшение состояния происходит намного быстрее, и продолжительность пребывания пациентов в клинике сокращается.

Психотерапия сама по себе неэффективна при шизофрении, а методы поведенческой терапии, наверное, можно использовать только при резидуальной шизофрении, когда пациенту желательно помочь заново научиться поведению в обществе и устранить паттерны антисоциального поведения, чтобы он смог вернуться к жизни в обществе.

Реабилитация

Жизненно важно поддержать и ободрить пациентов, выздоравливающих после таких болезней, чтобы они могли **восстановить социальные контакты и навыки работы** с помощью программ трудовой и производственной терапии или каких-то иных методов реабилитации и чтобы они снова не попадали в клинику, как это часто бывало в прошлом, или не стали пленниками вторичных проблем, которые ослабляют пациента не меньше, чем само заболевание. С этой целью психиатрические отделения посвящают достаточно много времени именно таким программам, которые являются столь же необходимой частью лечения, как лекарственная терапия или уход за больными. Более того, реали-

250

Психиатрия

Заболевания с доминирующим расстройством мышления

251

зация этих программ должна переноситься непосредственно в общество через использование дневных стационаров и общественных центров. Кроме того, нужно оказывать помощь семьям пациентов для решения некоторых проблем, связанных с остаточными явлениями заболевания, и делать это нужно с полным сочувствием к пациентам. Для уменьшения распространенности рассматриваемых заболеваний свою роль должны сыграть отделы социального обслуживания,

лечащие врачи, районные медсестры с опытом ухода за психически больными, общественные медсестры, имеющие такой опыт, и консультанты-психиатры амбулаторных отделений. В некоторых случаях пациентам проще жить не на попечении своих родных, а снимать квартиру или жить в гостинице, где эмоциональная атмосфера, как правило, спокойнее.

Достижением последних лет можно считать то, что благодаря облегчению симптомов за счет лекарственной терапии пациенты могут теперь принимать участие в тех программах реабилитации, которые ранее им были недоступны вследствие расстройства их поведения. В наше время люди не должны бояться диагноза шизофрении, поскольку современные способы лечения этого заболевания настолько же эффективны, как скажем, лекарства, применяемые при диабете или злокачественной анемии.

Прогноз

В наши дни прогноз в отношении исхода шизофрении в случае первого ее приступа можно считать благоприятным. Причем прогноз лучше, когда заболевание начинается остро и когда имеется выраженный аффективный компонент заболевания. Прогноз менее благоприятен при постепенно развивающейся гебефрении и простой шизофрении с явно выраженным упадком жизненного тонуса и эмоциональным отупением. Хотя остаточные симптомы могут не позволить пациенту вернуться к его обычным занятиям, все же в большинстве случаев использование инъекций фенотиазинов или их аналогов пролонгированного действия, а также более ясное понимание потребностей таких пациентов в период реабилитации сделало исход заболевания намного более благоприятным. Для тех, у кого в дальней-

шем не наблюдается новых приступов болезни, возможно восстановление нормального образа жизни на протяжении примерно трех месяцев со времени начала болезни.

Но и для того меньшинства пациентов, которые страдают от рецидивов заболевания или плохо поддаются лечению, будущее выглядит определенно лучше, чем это было в прошлом. Теперь доля тех, кто остается в клинике для длительного лечения, существенно уменьшилась. Некоторые пациенты этой группы могут выполнять какую-то несложную работу в щадящих условиях. Такие условия можно создавать за счет организации дневных стационаров или центров и расширения сети гостиниц, подчиненных местным властям, — тем самым можно уменьшить количество пациентов, содержащихся в клиниках, куда они теперь могут поступать лишь время от времени для реабилитации.

В клиниках и теперь остается определенный контингент постоянных пациентов, состоящий из тех, кто заболел шизофренией много лет назад, до появления новых методов лечения. Они остаются в клиниках либо потому, что страдают остаточными симптомами заболевания, мешающими им жить в обществе, либо из-за последствий эффекта долгого пребывания в клинике, а также потому, что все их друзья и близкие просто забыли о них за эти долгие годы. Для реабилитации этих пациентов необходимо задействовать возможности клиники, в частности следует использовать такие методы, как производственная терапия, с помощью которой пациенты могут заново учиться выполнять работу по обычному распорядку дня, что формирует побудительные мотивы для начала активной социальной реабилитации.

С течением времени численность этой особой группы пациентов уменьшается вследствие того, что она, за редким исключением, уже не пополняется новыми членами. К тому же эти пациенты стареют в стенах клиники, и многие из них сейчас находятся в пенсионном возрасте.

Сокращение потребности в стационарном лечении шизофрении, которое произошло в последнее десятилетие, привело к тому, что министерство здравоохранения и социальной защиты, вдохновляемое некоторыми слишком наивно-оптимистическими сообщениями в журналах, издало ряд рекомендаций о сокращении количества коек в психиатрических отделениях почти до 0,5

252

Психиатрия

мест на 1000 жителей и о том, что долговременные пациенты клиник теперь должны проживать в обществе.

Действительно, многие из этих пациентов с помощью разнообразных видов общественной помощи смогли бы жить в таких условиях, то есть у себя дома или в гостиницах. Но стоимость оборудования всех этих небольших отделений или общественных домов вместе с затратами на содержание персонала может не позволить реализовать эти намерения. Более того, сама полезность этих действий сомнительна, поскольку те, кто на протяжении долгих лет проживал в условиях клиники, уже успели найти там друзей, обрести чувство безопасности; там они обеспечены цветными телевизорами и трехразовым питанием, а также некоторым подобием

социальной жизни, насколько это позволяют условия клиники, и поместить их вместо этого в слишком большой для них мир города, который часто ограничивает социальные контакты пациентов, было бы негуманным. Оказавшись среди так называемых нормальных людей, эти пациенты, имеющие перечисленные выше ограниченные возможности адаптации, привыкшие к более толерантному окружению клиники и страдающие резидуальными отклонениями в поведении, будут ощущаться обществом как больной палец.

Более того, мы ведь еще не знаем, как будут складываться события дальше, в течение тех долгих лет, которые еще предстоит прожить пациентам, поддерживаемым умеренными дозами лекарств. Может быть, удастся усовершенствовать лекарственную терапию и распознать пока неизвестные причины многих заболеваний, что позволит улучшить методы лечения, а может мы станем свидетелями того, как многие пациенты постепенно будут выходить из-под контроля, и их придется вновь поместить в клинику, потому что умерли их родственники или по той причине, что при достижении пенсионного возраста они не смогут ухаживать за собой.

Если подтвердится последнее, то при сокращении коек в психиатрических клиниках до минимума, что уже сейчас создает определенные трудности для лечения пациентов и ухода за ними, потребуется срочно пересмотреть принятые решения. Наблюдение последствий того, что произошло в общине Мидлсбро, куда были перемещены такие хронические пациенты, о чем мы будем

Заболевания с доминирующим расстройством мышления

253

говорить в главе 22, должно произвести отрезвляющее впечатление на тех, кто желает быть причастным к этой программе.

Литература

Coppen, A., and Walk, A., *Recent Developments in Schizophrenia*, Headley Bros., Ashfold, Kent, 1967.

Hemmings, G. W., *The Biochemistry of Schizophrenia and Addiction*, M. T. P. Press, Lancaster, England, 1980.

Hirsch, S. R., and Leff, J. P., *Abnormalities in Parents of Schizophrenics*, Maudsley Monograph 22, Oxford University Press, British Institute of Psychiatry, 1975.

National Schizophrenic Fellowship, *Living with Schizophrenics by the Relatives*, The Fellowship, 1975.

Schneider, K., *Clinical Psychopathology* (5th edn), Grune and Stratton, New York and London, 1958.

Wing, J. K. et al., *The Industrial Rehabilitation of Long-Stay Schizophrenic Patients*, Medical Research Council Memorandum No. 42, HMSO, London, 1964.

Вопросы

1. Каковы характеристики шести основных типов шизофрении?
2. Что такое параноидная шизофрения?
3. Каковы доказательства существования генетических причин шизофрении в отличие от роли факторов окружения?
4. Какие типы галлюцинаций наиболее распространены?
5. Каково магистральное направление лечения этих заболеваний в настоящее время?
6. Что такое резидуальная шизофрения?
7. Если вы знакомы с человеком, страдающим шизофренией, то попытайтесь поговорить с ним и отметить те проблемы, которые у него возникают в процессе мышления.
8. Имеется ли в вашей районной клинике отделение производственной терапии?

Заболевания с доминирующими аффективными расстройствами 255

11 Заболевания с доминирующими аффективными расстройствами

Краткая характеристика

Аффект можно определить как преобладающее и устойчивое состояние эмоций или настроения. К аффективным расстройствам настроения относятся депрессия, эйфория, тревога и агрессия или

гнев. При психозах расстройство настроения находится в континууме эйфория — депрессия.

Классификация

Выделяются три основных типа психозов: монополярная депрессия, биполярная депрессия и монополярная мания, или гипомания. Отличительной особенностью биполярных заболеваний является наличие чередования сдвигов настроения у одного и того же пациента в разные моменты времени в сторону депрессии или эйфории.

Распространенность

Распространенность психозов составляет примерно 2 процента от популяции в целом. Примерно 75 процентов из них составляет тип монополярной депрессии. Когда психоз протекает не очень тяжело, бывает сложно отличать его от невротической депрессивной реакции. Монополярная мания встречается редко.

Этиология

Как и в случае шизофрении, здесь имеются явные свидетельства присутствия генетической предрасположенности, причем степень ее различна для монополярной и биполярной групп — для последней характерно более сильное влияние генетического фактора. Для обеих групп имеются свидетельства наличия биохимических изменений внутри нервных клеток и в метаболизме моноаминов. Кроме того, исследования говорят о том, что факторы окружающей среды могут играть роль пусковых механизмов для возникновения болезни.

Симптомы

Как и при любых психотических заболеваниях, при тяжелых формах психозов может наблюдаться потеря способности к самооценке. Преобладающими симптомами являются изменения настроения, причем в депрессивной фазе у пациента могут возникать болезненные мысли и идеи, связанные с комплексом неполноценности, а в фазе гипомании наблюдается эйфория и ликование. Расстраивается способность к концентрации. Кроме того, могут появляться тревожность, расстройство сна с ранними пробуждениями, резкие суточные колебания настроения, ослабление либидо и общего интереса к жизни. В фазе депрессии проявляются психосоматические симптомы и ипохондрия, и, кроме того, может возникать нарушение мышления или психомоторное возбуждение. В фазе гипомании наблюдается затрудненность речи, скачка идей и психомоторное возбуждение. Это состояние часто сопровождается дурашливым поведением и странными ассоциациями. В фазе депрессии присутствует риск суицида, что особенно важно учитывать окружающим.

Лечение

Для депрессивной фазы стандартным способом лечения, при котором болезнь отступает, остается использование антидепрессантов, а в наиболее тяжелых случаях применяют электросудорожную терапию. В фазе мании обычно эффективно лечение фенотиазинами или бутирофенонами, а в тяжелых случаях также можно рекомендовать электросудорожную терапию. Для тех, кто страдает частыми рецидивами присущих биполярной форме смен настроения, в целях профилактики иногда назначают препараты лития. Психотерапия при лечении аффективных заболеваний дает мало пользы.

256

Психиатрия

Заболевания с доминирующими аффективными расстройствами 257

Исход

В наше время прогноз для лечения единичных приступов болезни превосходен, и расстройство в большинстве случаев можно преодолеть за две-три недели. Можно предполагать и полное выздоровление, однако современные методы лечения, за исключением, возможно, лития, не гарантируют от рецидивов в какие-то моменты последующей жизни больного. Примерно у 50 процентов больных наблюдаются повторные приступы, которые вновь можно успешно лечить, но, как это бывает при многих иных болезнях, природа заболевания такова, что следует ожидать его рецидивов в последующей жизни пациентов.

Описание

Прежде чем приступить к описанию собственно психозов, наверное, следует обратить внимание на использование термина *депрессия* в более широком смысле. Слово депрессия мы часто употребляем в повседневной речи, имея в виду чувства уныния или печали, возникающие в ответ на какие-то события нашей жизни. В этом контексте слово депрессия употребляется для

определения чувства или симптома, но не заболевания. То есть наблюдается ситуация, сходная с употреблением слова «кашель», когда нужно сказать, что с человеком что-то случилось, а не указать диагноз или заболевание. Кашель может быть нормальной реакцией на присутствие какого-то раздражающего вещества в комнате, например, дыма. Это может быть нервная привычка, следствие инфекции в верхних дыхательных путях или симптом какого-то серьезного заболевания легких, например, туберкулеза или рака. Можно различать типы кашля по звуку, однако для выяснения серьезности положения необходимы иные методы исследования. То же и с депрессией. Этот симптом может служить просто показателем давления, оказываемого на человека окружающей средой, но может указывать и на более глубокие внутренние нарушения функционирования. То есть в разговоре с пациентом желательно избегать использования терминов депрессия или депрессивное заболевание, поскольку немедленно возникает реакция типа: «Но, доктор, у меня нет причин для депрессии». Хотя если у пациента болит живот и есть подозрение на аппендицит, он не скажет: «Но, доктор, у меня нет причины для аппендицита».

Таким образом, мы можем классифицировать депрессию как симптом, проявляющийся как (1) реакция здорового человека на стресс, вызванный его окружением, например, реакция на тяжелую утрату, (2) гиперреакция невротической личности на те стрессы, с которыми другие люди обычно справляются (эту группу расстройств мы рассмотрим в следующей главе), (3) симптом, связанный с другими органическими расстройствами или заболеванием организма общего характера, в частности с аномалиями гормональной системы или метаболизма, как, например, при микседеме, либо сопровождающий действие некоторых лекарств, и (4) частый и широко распространенный симптом при аффективных психозах как монополярного, так и биполярного типа. Эти четыре группы мы и рассмотрим в этой главе.

Больные часто говорят, что расстройство настроения при психотическом депрессивном состоянии качественно отличается от обычной депрессии. Оно создает ряд эффектов по всему диапазону личности и отличается от депрессивных реакций на внешние воздействия, которые пациенты могли переживать в прошлом. Депрессия при аффективных психозах возникает непредсказуемым образом, причем ее глубина и тип несравнимы с обычным дискомфортом.

Суицид

Как отмечал Стенгель, нужно различать два типа суицидных актов. В первом случае это серьезная попытка умереть. Обычно она тщательно подготовлена и часто намеки на намерение находящегося в депрессии человека можно заметить за несколько дней до определенного им срока. Такие попытки нередко бывают успешными.

Во втором случае, иногда определяемом как парасуицид, суицидные жесты могут иметь вид переусердствования или намерения покалечить себя, часто под влиянием минуты, что обычно характерно для невротической личности с депрессивными реак-

9 Зак. № 453 Хэзлем

258

Психиатрия

циями или индивидуума с незрелой личностью. Чаще всего такие эпизоды по своей природе являются криком о помощи и к смерти приводят редко. Конечно, предугадать исход в обоих случаях сложно, потому что человек не знает точно, какая доза еще не смертельна, и может ошибиться в обе стороны. Парасуицид в среднем происходит примерно в десять раз чаще, чем первый тип суицида.

При психотических заболеваниях, как правило, суицид бывает истинным, особенно на фоне депрессии. Парасуицид чаще имеет место при тех заболеваниях, которые мы будем обсуждать в следующей главе, то есть при депрессивных реакциях, отмечающихся при неврозах.

При аффективных психозах смерть от суицида является реальной опасностью. При таких заболеваниях примерно 20 процентов больных делает попытку убить себя, причем примерно в 10 процентах случаев попытки приводят к смерти. Успешными попытки суицида чаще бывают у мужчин, чем у женщин, а при парасуициде, представляющем собой нечто вроде обходного пути, соотношение обратное. Приведенные цифры несколько варьируют в зависимости от наличия необходимых средств. Переход на натуральный газ привел к уменьшению количества самоубийств, такой же эффект оказало повышение контроля за лекарствами на основе барбитуратов. Тем не менее, в Британии делается примерно 60 000 попыток суицида в год. Это означает, что в среднем в районную клинику за неделю попадает до десяти покушавшихся на свою жизнь людей.

Частота попыток суицида меняется в зависимости от обстоятельств общественной жизни, причем

она падает во времена войн и иных социальных потрясений. Она меньше в романских странах с преимущественно католическим вероисповеданием, и это отражает не столько тот факт, что у людей в этих странах реже возникает желание себя убить, сколько то, что следователи предпочитают записывать в своих заключениях какую-то иную причину смерти, вместо самоубийства, поскольку церковь рассматривает акт суицида как греховный и недозволенный. Вероятно, такие организации, как общество самаритян, стараются помочь тем, кто склонен к самоубийству, оказывая им поддержку, однако они мало могут повлиять на частоту суицида при психотических заболеваниях, поскольку такие больные с этими обществами обычно не контактируют.

Заболевания с доминирующими аффективными расстройствами 259

В Британии попытка суицида считалась преступлением вплоть до 1961 года, и до сих пор преследуются законом те, кто уцелел после осуществления группового самоубийства, и те, кто способствовал суициду. Однако в обычной практике закон не слишком уместен при таких обстоятельствах, поскольку попытки самоубийства, как правило, обязательно связаны с психическими расстройствами.

Способы самоубийства бывают самыми разнообразными. В западном обществе лишение себя жизни вскрытием вен встречается достаточно редко, хотя при психотических заболеваниях такие попытки случаются. Если у самоубийцы недостает решимости, они обычно заканчиваются неудачно. Надрез запястья редко бывает эффективным, поскольку он очень болезнен, кровеносные сосуды лежат глубоко и обычно не достаточно крупны, чтобы привести к летальному исходу. Как правило, жертвы таких попыток достигают лишь того, что калечат руку, повреждая нервы и соединяющие мышцы сухожилия.

В последние годы самоубийц все больше вдохновляет возможность уничтожить себя самосожжением. Эта традиция пришла к нам с буддийского Дальнего Востока. К сожалению, такие случаи вызывают шум в прессе, и в результате может возникнуть нечто вроде микроэпидемии, которую обычно намеренно раздувают и используют в политических целях

Число попыток самоубийства с помощью отравления газом уменьшилось в Британии в последние годы в результате перевода кухонных плит и обогрева жилищ с каменноугольного газа на природный. Однако все еще часто встречается намеренное отравление выхлопными автомобильными газами.

До последнего времени наиболее распространенным способом самоубийства оставалось самоотравление с помощью приема избыточной дозы таблеток или жидкостей. Особенно популярными в этом отношении являются транквилизаторы и седативные средства, равно как и болеутоляющие из групп аспирина или парацетамола. Барбитураты, хотя и более опасные, чем малые транквилизаторы, все реже становятся средствами реализации самоубийства, поскольку в последние годы во многих регионах Британии врачи, поняв опасность этих препаратов, сознательно ограничивают их назначение. Самые опасные лекарства контролируются путем выдачи рецептов, но, к сожалению, аспирин и э«

260

Психиатрия

Заболевания с доминирующими аффективными расстройствами 261

парацетамол, которые при долгом их употреблении отравляют почки и печень, гораздо опаснее, чем многие из выдаваемых по рецепту лекарств. Реже используются при попытках суицида бензодиазепины, которые, к счастью, достаточно безопасны.

Опасность суицида является одной из основных причин принудительного направления в клинику больных аффективными психозами или иными тяжелыми психическими расстройствами. При аффективных психозах суицид представляет серьезную проблему, и поскольку эти заболевания в настоящее время в большинстве случаев излечиваются достаточно успешно, тем более важно стараться предотвратить самоубийство, поскольку уже через несколько недель пациент может поправиться, и тогда он будет благодарен тому, кто удержал его от такой попытки.

Монополярные аффективные психозы

Синонимами этого названия являются эндогенная депрессия, психотическая депрессия и более старое название инволюционная меланхолия, используемое для обозначения заболевания, возникающего при приближении менопаузы или позже. При этих заболеваниях эпизодов повышенного настроения не бывает.

Распространенность таких заболеваний установить достаточно сложно без проведения убедительного теста для их идентифицирования, но ее можно оценить примерно 2-5 процентами

от популяции из расчета средней продолжительности жизни. Аффективные заболевания чаще встречаются у женщин, чем у мужчин, причем пик заболеваний наступает в моменты гормональных перестроек: после рождения ребенка, в юности и во время менопаузы. У мужчин пик заболеваемости приходится на начало шестого десятка.

Этиология

Установлено, что при этих заболеваниях генетический фактор играет роль у 12 процентов больных, если учитывать ближайших их родственников. При рассмотрении братьев и сестер эта цифра увеличивается до 15 процентов, а в группе

однойцевых близнецов она возрастает до 80 процентов. Как и в случае шизофрении, цифра не зависит от того, воспитываются ли близнецы вместе или раздельно, а также не зависит от типа общества, вероисповедания или политического строя.

Обнаружено, что биохимическим фактором развития заболевания является метаболизм моноаминов в мозге. Он важен, во-первых, для поддержания равновесия уровней соли и воды в клетке и снаружи клеточной мембраны. Для центральной нервной системы это равновесие крайне необходимо. Фактором, обеспечивающим нормальное функционирование нервных клеток, является соотношение натрия и калия по обе стороны клеточной мембраны. При рассматриваемых заболеваниях обнаружено повышение внутриклеточного содержания натрия до 50 процентов, и этого оказывается достаточно для расстройства функционирования клеток в ключевых областях лимбической системы. Во-вторых, обнаружены изменения в тех точках, где нервные клетки связываются друг с другом, то есть в синапсах определенных участков мозга, которые связаны с эмоциями, — особенно там, где работают рецепторы допамина. Химический медиатор либо слишком быстро распадается, либо производится в недостаточном количестве. Использование антидепрессантов и является попыткой улучшить функционирование кате-холаминов в этих точках. По-видимому, в этом же состоит польза от применения электросудорожной терапии. В-третьих, известно, что такие повышающие настроение соединения, как амфетамин, использовавшийся одно время для лечения депрессии, стимулируют действие этих химических соединений на синапсах.

Это лишь упрощенное описание той структуры метаболизма головного мозга, которая на самом деле гораздо сложнее и включает такие моноамины, как норадреналин, серотонин, допа-мин и еще некоторые соединения, открытые в последнее время. Однако важно то, что проведенные исследования подтвердили наличие таких нарушений и их связи с изменениями настроения. То есть вполне разумно сделать вывод, что когда все эти факторы обнаруживаются в организме одновременно, они могут быть той причиной, которая и создает расстройство или патологическое состояние настроения у больных.

Создается такое впечатление, что микроэпидемии психотических депрессивных состояний следуют за эпидемиями вирусной инфекции, например, гриппа. Это говорит о том, что факторы

262

Психиатрия

окружающей среды могут служить пусковым механизмом заболевания, в том числе вирус может повлиять на функционирование моноаминов в то короткое время, пока пациент находится в гриппозном состоянии.

Поэтому при рассмотрении этиологии депрессивных психозов нужно тщательно учитывать факторы окружающей среды. Пусковым механизмом болезни могут стать как окружение пациента в раннем детстве, способное сформировать предрасположенность к заболеванию, так и окружение настоящего момента. Нет достаточно четких свидетельств того, что текущее эмоциональное окружение пациента может оказаться основной причиной развития аффективных психозов, хотя работы некоторых социологов, изучающих так называемые события жизни, показывают, что в исследуемых группах уровень стресса был выше, чем в контрольных. Однако исследованиям такого рода нельзя доверять, поскольку их результаты могут послужить основой для получения противоречащих друг другу выводов.

Тем не менее, сегодня проводятся исследования событий ТЖ- шмирующего характера в жизни пациентов, как ретроспективно, так и с проекцией в будущее, хотя достаточно сложно определить, что именно является травмирующим событием. Не менее сложно установить, какие именно события явились непосредственной причиной развития приступа депрессии, поскольку заболевание развивается в течение многих лет, а кроме того, следует учитывать возможность фальсификации в описании прошлых событий. К тому же, то, что травматично для одного человека, может совсем не травмировать другого. Определенно справедливо то, что подавляющее

большинство травмирующих событий жизни непредсказуемо, их сложно избежать, и часто они действуют как пусковой механизм развития приступа у тех, кто уже болен, однако маловероятно, чтобы можно было застраховаться от таких событий.

Другие исследования показали, что факт смерти родителей, особенно смерти матери в первые годы жизни ребенка, чаще встречается в биографии тех людей, которые впоследствии начали страдать от депрессивных заболеваний. Однако такие исследования являются скорее ретроспективными, чем нацеленными в будущее, и всегда есть вероятность, что смерть матери могла быть связана с ее собственным депрессивным заболеванием, поскольку какое-то количество смертей всегда можно связывать с суицидом.

Заболевания с доминирующими аффективными расстройствами 263

И все же можно утверждать, что неопасные для нормального человека реакции на утрату близких могут у предрасположенного к депрессии индивидуума спустить пружину психотической депрессии, и в этом случае логично учитывать важность размещения событий во времени. Именно в детском возрасте смерть близкого человека может разорвать обычный паттерн впечатлений, и печаль, явная или скрытая, может сформировать нечто вроде устойчивой связи в центральной нервной системе, которая впоследствии становится необратимой. Безусловно, такое взаимодействие между внешним окружением и биохимическими факторами в организме хорошо известно для психосоматических заболеваний, но оно справедливо и для депрессивных психозов.

Симптомы

Доминирующим и наиболее распространенным симптомом при монополярных аффективных психозах является подавленное настроение. При отсутствии лечения заболевание развивается характерным для него образом, проиллюстрированным в виде графика на рисунке 6. Нездоровое настроение и другие симптомы постепенно прогрессируют на протяжении нескольких недель вплоть до достижения максимально тяжелого состояния. После этого пациент некоторое время остается в патологическом состоянии, затем начинается постепенное улучшение, так что образуется U-образная форма кривой. Постепенное возвращение пациента к нормальному состоянию длится неделями. Общая продолжительность такого эпизода колеблется от нескольких недель до нескольких месяцев. Примерно в 50 процентах случаев приступы в будущем не повторяются, однако для остальных пациентов это не так, и в поздней юности снова может случиться приступ болезни. Нередко выясняется, что диагноз был поставлен неправильно, и на самом деле пациент страдает другим заболеванием, например, школьной фобией, которое поддается полному излечению. Со времени первого приступа могут пройти годы, но после рождения ребенка у женщины может случиться повторение заболевания. И снова могут пройти годы до следующего рецидива где-то в середине четвертого десятка, когда наступает менопауза. С этого времени рецидивы могут случаться несколько чаще, как показано на рисунке 7, и, возможно, прекратятся на шестом десятке.

По ходу развития процесса с помощью лечения можно остановить единичный приступ и постараться облегчить симптомы, пока

264

Психиатрия

заболевание не истощит себя естественным образом. Однако ни электрошок, ни антидепрессанты, не способны предотвратить возвращение болезни в последующие годы. И когда болезнь возвращается, каждый приступ нужно лечить *de nouveau**.



Рис. 6. Типичная кривая развития психотической депрессии

Как уже отмечалось, именно смены настроения качественно отличают болезненную депрессию от обычной печали. Пациент ощущает оцепенение или опустошенность и теряет способность

эмоционально относиться к тем, кого он в нормальном состоянии любит. Тяжесть депрессии меняется от случая к случаю, но во время наиболее серьезных эпизодов у пациентов часто появляются нездоровые мысли о самоубийстве, бред самообвинения, нигилизм, страх смерти или болезни, уверенность в своей греховности или в ответственности за какое-то всемирное бедствие. В такие моменты способность к самооценке исчезает. Пациент начинает искать причину своего беспокойства и обвиняет окружающих, без всяких на то оснований считая, что потерял все свои деньги, что он неудачник в работе или в браке. Пациент может задумать какие-то практические шаги для того, чтобы поправить состояние дел, и тогда необходимо убедить его не принимать важных решений до выздоровления, поскольку, когда депрессивный процесс будет остановлен, он посмотрит на вещи совсем иначе.

* как самый первый (франц.)

Заболевания с доминирующими аффективными расстройствами 265

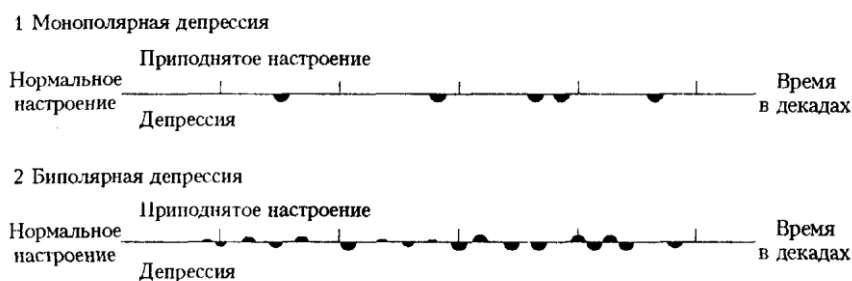


Рис. 7. Типичный паттерн аффективных психозов на протяжении жизни пациента

Мужчина 52 лет поступил в клинику с историей болезни, состоящей в постепенном развитии подавленного настроения. Он стал плаксивым и не мог концентрироваться. Не мог работать по-прежнему, появилось расстройство сна: просыпаясь часа в три ночи, он не может более уснуть. Пациент потерял аппетит, интерес к своим прежним увлечениям и к сексуальной стороне своего брака. За последние две или три недели он, вопреки успокаивающим увещаниям окружающих, пришел к убеждению, что находится на грани банкротства, и что семье будет лучше, если он умрет. Он уже составил прощальную записку жене, но, к счастью, прежде чем принять окончательное решение, навестил своего врача. Больного поместили в клинику и провели успешный четырехнедельный курс лечения антидепрессантами.

Хотя наиболее выраженными и обычными симптомами при рассматриваемых заболеваниях являются подавленное настроение и неконтролируемая плаксивость, особенно у женщин, эти симптомы могут маскироваться жалобами на соматические, то есть связанные с органическими расстройствами, симптомы, что приводит к ошибочным заключениям и к массе ненужных дополнительных обследований, если сразу не поставить необходимые вопросы. В частности, мужчины могут жаловаться на боль в спине, общую раздражительность и запоры, так что собственно Депрессия может оказаться незамеченной.

266

Психиатрия

При аффективных психозах имеется еще одна группа характерных симптомов, которые в некоторых случаях могут быть более заметны, чем сама депрессия. **Расстраивается способность к концентрации.** Пациент не может читать серьезный роман или решать кроссворды, часто становится забывчивым — например, во время покупок в магазинах. Задачи типа написания письма требуют значительных усилий. Наряду с этим отмечается общая потеря интереса к прежним увлечениям и социальной активности, пациент чувствует, что не осталось ничего, стоящего внимания.

Раздражительность также является характерной особенностью. Пациенты теряют способность мириться с шумом или преодолевать психическое напряжение, что часто делает их, особенно мужчин, нетерпимыми и беспомощно-агрессивными. Им нестерпимо докучают щебетание и беготня детей. Часто у мужчин эта особенность выражена сильнее, чем собственно подавленное настроение, которое не всегда бывает доминирующим симптомом.

Вместе с ослаблением интереса к жизни появляется и потеря аппетита. Пациента уже не интересуют пища и напитки, он начинает от них отказываться, и зачастую это приводит к появлению запоров. Наблюдается потеря интереса к сексу, сопровождающаяся уменьшением либидо. Пациенты могут жаловаться на тошноту по утрам.

Характерной особенностью является и **расстройство сна**, выражающееся в раннем утреннем пробуждении, в отличие от свойственной депрессивным неврозам трудности с засыпанием. Самое плохое настроение бывает, как правило, по утрам, а на протяжении дня оно несколько улучшается.

Такую особенность называют суточным колебанием настроения. Так, пациент может проснуться в 4 или 5 часов утра, чувствуя себя чрезвычайно плохо, и в это время опасность суицида максимальна. Семейный врач при утреннем обследовании пациента видит его все еще в достаточно тяжелом состоянии депрессии. Ко времени прихода пациента на консультацию к психиатру для получения дополнительного заключения о своем здоровье психиатр с удивлением отметит значительное улучшение его состояния или даже откажется признавать, что с его здоровьем не все в порядке. Однако на следующее утро симптомы будут столь же тяжелыми, как и накануне.

Женщина 49 лет долгое время страдала депрессией. Каждый эпизод болезни длился 3-9 месяцев, причем первый

Заболевания с доминирующими аффективными расстройствами 267

приступ она пережила в возрасте позднего отрочества, а старой — после рождения второго ребенка, когда ей было 27 лет. В годы между этими эпизодами она чувствовала себя хорошо, однако в настоящее время, близкое к наступлению менопаузы, у нее развились симптомы плаксивости, возбудимости и расстройства способности к концентрации, причем для этих симптомов она не находила разумных причин. Посетивший ее врач назначил лечение трициклическими антидепрессантами, однако не достиг этим какого-либо заметного облегчения состояния больной, у которой к тому же проявились побочные эффекты в виде сухости во рту и неприятного затуманивания зрения. Через несколько месяцев стало очевидным, что симптомы усугубляются, и больная переходит в состояние психопатического.

Внесенные в лекарственную терапию изменения не дали результата, пациентка была помещена в клинику для

проведения курса электросудорожной терапии и через три месяца госпитализации полностью поправилась.

У пациентов нередко обнаруживаются **ипохондрические** и психосоматические симптомы, сопровождающиеся головной болью, болями в спине или сердцебиением, и это тоже может направить врача по неправильному пути, если он не заметит симптомов депрессии.

В тяжелых случаях может теряться способность к самооценке, и у пациентов развивается полномасштабная бредовая система с болезненными идеями греха, смерти или проклятия. Они начинают верить, что кого-то убили, что у них венерическое заболевание или иная истощающая их болезнь. Они могут убедить себя, что обанкротились. Могут начаться болезненные галлюцинации: например, видение дьявола или гробов, голоса, говорящие о грехе. Столь тяжелая депрессия в наши дни встречается редко, поскольку семейный врач, конечно же, начнет лечение антидепрессантами на ранней стадии заболевания.

Могут проявляться два вида **изменений моторных функций**. В одном случае пациент испытывает затруднения в мышлении и речи, эмоции притупляются; он может часами сидеть или стоять, просто уставившись в пространство и ничего не говоря. Если ничего не предпринимать, такое состояние может перейти в кататонию или ступор. При втором типе расстройства пациенты

268
Психиатрия

становятся чрезмерно возбужденными и беспокойными, совершают беспричинные хаотические движения и не могут заниматься обычными ежедневными делами.

Лечение

Прежде всего необходимо установить степень риска суицида и решить, можно ли оставлять пациента на амбулаторном лечении или необходимо поместить его в клинику.

Лекарственная терапия

Установлено, что для лечения аффективных психозов наиболее действенны следующие четыре типа лекарственных средств:

1. Амфетамины. Эта группа стимуляторов принадлежит к моноаминам и действует, скорее всего, через активацию способности сохранения катехоламинов в местах соединения нервных клеток. При лечении аффективных психозов эти препараты имеют ограниченную ценность, поскольку эффект их скоротечен, и есть тенденция к образованию привыкания к ним. Кроме того, у лиц, предрасположенных к шизофреническим расстройствам, эти лекарства могут вызывать психотическое состояние типа шизофрении. Поэтому их сейчас почти перестали назначать, однако важность химического механизма их действия и быстрота, с которой они, хотя и на короткое время, облегчают симптомы депрессии, по-прежнему привлекает к ним внимание исследователей.

2. Ингибиторы моноаминооксидазы. Уже из названия следует, что эти препараты действуют путем угнетения моноаминооксидазы, фермента, расщепляющего моноамины после их освобождения в местах соединения нервных клеток. За счет этих препаратов достигается увеличение времени действия присутствующих там катехоламинов, то есть это еще один путь повышения эффективности функционирования нервных клеток лимбической системы.

3. Трициклические антидепрессанты. Название этих соединений связано с кольцевой структурой их молекул. В настоящее

Заболевания с доминирующими аффективными расстройствами 269

время это основные препараты для лечения аффективных психозов. Механизм их действия, по-видимому, состоит в повышении концентрации катехоламинов в местах соединения нервных клеток, что приводит к улучшению их функционирования. Еще не выяснено, почему у некоторых людей нарушается механизм функционирования клеток. Хотя причины этого все еще не ясны, однако нам известно следующее: (а) этот клеточный механизм нарушается при некоторых аффективных психозах, (б) действие лекарственных препаратов направлено на повышение его эффективности и (в) лекарства облегчают симптомы, а это, в конце концов, для больных важнее всего.

4. Препараты на основе лития. Это чрезвычайно интересная группа веществ. Одна из солей лития известна в медицине давно и применялась на протяжении многих лет для совершенно иных целей. В организме человека хлористый литий находится в виде раствора и распадается, подобно хлористому натрию, на ионы. При ионизации хлористого натрия ион натрия заряжен положительно, а ион хлора — отрицательно. То же самое происходит и с хлористым калием. Эти два вещества являются основными электролитами в организме, играя важную роль в обеспечении переноса импульсов, идущих от нервных клеток, за счет электропроводности. При аффективных психозах расстраивается именно баланс концентраций натрия и калия. При поступлении в раствор хлористого лития образуются ионы хлора с отрицательным зарядом, но сам литий остается нейтральным, то есть не несет на себе положительного заряда и поэтому неактивен.

Организм воспринимает литий и натрий так, как будто это одна и та же молекула, поэтому если, скажем, 50 процентов содержащейся в организме соли приходится на долю хлористого лития, то это приводит к замещению 50-ти процентов ионов натрия, молекула на молекулу и атом на атом. Происходит замена активного, заряженного положительно атома на инертный атом, поэтому, в терминах электрического потенциала, это равноценно уменьшению содержания в клетке эффективного натрия. Поскольку при некоторых аффективных психозах наблюдается аномально высокое содержание натрия внутри клеток, что влияет на электропроводность, то введение лития восстанавливает электрическую активность до уровня, свойственного нормальному

270

Психиатрия

функционированию клеток. Мы пока не знаем причин образования натрий-калиевого дисбаланса, однако важно то, что соли лития очень эффективны для предотвращения колебаний настроения при некоторых аффективных психозах.

Итак, антидепрессанты трициклического типа являются основным средством лечения аффективных психозов. Механизмы их действия на различные моноамины в центральной нервной системе несколько различаются, кроме того, у разных антидепрессантов седативный, или успокаивающий, эффект тоже несколько различается. Таким образом, наилучший для каждого больного тип антидепрессанта следует выбирать, учитывая особенности пациента. Все используемые в медицине эффективные лекарства имеют некоторые побочные эффекты, причем разные люди реагируют на них по-разному. Поэтому если выясняется, что какой-либо антидепрессант неэффективен для данного больного или не подходит ему по какой-то причине, необходимо попробовать назначить другой.

Важно отметить, что после введения в организм антидепрессанты начинают действовать лишь спустя три недели, то есть нельзя ожидать немедленного улучшения состояния больного, и его следует об этом предупредить. Основными побочными эффектами первых трициклических антидепрессантов были сухость во рту, запоры и некоторое затуманивание зрения. Часто этих эффектов можно избежать, если доза увеличивается медленно, причем ее следует уменьшить, если побочные эффекты все же проявляются. Эти проблемы не столько серьезны, сколько неприятны.

При разработке новых антидепрессантов была сделана попытка уменьшить эти побочные эффекты путем изменения базовой структуры молекулы препарата. К имеющимся сегодня на рынке новым препаратам этого типа относятся четырехциклические соединения: оксазины, флувоксамин и

флуоксетин. При использовании этих препаратов серьезные побочные эффекты случаются редко. Прием лекарства нужно продолжать в течение времени, которое было бы необходимо для того, чтобы депрессивный процесс исчерпал сам себя при отсутствии лечения. Обычно это соответствует примерно шести месяцам, после чего дозу лекарства можно постепенно уменьшать до полной его отмены. То есть до некоторой степени здесь используется метод

Заболевания с доминирующими аффективными расстройствами 271

проб и ошибок, поскольку неизвестно, насколько длительна будет депрессия.

Ингибиторы моноаминоксидазы при лечении аффективных психозов менее эффективны. Этот вопрос мы обсудим в следующей главе.

Ни один из рассмотренных лекарственных препаратов не может предотвращать рецидивы заболевания, точно так же, как аспирин не может гарантировать, что в дальнейшем у пациента никогда не будет болеть горло. Единственным исключением является литий, оказывающий профилактическое действие в тех случаях, когда частота рецидивов исключительно высока, и сами приступы особо разрушительны. Он более эффективен при биполярных психозах, о чем мы будем говорить позже. Однако при этом необходимо тщательно выверять дозирование лития, используя для этого исследование крови, дающие возможность оценивать концентрацию лития в организме. При повышении уровня лития выше оптимального он дает побочные эффекты, обусловленные тем, что замена натрия на литий может привести к образованию дефицита натрия, что повлияет на работу мышц, в частности сердечной мышцы. То есть это не тот препарат, который можно назначать, не опасаясь последствий. Его используют только при частых рецидивах болезни, причем пациент должен находиться под постоянным амбулаторным психиатрическим наблюдением. Некоторые амбулаторные отделения пользуются специальными клиниками литиевой терапии, обслуживающими таких пациентов. Лечение литием имеет чрезвычайно большую ценность, поскольку оно позволило коренным образом изменить образ жизни тех пациентов, которые страдают циклически повторяющимися депрессиями или биполярными психозами и которые еще двадцать лет назад, скорее всего, стали бы постоянными пациентами психиатрических клиник.

Электросудорожная терапия

Механизм действия электросудорожной терапии и ее применение обсуждались в Части 1. Можно с уверенностью сказать, что ЭСТ революционизировала лечение депрессий, когда 40 лет назад она была введена в практику психиатрических клиник. Многие пациенты с тяжелыми формами депрессии смогли поки-

272

Психиатрия

нуть клиники, а в настоящее время такие формы заболевания вообще стали довольно редким явлением.

В особо серьезных случаях аффективных психозов электросудорожная терапия все еще остается основным методом лечения. Это относится также и к тем пациентам, которые слабо реагируют на лечение антидепрессантами. Обычно назначается курс из 4-8 процедур на период 2-3 недель, результатом которого является прекращение приступа болезни, а в наиболее удачных случаях — восстановление настроения пациента до нормального. Для многих больных этот метод лечения оказывается самым безопасным и быстрым, хотя у некоторых во время лечения наблюдается временное расстройство памяти. Но это намного меньшее неудобство, чем состояние депрессии, поэтому обычно пациенты его переносят достаточно терпеливо.

Лейкотомия

Этот метод мы тоже обсуждали. Некоторые авторитеты считают, что модифицированная лейкотомия является наилучшим методом облегчения постоянных симптомов в тех случаях, когда хронические аффективные психозы не поддаются лечению другими методами или дают частые рецидивы при их применении. И все же в наши дни лейкотомия считается спорным методом лечения, и поэтому количество производимых операций невелико.

Психотерапия

Психотерапия не имеет особой ценности при лечении аффективных психозов. Однако поддерживающее лечение такого типа, основанное на развитии взаимной симпатии, без сомнения, оказывает определенное положительное влияние на больного, как и в случае любого иного заболевания, будь то сердечный приступ или перелом ноги. И все же, по мнению автора, попытка лечить аффективный психоз с помощью методов, не включающих антидепрессанты или электросудорожную терапию, равносильна преступной небрежности, поскольку в большинстве

случаев это приговаривает пациента к ненужным и длительным страданиям вместо быстрого облегчения его состояния с помощью физических методов лечения.

Заболевания с доминирующими аффективными расстройствами

273 **Биполярные**

аффективные психозы

Раньше эти заболевания назывались маниакально-депрессивными психозами. По сравнению с монополярными аффективными психозами их распространенность намного меньше и составляет только приблизительно 0,1 процента населения, то есть один случай биполярного психоза приходится на десять случаев монополярных психозов. В этом случае история семьи пациента часто бывает отправной точкой развития заболевания. Действие генетического фактора в случае биполярных психозов более сильно по сравнению с монополярными заболеваниями, и среди близких родственников распространенность биполярных психозов составляет примерно 20 процентов.

Этиология

При этих заболеваниях также был обнаружен сдвиг электролитического равновесия в сторону увеличения концентрации натрия внутри клеток, тоже обусловленный метаболизмом моноаминов, хотя есть предположение, что при биполярном психозе в игре участвует другая система моноаминов. Этот фактор совместно с несколько отличной генетической картиной подтверждает, что лежащее в основе заболевания биохимическое расстройство, скорее всего, связано с несколько иным расстройством функционирования ферментов, в результате оно по-другому воздействует на нейrogормоны, хотя конечные симптомы депрессивной фазы аналогичны тем, что наблюдаются при монополярном заболевании. Основное отличие симптоматики при биполярных психозах состоит в наличии фазы эйфории, которая отсутствует при прочих аффективных психозах.

Симптомы

Больные биполярными психозами до заболевания, как правило, отличаются циклотимическими колебаниями настроения и пикническим (плотным) телосложением. Первый приступ может наступить в позднем подростковом возрасте или в начале второго десятка жизни и обычно возникает неожиданно. До нового приступа, скажем в середине жизни, может пройти много лет

274

Психиатрия

без каких-либо симптомов болезни. К концу среднего возраста частота приступов может постепенно нарастать (см. рис. 7), так что теперь они случаются каждые год или два, а если болезнь не лечить — то и каждые шесть месяцев. По характеру приступы могут быть гипоманией или депрессией (обычно распределение здесь случайно), в некоторых случаях гипомания перетекает в депрессию до возвращения фазы нормального состояния. Обычно к концу шестого десятка процесс затухает, и последующие приступы случаются реже.

В редких случаях колебания настроения пациента могут развиваться в циклическую картину, когда фазы эйфории и депрессии чередуются настолько регулярно, что становятся почти предсказуемыми по календарю. Такие циклически-периодические психозы встречаются редко, но они наиболее интересны с научной точки зрения, то есть с точки зрения возможности выяснить механизм биохимического расстройства.

В фазе депрессии симптомы те же, что наблюдаются при монополярной депрессии, описанной ранее. Это нездоровое настроение, потеря способности к концентрации, раздражительность, потеря аппетита, снижение либидо, типичное расстройство сна с ранним пробуждением и суточные колебания настроения.

В фазе приподнятого настроения симптомы идентичны тем, что имеют место при мании и гипомании, их мы рассмотрим позже. И здесь тяжесть состояния постепенно нарастает, достигая пика, а потом медленно падает примерно за тот же период времени. Эпизоды гипомании в целом более редки, чем приступы депрессии.

У женщины 37 лет, имевшей в семейной истории случай заболевания биполярным аффективным психозом (был болен ее отец), в возрасте 22 лет проявилось депрессивное заболевание. Примерно через 5 лет проявилась фаза эйфории с дурашливым поведением, но это не потребовало госпитализации. В последние три года у нее развились колебания настроения, повышенного или подавленного, с продолжительностью каждой фазы примерно три месяца и интервалами нормального самочувствия между фазами длительностью около полугода. Три приступа были достаточно тяжелыми, так что ее пришлось госпитализиро-

Заболевания с доминирующими аффективными расстройствами

275

вать, а с остальными удавалось справляться с помощью

•• *приема лекарств в домашних условиях.*

•• При последней госпитализации ей была назначена терапия литием, после чего состояние было относительно нормальным в течение примерно четырех лет. Однако затем она перестала принимать литий, что вызвало приступ депрессии примерно через два месяца после прекращения приема препарата. Литиевая терапия была возобновлена, и в последующие семь лет вплоть до момента написания этого сообщения пациентка оставалась в нормальном состоянии.

Лечение

Пациент, у которого развился единичный приступ в виде биполярной депрессии, лечится так же, как больной монополярной депрессией или манией, поскольку до проявления обеих фаз болезни, эйфории и депрессии, невозможно определить тип психоза, за исключением ориентации по фактам семейной истории. В настоящее время нет никакого надежного теста, позволяющего отличать биполярное заболевание от монополярного.

При биполярных аффективных расстройствах соль лития дается примерно 50 процентам больных в качестве профилактического средства. Сегодня это единственный препарат, способный предотвращать рецидивы эпизодов психотического расстройства, поэтому он имеет особую ценность для тех, кто страдает частыми нездоровыми колебаниями настроения, особенно периодическими или циклическими. Эти люди еще 30 лет назад, вероятнее всего, стали бы постоянными пациентами клиник. Механизм действия литиевого препарата мы уже обсудили, однако можно повторить еще раз, что литий замещает в клетках избыточные ионы натрия, восстанавливая тем самым функционирование поврежденной части центральной нервной системы. Предположительно, это тот самый механизм, который — в отличие от механизма действия антидепрессантов, работающих на синапсах нервных клеток, — дает некоторый эффект предотвращения рецидивов.

Однако нужно сознавать, что если у пациента приступы не повторяются слишком часто? то вряд ли стоит постоянно давать ему

276

Психиатрия

потенциально токсический препарат, поскольку это требует контроля за уровнем лития в крови, иначе у больного могут появиться серьезные побочные эффекты. По-видимому, во время психотической фазы заболевания большая часть лития накапливается в каких-то депо организма, поэтому для получения желаемого эффекта дозу приходится увеличивать. Но после окончания психотической фазы дозу необходимо уменьшить, иначе содержание лития может достигнуть токсичного уровня. По этой причине после лечения в клинике желательно регулярное ежемесячное проведение анализов крови, при этом пациент должен понимать опасность потенциальных побочных эффектов и знать, как они могут проявляться, чтобы в этом случае сразу же обратиться к врачу.

Побочные эффекты вызываются развивающимся дефицитом натрия в клетках и проявляются в виде тошноты, подергивания мышц, их ослабления, а в тяжелых случаях — в виде сбоя и нерегулярности сердечного ритма. Соли лития не следует назначать пациентам, имеющим заболевания почек или сердца. В редких случаях в результате угнетения усвоения йода может развиваться базедова болезнь умеренной тяжести. Таким образом, эти последствия очень тяжелыми назвать нельзя.

Для того, чтобы предотвратить рецидив болезни, литий надо принимать в течение нескольких лет, поэтому следует убедить пациента в необходимости продолжать это лечение, даже если он чувствует себя хорошо. К сожалению, литиевые препараты эффективны не для всех — остальным пациентам приходится давать антидепрессанты, лекарства против мании или назначать электросудорожную терапию.

Послеродовые психозы

Послеродовые психозы наступают в течение нескольких дней, максимум недели, после рождения ребенка. В прошлом они рассматривались некоторыми авторами как специфический синдром самостоятельного характера. Однако со временем стало ясно, что тип эмоционального или психического расстройства после родов, по сути, не отличается от аналогичных расстройств, которые могут проявиться в любой момент жизни пациента.

Заболевания с доминирующими аффективными расстройствами 277

По-видимому, те гормональные сдвиги и изменения окружающей среды, которыми сопровождаются роды, могут подействовать как пусковой механизм развития болезни у предрасположенных к ней женщин, однако далее это заболевание следует паттерну, наблюдаемому при аналогичных заболеваниях любых других групп пациентов, поэтому и лечение

в таких случаях должно быть тем же самым. Более того, в силу предрасположенности эти женщины могли заболеть в любое другое время, без связи с родами. И все же рождение ребенка — это большой стресс для любой женщины, и симптомы болезни могут в некоторой степени зависеть от конкретных обстоятельств ее жизни в этот период.

В прошлом различали три особых типа проявления послеродовых психозов: состояние расстройства токсического типа, аффективный психоз маниакально-депрессивного типа и шизофренический психоз.

До открытия антибиотиков состояние спутанности сознания из-за токсикоза проявлялось примерно у 40 процентов рожениц. Его иногда называют молочной лихорадкой, но связано оно обычно с инфицированием родового пути вследствие родовой травмы, с лихорадкой и токсикозом, как это бывает и при других заболеваниях. В наши дни с повышением уровня гигиены и появлением эффективных антибиотиков такие состояния встречаются очень редко и составляют лишь небольшой процент от общего количества послеродовых психозов.

Картина послеродовой шизофрении аналогична шизофрении, которая может развиваться в любое иное время. Поэтому прогноз в этом случае хуже, чем при аффективных психозах, хотя эта шизофрения отзывается на лечение лучше, чем шизофрения типа гебефрении, развивающаяся в юношеском возрасте. Часто при послеродовом варианте заболевания наблюдается более сильное эмоциональное расстройство с более острой симптоматологией, но при этом болезнь достаточно хорошо поддается лечению. Тем не менее, имеется некоторая вероятность рецидива при рождении следующего ребенка, и поскольку шизофрения имеет наибольшую тенденцию к рецидивам, то вероятность повторения болезни в этом случае достаточно высока, поэтому некоторые врачи советуют женщине воздерживаться от рождения детей в будущем и рекомендуют прервать беременность на ранних ее стадиях, если женщина все же пожелала забеременеть.

278

Психиатрия

Аффективные психозы в этом случае обычно бывают депрессивными по характеру, хотя встречаются и приступы гипомании. Это наиболее распространенный тип проявления послеродового расстройства, хотя иногда бывает и смешанное эмоциональное расстройство с симптомами как гипомании, так и депрессии.

Интересное исследование, проведенное Протеро в Ньюкасле, показало, что до введения электросудорожной терапии прогноз для таких заболеваний был неблагоприятным, и во многих случаях больные становились постоянными пациентами клиник при довольно тяжелом состоянии здоровья. С введением ЭСТ произошли существенные изменения в сроках выздоровления и продолжительности госпитализации пациентов, а после разработки антидепрессантов врачи успешнее справляются с болезнью, так что в среднем время пребывания пациентов в клинике снизилось до шести недель.

Слейтер также отмечает, что послеродовая депрессия особенно хорошо поддается лечению электрошоком, а поскольку скорость выздоровления очень существенна, этот метод остается доминирующим в таких случаях.

В связи с этими проблемами во многих клиниках созданы отделения матери и ребенка, где лежат матери, которым требуется стационарное лечение вследствие потенциальной опасности для их ребенка или из-за состояния депрессии с опасностью суицида у матери. Это позволяет поддерживать связь матери и ребенка и всех необходимых взаимоотношений между ними максимально долго, что очень важно для развития ребенка. Матери оказывается помощь, чтобы она постепенно могла принимать все большее участие в уходе за своим ребенком. Вероятность развития послеродового психоза больше для матерей, рожаящих впервые, при этом распространенность заболевания составляет примерно 1 случай на 40 родов.

Мы не должны забывать, что для многих женщин роды и послеродовой период являются психологической травмой, им приходится учиться вести совершенно новый образ жизни. Гормональные изменения, происходящие после рождения ребенка, часто вызывают умеренную степень депрессии, известной под названием «baby blues» (детская хандра), которая в большинстве случаев не сопровождается серьезными симптомами психоза. Однако в послеродовой период нередки невротическая тревожность

Заболевания с доминирующими аффективными расстройствами 279

и депрессия, требующие доброжелательных советов и помощи, чтобы мать смогла адаптироваться к своей новой роли.

Женщине 28 лет, десять дней назад пережившей роды первого ребенка, потребовалась срочная

госпитализация. В *Г первые несколько дней после родов все шло хорошо, и она вернулась из больницы домой. Но в последние пять дней она внезапно почувствовала симптомы депрессии, со слезливостью и неспособностью справляться с уходом за ребенком. Имелось отчетливое нарушение сна с ранним пробуждением в 4 утра и ощущением беспомощности, когда требовалось начинать новый день. У женщины развилось чувство вины, связанное с неспособностью ухаживать за ребенком, и нарастающее чувство своей неадекватности. Она не могла сконцентрироваться, постоянно плакала и стала очень раздражительной. Утром того дня, когда ее поместили в клинику, она оставила ребенка в детской ванночке с водой и ушла из дома. Она спустилась к реке ниже рыночного городка, в котором жила, и решила было броситься в воду, но вместо этого пошла в полицейский участок и заявила, что убила своего ребенка.

Полиция поторопилась к ней домой и, к счастью, обнаружила, что ребенок весело плескался в ванне. Мать прошла курс электросудорожной терапии и лечения таблетками антидепрессантов, после чего почувствовала себя настолько хорошо, что получила своего новорожденного, находясь в отделении матери и ребенка, и ухаживала за ним на протяжении недели или двух до выписки из клиники.

К сожалению, закон неумолим, и мать обвинили в попытке убийства своего ребенка, поэтому она должна была предстать перед судом местного магистрата. В суде возникла спорная ситуация, поскольку, если бы ребенок умер, то самым тяжелым обвинением было бы убийство новорожденного, что равносильно непреднамеренному убийству. Однако не существует такого обвинения, как попытка непреднамеренного убийства, и местный магистрат не мог закрыть слушание. Департамент попечения о детях не дал разрешения на возвращение

280

Психиатрия

Заболевания с доминирующими аффективными расстройствами 281

ребенка на попечение матери до окончания слушания дела. Об этой душераздирающей ситуации сообщалось в местных газетах, что тоже мало способствовало выздоровлению женщины. В конце концов ей пришлось предстать перед Коронным Судом. Правда, после этого ее жизнь наладилась, и впоследствии она родила еще двоих детей.

Мания и гипомания

Мания — это психотическое заболевание, основной особенностью которого является патологическое, или ненормальное, повышение настроения. Гипомания является термином для определения более слабой и более распространенной формы этого заболевания. Мания и гипомания чаще всего проявляются как составная часть биполярного аффективного расстройства у человека, который время от времени может страдать и приступами депрессии. Однако в редких случаях может наблюдаться и монополярная форма заболевания, хотя она встречается много реже, чем биполярная форма. Распространенность мании и гипомании составляет примерно 1 случай на 1000 жителей.

По сравнению с монополярной депрессией, при мании обнаруживаются аналогичные, хотя и более сильные, биохимические изменения, при этом уровень концентрации натрия внутри клеток во время острых приступов болезни может достигать 200 процентов вместо 50-ти в норме. Наблюдается и аналогичный сдвиг концентрации в жидкой среде организма. Поэтому литиевая терапия в этом случае особенно эффективна. В обоих случаях действуют одинаковые наследственные факторы, но биохимические нарушения на уровне моноаминов несколько различаются, хотя этот вопрос все еще находится в стадии исследований.

Более мягкую форму патологического повышения настроения не всегда легко определить. Острая форма мании встречается редко. Обычно в этом случае она проявляется как составная часть аффективного психоза биполярного типа. Изредка ее можно встретить и как отдельный случай. Кроме того, она встреча-

ется среди представителей африканской расы в виде заболевания, которое Люмбо назвал африканским периодическим психозом и которое, вероятно, обусловлено генетически и связано с уже обсуждавшимися нами аффективными психозами. Поведение типа мании может быть также следствием токсического эффекта стимулирующих наркотиков, например, гашиша, или проявляться как часть делириозного состояния. Но здесь мы рассматриваем манию как симптом, точно так, как мы рассматривали депрессию в качестве симптома, являющегося составной частью аффективных психозов или проявляющегося при других заболеваниях и реакциях на стресс у людей, предрасположенных к такому типу поведения.

Гипомания встречается чаще. При этом в патологическом состоянии, как и при других психозах, у пациента теряется способность к самооценке, и он не осознает того, что его настроение и поведение стали ненормальными. Поэтому, как правило, друзья пациента или его родные замечают отклонения

раньше, чем он сам. В состоянии депрессии пациенты, по крайней мере, осознают наличие недомогания и подавленности и знают, что они нездоровы, даже если неправильно объясняют причины такого состояния. А при гипомании больные могут сначала ощущать себя на седьмом небе и утверждать, что никогда не чувствовали себя лучше. Они рассматривают свои поступки, часто иррациональные и глуповатые, как нечто им свойственное, имеющее разумные мотивы, и считают, что любые их действия приведут только к хорошему. Так, они бодро раздвигают занавески в 5 утра, открывают окно и, пристально глядя на дождь, напевают: «О, какое прекрасное утро!», — пока не перебудят весь дом. Они охотно слушают тех, кто советует им дурачиться и дальше, и уж конечно добровольно не обратятся за психиатрической помощью. Опасность таких случаев состоит не в том, что пациент, как это бывает при депрессии, причинит себе какой-то вред — например, попыткой самоубийства, — а в том, что его иррациональное поведение может привести к финансовому краху не только его самого, но и семью. Они наносят вред окружающим скорее своим бесстрашным поведением, чем намеренной агрессивностью.

Вспомним, что в соответствии с *Актом 1983 года о психическом здоровье* пациентов можно принудительно помещать в кли-

282

Психиатрия

нику только в тех случаях, когда они представляют опасность для себя или окружающих вследствие психического расстройства. Риск суицида, безусловно, можно рассматривать как причину для принудительного удерживания пациента в клинике. Но применить этот Акт к пациенту, который чувствует себя прекрасно, намного сложнее. И в то же время такие пациенты часто представляют собой значительную опасность, и срочная помощь им жизненно необходима. Мы рассмотрим два примера, показывающие необходимость такой помощи.

Бухгалтер, несколько лет назад перенесший депрессию, показался своим домочадцам несколько веселее обычного. Это его дурашливое настроение длилось уже дней семьдесят. Он вставал необычно рано, заявлял, что чувствует себя прекрасно, хотя заметно было, что ему в разговоре трудно сосредоточиться на одной теме. Обнаружилось, что за это короткое время он продал большое количество акций, будучи их совладельцем, и купил другие акции, сделав это в высшей степени неразумно, поступив наперекор совету своего брокера. В результате он потерял много денег. У дилера по продаже автомобилей он купил новую машину марки Бентли, что намного превышало его финансовые возможности. Он выплатил задаток, сел в машину и, не обращая внимания на попытки родственников его остановить, уехал на прогулку. Он так неосторожно вел машину, что в конце концов опрокинул ее в кювет и повредил, что принесло убытков на 1000 фунтов.

Поведение больного в этот короткий промежуток времени обошлось ему и его семье примерно в 5000 фунтов. Продавец машин справедливо заявил, что в момент покупки он не заметил ничего такого, что указывало бы на неспособность покупателя отвечать за свои поступки, то есть не только за покупку машины, но и за ее сохранность. Дилер отказался принять машину обратно, поскольку она была разбита, и впоследствии ее пришлось продать через комиссионный магазин с большим убытком.

Во второй истории леди, не страдавшая ранее психическими заболеваниями, жившая в счастливом браке в течение пяти лет, стала удивлять своего мужа некоторой экстравагантностью, покупкой каталогов одежды, не отвечавшей

Заболевания с доминирующими аффективными расстройствами 283

ее обычному вкусу. Это продолжалось несколько дней, пока однажды вечером она не пригласила на вечеринку нескольких мужчин, ничего не сказав им о существовании мужа. Оказалось, что во время ланча она зашла в местную пивную и пригласила каких-то совершенно незнакомых людей к себе домой на вечер.

Нередко во время такого заболевания люди с вполне приличной репутацией совершают какие-нибудь криминальные проступки, хотя, может быть, и не очень тяжелые. Они проявляют сексуальную распушенность, причем женщины иногда успевают забеременеть на ранних стадиях болезни, до того, как они становятся способными что-то предпринять для получения необходимого лечения. Конечно, такой тип поведения не обязательно должен указывать на гипоманию, однако нужно принимать во внимание то, кем больной был раньше, и учитывать дополнительные симптомы, свидетельствующие о развитии маниакального состояния. Кроме изменения настроения, которое можно в определенном смысле рассматривать как состояние, обратное депрессии, обнаруживаются и иные симптомы, очень похожие на те, которые проявляются при

аффективных расстройствах типа депрессии.

Более того, как уже отмечалось, лежащие в основе заболевания биохимические нарушения приводят к изменению отношения концентраций натрия в клетке и в межклеточной жидкости в ту же сторону, что и при депрессивной фазе биполярного расстройства, только в гораздо большей степени, при этом избыток натрия может увеличиваться до 200 процентов от его нормального уровня. Исходя из этой характеристики, маниакальное заболевание можно рассматривать как более тяжелую форму по сравнению с аналогичными расстройствами.

Другие наблюдаемые при гипомании симптомы выглядят следующим образом. Наряду с повышением настроения, которое может достигать степени настоящей эйфории, когда абсолютно все вызывает радость, и пациент веселится дурашливо и как-то неестественно, иногда он становится напыщенно-раздражительным, и если ему встать поперек дороги, эта раздражительность и агрессивность могут вырастать до грандиозных размеров.

. Наблюдается сверхактивность и ускоренная, многословная речь, которую можно назвать скачкой идей. Во время беседы пациент быстро перескакивает с одной темы на другую, его ассоциации

284

Психиатрия

Заболевания с доминирующими аффективными расстройствами 285

становятся неясными, слишком резкими и часто строятся как каламбуры, что свидетельствует о том, что мышление у пациента протекает теперь по-иному. Если такую беседу записать на магнитофон и воспроизвести, то иногда удастся обнаружить причину очередного переключения идей, но во время самой беседы за ходом мысли пациента следовать очень сложно. Способность к концентрации отчетливо нарушена, как и в случае депрессии.

Здесь, как и при депрессии, наблюдается нарушение сна с ранним пробуждением. Могут быть суточные колебания настроения с преобладанием повышенного настроения в первой половине дня. Может быть потеря аппетита, хотя это не столь типично, и иногда аппетит может наоборот возрастать до прожорливости. Но в любом случае вес пациента, как правило, снижается из-за его сверхактивности. Может присутствовать и снижение либидо, несмотря на то, что у пациентов может повыситься склонность к поверхностному флирту, при этом они обычно бывают высокого мнения о своей сексуальной доблести.

В состояниях мании симптомы часто еще более выражены. Так, поток речи может стать полностью бессвязным, непрерывным, но бессодержательным. Сверхактивность может приводить к такой степени истощения, от которой — если учесть еще и то, что пациенты постоянно находятся на ногах и недосыпают, — организму наносится физический ущерб, особенно в случаях, когда пациенты страдают заболеваниями дыхательной системы или сердечно-сосудистыми расстройствами типа сердечной недостаточности.

Настроение больного становится дурашливо-экстатическим, с постоянными каламбурами и шутками, пением или неуместными сексуальными проявлениями, что делает невозможной какую-либо попытку нормально с ним поговорить. Он не может ничего делать, поскольку расстроенная способность к концентрации не дает ему возможности удерживаться на одном предмете дольше нескольких секунд. Попытка урезонить пациента может привести к вспышке агрессивности.

Лечение

Следует особо подчеркнуть необходимость срочной госпитализации при таких заболеваниях. В настоящее время основным направ-

лением лечения симптомов мании и гипомании является лекарственная терапия, и продолжать ее нужно до полного излечения фазы заболевания. Как и в случае депрессивной фазы аффективных психозов, мания сама себя ограничивает, однако лекарственная терапия может облегчить симптомы и позволить пациенту намного быстрее вернуться к нормальной жизни. Наиболее эффективны в данном случае бутирофеноны, например, галоперидол или дроперидол, но можно использовать и седативные фенотиазины, например, хлорпромазин. Литиевые препараты, такие, как приадел, мы уже описывали. Механизм их действия несколько отличается от такового для других упоминавшихся лекарств, поскольку он направлен на уменьшение концентрации избыточного натрия в клетках. Таким образом, препараты лития могут быть эффективными при лечении острых приступов, а также как профилактические средства, предупреждающие рецидивы болезни у пациентов, предрасположенных к их частым проявлениям.

В случаях тяжелых приступов гипомании или мании может быть полезным короткий курс электросудорожной терапии, способной быстро вернуть пациенту нормальное настроение, после чего лечение может быть продолжено лекарствами. И здесь действие электросудорожной терапии

основано на восстановлении расстроенного электролитического равновесия между внутренним пространством клеток и их внешним окружением — возможно, за счет непосредственного воздействия на клеточную мембрану или на моноамины центральной нервной системы. Основное преимущество ЭСТ по сравнению с лекарственной терапией состоит в скорости достижения лечебного эффекта, однако при этом могут возникать проблемы этического характера из-за отсутствия согласия на такое лечение со стороны пациентов, направленных в клинику на основании *Акта о психическом здоровье*.

Как уже отмечалось, очень важно начать лечение симптомов на ранней стадии заболевания, поэтому автору всегда было ясно, что отказ от столь эффективного метода облегчения симптомов, каким является ЭСТ, в таких случаях следует рассматривать как недобросовестное отношение медиков к своей работе. Если пациент из-за неспособности к самооценке, возникшей в результате психического заболевания, не в состоянии дать свое согласие на лечение, направленное на ускорение его выздоровления и на уменьшение страданий, или отказывается дать такое согласие,

286

Психиатрия

в любом цивилизованном обществе должен существовать какой-то механизм, позволяющий специалисту действовать в интересах пациента. И, наверное, лучше всего это делать путем достижения соглашения между ближайшим родственником пациента и специалистом, отвечающим за лечение.

Прогноз в отношении исхода единичного приступа гипомании в настоящее время очень благоприятен. Риск рецидива в том случае, когда заболевание является частью биполярного аффективного психоза, достаточно высок, но поскольку приступы болезни обычно перемежаются промежутками хорошего самочувствия, и благодаря тому, что эти приступы можно лечить более или менее эффективно, независимо от того, какими они у пациента являются по счету, то можно советовать друзьям пациента и его родственникам не сомневаться в успехе.

Агрессия и агрессивные психозы

Прежде всего выясним вопрос о том, может ли существовать такая вещь, как агрессивное состояние эндогенного происхождения. Известно, что патологически агрессивное поведение может быть результатом повреждения мозга, составной частью эпилептического припадка или следствием воздействия лекарственных препаратов. Кроме того, такое поведение может проявляться как симптом гипомании, шизофрении или психопатического расстройства.

Если рассматривать не только обстановку психиатрических клиник, но и криминальный мир, и обследовать обитателей наших тюрем, то обнаружится значительное количество людей, не стесняющихся своего агрессивно-спонтанного поведения, провоцируемого самыми тривиальными причинами.

Связь проблем такого рода с расстройствами личности и с последствиями повреждений мозга умеренной тяжести, которые проявляются в аномальности энцефалограммы и в некоторых свидетельствах незначительного повреждения вещества мозга, а иногда сопровождаются некоторым снижением интеллекта, достаточно ясна из статистических данных. Кроме того, мы можем различать, по крайней мере, четыре типа настроения: депрессию,

Заболевания с доминирующими аффективными расстройствами 287

повышенное настроение, тревожность и агрессивность, — и можем утверждать, что в первых трех из перечисленных типов могут случаться расстройства, выходящие за пределы нормального паттерна эмоционального поведения, что следует рассматривать как патологическое состояние, развивающееся внутри центральной нервной системы, преимущественно вследствие определенного нарушения функционирования нервных клеток, скорее всего, на химическом уровне. При этом могут наблюдаться расстройства всех функций человека и искажение его мышления, памяти и поведения. Исходя из этого, разумно предположить, что механизм появления агрессивности действует аналогичным образом.

Одной из возможных причин того, что состояния агрессии в гораздо меньшей степени представлены в практике психиатрических клиник, является различное отношение общества к разным типам расстройств. К болезням с готовностью относят любые заболевания, для которых имеются ясные физические причины, их вызывающие, например, перелом ноги. Но если речь идет о таком заболевании, как аффективное поведение, особенно когда расстройство проявляется в достаточно тонком изменении внутренней среды организма, тогда общество занимает более непримиримую по отношению к больным позицию. К больным аффективными расстройствами и

шизофренией общество, по крайней мере, испытывает некоторую симпатию, считая их страдальцами. Но если основным симптомом при расстройстве настроения является агрессия, то такой человек рассматривается как покушающийся на интересы общества и подлежит выдворению из него, чтобы члены общества не пострадали от направленных на них вспышек агрессии.

Однако автор предпочел бы не соглашаться с такой позицией, считая, что необходимо добиваться того, чтобы и эндогенные агрессивные психозы идентифицировались как равноправная группа расстройств. Можно доказать, что это разумно, независимо от того, согласится ли общество, а точнее, медсестры психиатрических клиник, ухаживать за такими пациентами вместо того, чтобы, как сейчас это происходит, применять к ним обычные меры наказания, которые хотя и лишают их свободы, но мало помогают в излечении этого расстройства. И все же сегодня создание оборудованных необходимыми мерами безопасности отделений, в которых больные с аномальным поведением могут содержаться в безопасных услови-

288

Психиатрия

Заболевания с доминирующими аффективными расстройствами 289

ях с предоставлением необходимого ухода, может помочь более рациональному лечению таких заболеваний.

На самом деле аномально агрессивное поведение людей встречается не так уж редко. Этим несчастным обычно приклеивают ярлык психопатов из-за их идущего вразрез с законом поведения, но поскольку у них не обнаруживают никаких иных психических заболеваний, то они вынуждены сами искать помощи, сознавая, что время от времени их настроение становится раздражительным и сверхчувствительным, хотя и не депрессивным. Более того, такие проблемы с агрессивным поведением могут у них возникать и без угнетенного настроения или каких-то стрессов со стороны окружения. Кроме приступов агрессии, у такого человека нет других отклонений, он имеет нормальную чувствительность, то есть не проявляет психопатических склонностей в общем этическом смысле, способен строить взаимоотношения с другими людьми и учиться на опыте. Причем такие взаимоотношения часто бывают достаточно крепкими, а партнеры по взаимоотношениям могут испытывать к таким людям симпатию в те промежутки времени, когда их агрессивное поведение не проявляется.

Итак, нужно ли при работе с нарушителями закона выделять этих людей в особую группу как психически больных? Конечно, картина агрессивного поведения может смазываться, как это бывает и при состояниях тревоги или других расстройствах. Поэтому в таких случаях стоит проводить исследования нарушений церебральных ритмов, как это делается при выявлении височной эпилепсии.

Лечение

Какое лечение можно предложить таким больным? Полное обследование мозговых ритмов с помощью ЭЭГ, исследование истории болезни в попытках найти ранние свидетельства менингоэнцефалитов и исключение иных возможных причин буйного поведения, таких, как маниакально-депрессивные аффективные психозы.

Чрезвычайно полезной может быть лекарственная терапия. Для контроля вспышек агрессии можно использовать такие бути-рофеноны, как галоперидол. Здесь могут быть полезны также и более быстродействующие препараты, такие, как дроперидол. А вот транквилизаторы типа бензодиазепинов в этих случаях, как правило, бесполезны, поскольку они ослабляют действие связанного с тревожностью естественного фактора угнетения, вследствие чего активизируются импульсы агрессии, которые в ином случае находились бы под контролем. По опыту автора, лучше всего в таких случаях использовать препараты, эффективные для лечения височной эпилепсии, в частности карбамазепин.

Для контроля агрессивного поведения можно использовать и поведенческую терапию, в частности метод позитивного стимулирование хорошего поведения или метод формирования рефлекса отвращения по отношению к определенным типам расстроенного поведения. Однако в целом для таких пациентов, расстройство которых может иметь эндогенный характер, не стоит ожидать от этих методов слишком многого.

Наконец, в упорно не поддающихся лечению случаях буйного поведения с некоторым успехом могут использоваться методы хирургии мозга: лейкотомия, таламектомия или сингулектомия. Все эти методы в основном относятся к числу исследовательских процедур, однако известны заявления о получении с их помощью успешных результатов в некоторых очень тяжелых случаях.

Противоположным по отношению к агрессии состоянием, наверное, следует считать апатию, восьмой смертный грех в традиционной религии. Хотя апатия в наши дни не квалифицируется как болезнь, нет сомнения, что страдающие этим расстройством больные существуют, и иногда им ошибочно ставят диагноз депрессии, если апатия проявляется как единственный и доминирующий симптом. Без сомнения, состояние этих пациентов хорошо отзывалось на использование стимуляторов до того времени, как такое лечение было признано *de rigueur**.

* крайняя мера (франц.)

10 Зак. № 453 Хэзлем

290

Психиатрия

Литература

Balmaker, R. H., *Mania — an evolving concept*, M. T. P. Press, Lancaster, England, 1980.

Baron, R. A., *Human Aggression*, Plenum Press, New York, 1977.

Brown, F., *Depression and Childhood Bereavement*, Journal of Mental Science, 107, 1961.

Coppen, A., and Walk, A., *Recent Developments in Affective Disorders*, BJP Special Publications No 2, Headley, Kent, 1968.

Durkheim, E., *On Suicide*, Glencoe Free Press, Glencoe (111), 1957.

Hare, *The Two Manias — A Study of the Evolution of the Modern Concept of Mania*, British Journal of Psychiatry, 138, 1989.

Sandier, M., *Psychopharmacology of Aggression*, Raven, New York, 1979.

Shopsin, B., *Manic Illness*, Raven, New York, 1979.

Stengel, E., *Suicide and Attempted Suicide*, Harmondsworth, 1969.

Winokur, G. et al, *Manic Depressive Illness*, Mosby, St Louis, 1969.

Вопросы

1. Чем отличаются депрессивные аффективные психозы от обычной депрессии?
2. Что такое аффект?
3. Чем отличается жест, имитирующий попытку суицида, от болезненного стремления к суициду при психотических заболеваниях?
4. Сколько попыток суицида в среднем за неделю происходят в вашей местной клинике? Как поступает с этими несчастными следственный отдел?
5. Какие проблемы существуют в отношении лечения маниакальных заболеваний?

12 Аффективные расстройства: неврозы

Краткая характеристика

Главной особенностью состояния пациентов при неврозах (или психоневрозах) является тревожность. Неврозы — не самые тяжелые психические заболевания, при этих состояниях сохраняется способность самооценки.

Распространенность

Нервные расстройства не слишком тяжелой степени чрезвычайно распространены. К женщинам это относится больше, чем к мужчинам. По оценкам, примерно 25 процентов визитов к врачам общего профиля связано с неврозами, и примерно 10 процентов населения реально страдает некоторой степенью этого заболевания, а для 5 процентов требуется госпитализация.

Классификация

При неврозах отмечаются комплексы симптомов, не имеющие резко очерченных границ. Для удобства описания их можно подразделять следующим образом:

1. Пронизывающая, или генерализованная, тревожность.
2. Тревожные состояния типа фобии:
 - а) агорафобия;
 - б) моносимптоматические фобии.
3. Obsessивные и компульсивные неврозы.
4. Депрессивные неврозы, или депрессивные реакции.

292

Психиатрия

5. Состояния деперсонализации.
6. Истерические неврозы.
7. Расстройства парасимпатических автоматизмов.

Имеются системы классификации (ICD10 и DCM3), в которых сделана попытка подразделения неврозов нетрадиционным образом. С точки зрения автора, несмотря на определенную полезность этих систем для статистического учета, нет достаточных свидетельств того, что они полезны в клинической практике.

Этиология

1. В некоторых случаях неврозов возможна генетическая предрасположенность.
2. Воздействие окружения в раннем детстве, что описано аналитическими теориями Фрейда и поведенческими теориями Павлова.
3. Воздействие текущей сегодняшней обстановки в качестве пускового механизма освобождения вытесненного эмоционального материала.

Лечение

1. Препараты, облегчающие тревогу.
2. Разнообразные методы психотерапии, от поверхностного консультирования до полномасштабного психоанализа.
3. Поведенческая терапия.
4. Гипнотерапия.
5. Техники отреагирования.
6. Электросон.

Исход

Две трети острых приступов неврозов проходят сами собой в течение пятилетнего периода, независимо от лечения. Лечение в таких случаях направлено на облегчение симптомов или на ускорение их излечения, а также на предотвращение оставшейся трети острых приступов.

Аффективные расстройства: неврозы **Описание**

293

В главе 11 мы говорили, что аффект — это преобладающее устойчивое эмоциональное состояние. Мы рассмотрели четыре основных разновидности аффекта: депрессию, повышенное настроение, тревожность и агрессивность. Мы обсудили те расстройства, при которых основным симптомом является болезненное угнетенное настроение, а также манию и гипоманию, характерной особенностью которых является повышенное настроение. При этом мы отметили существование психозов или неврозов, при которых основным симптомом является агрессивность. В этой главе мы рассмотрим группу заболеваний, традиционно называемых неврозами, или психоневрозами, при которых главным аффективным состоянием является тревожность.

Неврозы — это заболевания, сопровождающиеся патологическим состоянием аффекта, называемым тревожностью. Эти заболевания могут быть эндогенными по характеру или представлять собой реакцию на внешнее окружение, могут вызываться сегодняшним стрессом или являться следствием переживаний в раннем детстве пациента. Заболевание может быть острым или хроническим. При психоневрозах наблюдается типичный паттерн симптомов. Часто такое заболевание связано со склонностью к депрессивным реакциям, что является следствием наличия самого невроза.

Трудно дать количественную характеристику распространенности неврозов. Некоторые авторы считают, что поведение каждого человека включает некоторую степень нервозности, возникающую в ответ на окружающую среду. Никто не может повзрослеть, избежав стрессов, на которые человек реагирует не всегда адекватно. Таким образом, в нас заложены семена невротического поведения, которые лишь ждут удобного момента, чтобы прорасти. Кроме того, отмечено, что, по крайней мере, 25 процентов всех посещающих семейного врача пациентов жалуются на повышенную нервозность и переживание стресса, причем доминирующим ощущением при этом является тревожность. Мы ограничимся рассмотрением только серьезных случаев, когда пациенты, вероятнее всего, попадают на прием к психиатру, и эти случаи составляют около 5 процентов всего населения.

В качестве основного источника развития симптомов тревожности следует рассматривать перевозбуждение в центральной не-

294

рвной системе, а точнее в лимбической системе и в ретикулярных формациях мозга. Лежащий в основе химический механизм на уровне нейронов одинаков для страха и тревоги. Если страх определять как некоторое ощущение, испытываемое в ответ на реальную или воображаемую угрозу, то тревожность можно считать нормальной, когда она отвечает определенным обстоятельствам, в которых находится индивидуум, и может быть полезной функцией, обеспечивающей выживание организма, стимулируя деятельность вегетативной нервной системы с целью подготовки человека к необходимой реакции на конкретные обстоятельства. Патологическая тревожность возникает вследствие чрезмерной активности в соответствующих областях центральной нервной системы, что является результатом обусловленной неадекватной реакции на тривиальный стресс. В этом случае тревожность имеет внешний источник, создавший предрасположенность, или эндогенное происхождение в виде встроеной чрезмерной активности или разбалансирования нейрогормонов, и в этом смысле она будет являться заболеванием. Теории развития неврозов имеют широкий спектр: от концепций органического происхождения заболевания до бихевиористических теорий обучения и аналитических теорий, развившихся из работ Фрейда, Юнга и других исследователей.

Существует множество способов лечения неврозов, не меньше, чем средств борьбы с облысением, хотя количество лысых не уменьшается. Всегда следует критически рассматривать предлагаемые способы лечения неврозов, соотнося их с необходимыми денежными затратами. Неврозы распространены чрезвычайно широко, но они имеют естественную тенденцию проходить со временем, поэтому при изучении долговременных эффектов этих заболеваний сравнение результатов нужно проводить с учетом высокой степени естественной ремиссии, как это делается в любом другом исследовании долговременных эффектов.

Способы лечения можно подразделять следующим образом:

- 1. Лекарственные препараты,** которые предназначены для облегчения симптома тревожности на периферическом или центральном уровне.
- 2. Поведенческая терапия.** Это способы лечения, основанные на теории обучения, когда делается попытка облегчить тревогу за счет разрушения неадекватной обусловленной ответной реакции.

Аффективные расстройства: неврозы

295

- 3. Психотерапия.** Здесь делается попытка облегчить симптомы тревожности с помощью развития таких взаимоотношений с пациентом, которые позволяют вскрыть причины посредством разговора и достичь инсайта.
- 4. Психоанализ.** Длительный метод лечения больных неврозами, основанный на анализе воздействия на пациента впечатлений его раннего детства, осуществляемый с помощью регрессии, свободных ассоциаций и многих других аналитических методов.
- 5. Гипнотерапия.** Здесь делается попытка облегчить тревожность с помощью воздействий на пациента, находящегося под гипнозом, при этом за счет имеющейся в этом состоянии сверхвнушаемости удается разрешить проблемы, лежащие в основании симптомов.
- 6. Техники отреагирования.** Здесь удается выявить вытесненные причины немотивированной тревожности и снять эмоциональный блок, благодаря чему пациент освобождается от заболевания.
- 7. Физические методы лечения:** электросон, вдыхание двуокиси углерода и т.д.

Примерно 70 процентов неврозов при отсутствии лечения прошли бы сами собой в течение последующих пяти лет. Лечение может быть направлено на прекращение острых приступов или на долговременную помощь невротической личности. Психологическая польза от любого метода облегчения тревожности в значительной мере обусловлена тем доверием, которое пациент способен почувствовать по отношению к терапии.

Переживание страха или тревоги — это универсальные явления, с которыми знакомы все. Однако пациент, страдающий от того или иного невротического состояния, ощущает тревожность по самым разнообразным поводам и в самые неподходящие моменты, и даже если имеются провоцирующие тревогу стимулы, то такой человек реагирует на них неадекватно сильной тревогой. То есть пациент обладает гиперчувствительностью к этим стимулам.

Как мы далее покажем, неврозы могут принимать разнообразные формы, хотя в настоящее время нет оснований считать, что они различаются коренным образом. Скорее, мы наблюдаем ответную реакцию индивидуума на стрессовую ситуацию, которая превратилась в заученный паттерн неадекватного поведения.

При обсуждении различных проявлений тревожности мы сначала должны рассмотреть понятие невротической личности. И

296

Психиатрия

Аффективные расстройства: неврозы

297

вновь следует напомнить, что в определенной степени нервозность свойственна любой личности. Этот вывод основывается на том соображении, что невроз, то есть склонность реагировать на стресс проявлением тревожности какого-либо типа, является результатом воздействия на человека болезненных переживаний раннего детства, которые были вытеснены в подсознание или в бессознательное и впоследствии участвовали в формировании паттернов поведения индивидуума. Некоторые теоретики объясняют эти касающиеся поведения понятия на основании модели теории обучения. С этой точки зрения можно рассматривать многие состояния фобий и обсессивных неврозов. Ребенок ошпарился кипятком, после чего он начал бояться чайников и пара, причем эта боязнь может разрастись до страха перед любыми горшками, кастрюлями, а также всем, что хотя бы отдаленно связано с паром. Подрастая, ребенок преодолевает этот страх, но в какой-то провоцирующей ситуации страх может возобновиться и стать фобией. Теория ответных реакций освещается в других изданиях, и для более детального ознакомления с ней мы можем порекомендовать читателю том «Psychology Made Simple», написанный коллективом авторов.

Аналитические теории объясняют невротический процесс на основе вытесненных инстинктивных побуждений, связанных с неспособностью разрешить Эдипов комплекс; при этом они обращаются к ранней фазе эмоционального развития человека.

Независимо от теоретического обоснования обсуждаемых понятий, все согласны в том, что заболевание обусловлено определенными базисными факторами. Некоторые авторы утверждают, что существуют **личности, предрасположенные к развитию тревожности**. Это подразумевает наличие какого-то фактора, воздействующего на человека до его рождения, — либо генетически обусловленного, то есть наследственного, либо связанного с определенным воздействием на находящийся в матке плод. Любому человеку в юности приходится справляться со стрессами, и, в зависимости от жесткости этих стрессов и сопутствующих факторов, он находит более или менее удовлетворительный способ реагировать на сходные проблемы, — и в этом смысле основание для развития невротических паттернов поведения у людей универсально. У предрасположенных к тревожности индивидуумов такие стрессовые ситуации с большей вероятностью вызовут развитие невротического поведения, чем у остальных людей, хотя зерна тревожности заложены в каждом из нас. Но, кроме такой предрасположенности, в большинстве случаев для развития невроза необходимо, чтобы человек в какой-то момент попал в провоцирующую ситуацию, которая срабатывает как пусковой механизм для проявления невроза в явной форме.

Кроме влияния факторов окружения, возможно, хотя бы теоретически, еще и то, что болезненный процесс каким-то образом воздействует на функционирование и активность тех участков мозга, которые ответственны за уровень возбуждения, страха и за изменения настроения. Здесь имеется в виду тот участок мозга, который называется лимбической системой, включает в себя гиппокамп, ядра миндалевидного тела и соединяется с лобной долей коры, а также таламус и еще некоторые участки мозга, включающие ретикулярную формацию. Согласованная работа этих участков может нарушаться, в результате чего в системах нейрогормонов, уже обсуждавшихся нами моноаминов, по эндогенным причинам развивается гиперактивность или недостаточная активность. Это и приводит к развитию эндогенных неврозов, сходных с аффективными психозами и шизофренией, для которых тоже характерно наличие биохимического нарушения.

Для полноты картины следует сказать, что существует легко распознаваемое воздействие внешней среды на уровень производства гормонов в организме, который определяется естественными биологическими ритмами, и на развитие болезненных процессов. Человек может намеренно, на сознательном уровне, спровоцировать у себя тревожную реакцию, поставив себя в ситуацию, которая вызывает тревогу. Так, человек, боящийся высоты, может вызвать у себя соответствующие реакции в симпатической нервной системе, просто встав на край пропасти: в лимбической системе разовьется гиперактивность моноаминов, в вегетативной системе повысится уровень катехоламина, стимулируя активность ее нервных клеток, в результате чего повысится уровень потоотделения, ускорится пульс и проявятся все остальные связанные со страхом реакции. Все это индуцировано чисто внешними причинами, однако создает при этом явные физические изменения внутри организма, которые можно измерить.

Мы можем проследить этот процесс при психосоматических расстройствах, когда тревога вызывает физические симптомы,

298

Психиатрия

воздействующие на определенные части организма. Известно также, что изменение кислотно-щелочного баланса в организме, например, при введении лактата явно провоцирует приступ тревожности у предрасположенных к ней пациентов, а при вдыхании двуокиси углерода, напротив, тревожность временно ослабляется. Таким образом, мы выяснили, что окружающая среда может воздействовать на настроение, и, с другой стороны, на него могут влиять химические изменения в организме. Взаимодействие между этими факторами достаточно сложно, и этим в какой-то мере объясняется разнообразие неврозов. Лечение может проводиться на разных уровнях и с учетом возможной вовлеченности множества факторов в каждом конкретном случае. Кроме того, довольно часто у невротика развивается вторичная тревожность: он боится, что страдает органическим заболеванием, наблюдая характерные симптомы, которые на самом деле вызваны состоянием тревоги. То есть у человека развивается порочный круг страха перед симптомами, обусловленными самим страхом.

Симптомы

Поскольку первичное состояние тревожности передается посредством вегетативной нервной системы во все части тела, симптомы невроза тревоги весьма разнообразны. Определенные синдромы могут развиваться при воздействии на личность провоцирующих факторов окружающей среды. И все же существуют симптомы, которые можно считать характерными для высокого уровня тревожности.

Нам хорошо знакомы нормальные проявления тревоги. Неприятное чувство психического напряжения иногда описывают как ощущение «мотыльков в желудке». Нетрудно представить, что при этом происходит. Голова раскалывается от боли, и кажется, будто внутри играет маленький джазовый оркестр. Сухость во рту, зрачки расширены. Кожа становится влажной, а иногда наблюдается пилоэрекция (волосы встают дыбом). Сердце начинает учащенно биться, немного поднимается кровяное давление. Во время острых приступов происходит перевозбуждение, затрудняется мочеиспускание и повышается сексуальная чувствительность.

Аффективные расстройства: неврозы

299

При более длительных приступах может проявляться учащение мочеиспускания, и пациент часто бежит в туалет. Через некоторое время ослабляется способность к концентрации.

Как известно, после такого периода тревожности мы чувствуем облегчение, но одновременно и физическую слабость. Переживание высокого уровня напряжения или возбуждения очень утомительно.

Таким образом, если состояние тревоги затягивается, человек обычно ощущает усталость, ослабление способности к концентрации, вялость и общее недомогание. Появляется бессонница с трудностью первого засыпания, пациент никак не может расслабиться, и все это в сочетании с тревожностью заставляет его жаловаться на постоянное переутомление. Есть два термина, которые сейчас уже не так широко используются при диагностировании синдромов общего типа. Один из них — неврастения, а другой — ипохондрия.

При неврастении доминирующими симптомами являются слабость и истощение. Ухудшение аппетита может приводить к некоторой потере веса, что усиливает страдания больного. В результате пациент теряет жизненный стимул и чувствует постоянную слабость.

Ипохондрии, в основном, свойственны органические проявления, и пациенты жалуются на боли в разных органах. Им нужно, чтобы их постоянно успокаивали, поскольку они боятся, что у них рак, что-то с сердцем или какая-то другая страшная болезнь. Однако увещевания дают им лишь временное облегчение, поскольку тревога тут же проявляется в ином симптоме. Своими жалобами больные утомляют друзей и родных, что приводит к распаду взаимоотношений и добавляет страданий.

А теперь давайте рассмотрим те специфические синдромы, которые мы перечислили в начале главы.

Пронизывающая тревога

Генерализованная гиперактивность вегетативной нервной системы, не относящаяся к каким-то определенным органам, может представлять в виде генерализованного состояния тревоги. Часто в истории семьи пациента можно найти аналогичное заболевание,

хотя фактор наследования установить очень сложно. Кроме того, нередко обнаруживается и нарушение взаимоотношений пациента с родителями: он страдает или от излишней опеки, или от одиночества. Ретроспективный взгляд в прошлое позволяет проследить признаки тревожности у пациента в детском возрасте и в юности — например, ночные кошмары, ночное недержание мочи, расстройства настроения и так далее. Иными словами, свидетельства нервозности можно обнаружить в далеком прошлом, хотя подчас трудно установить, что именно ее провоцировало, поскольку такие обстоятельства часто оказываются вытесненными или забытыми.

В последующей жизни возникают новые стрессовые ситуации. Для исследователя истории болезни при первых беседах с пациентом они могут предстать явным образом или завуалированно, но симптомы общей тревожности на этой стадии уже отчетливо проявляются. Они точно такие же, как и при описанном выше обычном страхе или тревоге. Единственное отличие состоит в том, что не удается выявить причины, понятной пациенту, или же такая причина кажется слишком тривиальной, и здоровый человек не счел бы ее достаточной для провоцирования наблюдаемых симптомов. Но следует помнить, что обычно у пациента проявляется гиперчувствительность к тривиальным стрессам. Более того, если здоровый человек, встречаясь с таким стрессом, как экзамен или собеседование, знает, что все это скоро закончится, и можно будет расслабиться, то пациент в состоянии тревожности не способен к такому взгляду на вещи. Он не видит конца своим страданиям и каждое утро, просыпаясь, прежде всего проверяет наличие привычных симптомов. Это, наверное, самый устойчивый признак таких заболеваний.

У женщины развилось ощущение напряженности и тревоги, связанное с болями в правой стороне головы. Наверное, существенно то, что у ее отца, к которому она была очень привязана и который умер несколько месяцев назад, были те же самые симптомы перед тем, как с ним случился удар. Однако симптомы пациентки приняли более генерализованный характер, и в клинику она поступила с четырехмесячной историей таких нарушений, как дрожь, потеря способности к концентрации, ощущение тошноты по утрам и сжимающего желудка страха. Она с трудом засыпала, была постоянно раздражена и взвинчена. Эти симптомы

Аффективные расстройства: невроты

301

удалось излечить с помощью техник отреагирования в сочетании с гипнотерапией.

Фобические состояния

Связанная с неврозом тревожность бывает генерализованной, как описано выше, или принимает форму психосоматических симптомов. Однако иногда состояние тревоги связывается с определенными обстоятельствами или событиями и не длится изо дня в день. Такая тревожность называется **фобической** и проявляется в двух часто встречающихся формах, известных как агорафобия и как моносимптоматические фобические состояния.

Агорафобия буквально означает боязнь места, где располагается рынок*. Она проявляется в виде тревожности, связанной с толпами людей, путешествиями или с ситуациями, когда ограничены возможности выхода наружу. Часто такие пациенты боятся, что они могут упасть в обморок или что их стошнит, и они будут глупо выглядеть. Обычно с ними этого не случается, но пациент мог когда-то пережить состояние обморока или знать о нем от других. Сама возможность этого провоцирует у него страх. Такие пациенты в кино, лекционном зале или в церкви обязательно садятся в последнем ряду. Они не могут ездить автобусом или поездом, и даже во время прогулки по улице у них может развиваться достаточно острый приступ тревоги. При отсутствии лечения со временем эти симптомы могут генерализоваться, и тогда пациент становится пленником в своем доме, боясь сделать хотя бы шаг наружу. Родственники в какой-то мере потворствуют проявлению болезни, соглашаясь делать за больного все дела, требующие выхода из дома, освобождая несчастного от необходимости таких вылазок. Это, с одной стороны, милосердно, но, с другой — губительно, поскольку закрепляет оформившийся паттерн поведения, который с помощью лечения можно было бы изменить.

Пока такие пациенты не попадают в стрессовые ситуации, уровень их тревожности минимален.

Но, к сожалению, реагируя

От греч. *agor* — рыночная площадь, *phobos* — страх. — Ред.

302

Психиатрия

на приступы паники бегством от провоцирующих страх стимулов, то есть пытаясь таким образом

спастись от своего страха, они, согласно теории обучения, лишь закрепляют болезненный паттерн поведения.

У женщины 38 лет развился страх, что она не сможет выбраться из таких мест, как ряд кресел в кинотеатре, церкви или в автобусе. Это произошло на фоне невроза, имеющего долгую историю, причем реакции тревоги, как потом оказалось, развивались под воздействием стресса еще в детстве. Однако, этот источник ее страхов оказался заблокированным, и ее тревожность не удавалось связать с конкретными причинами.

За несколько месяцев ее симптомы генерализировались настолько, что она уже не могла ездить в общественном транспорте или просто ходить в магазин. Она боялась упасть в обморок, хотя этого с ней никогда не случалось, и, оказавшись в такой ситуации, впадала в панику и убегала. Со временем она поняла, что ей трудно выходить из дома. Она стала похожей на то, что Рот назвал «привязанной к дому домохозяйкой». Она просила друзей и членов своей семьи делать все покупки. В доме она могла выполнять любую работу, но если предстояло куда-то выйти, она явно ощущала тревогу и ужас.

При такой степени агорафобии стоит лечь в клинику, чтобы разорвать порочный круг, доверившись поведенческой терапии.

Моносимптоматические фобии намного специфичнее агорафобии. Пациент проявляет страх в строго определенных ситуациях, многим из которых даны причудливые латинские названия. Так, клаустрофобия* — это боязнь замкнутого пространства, например, лифта. Не менее распространена боязнь высоты или темноты, насекомых, определенных животных или змей. Встречаются и более изощренные страхи, например, страх причинить вред своему ребенку или страх произнести бранное слово в церкви.

Женщина 27 лет, качая своего ребенка на качелях в парке и находясь в тот момент в несколько угнетенном состо-

** claustrum — засов, замок, заточение (лат.)*

Аффективные расстройства: неврозы

303

янии, подумала: «Как было бы ужасно, если бы я держала нож и воткнула его, когда ребенок качнется назад». Эта довольно странная мысль стала навязчивой и так завладела ее умом, что она с тех пор боялась брать в руки ножи в присутствии ребенка или собираясь с ним на прогулку в парк. Хотя она осознавала всю абсурдность этой мысли, все же мысль не исчезала, и женщина стала испытывать тревогу по поводу того, что она сходит с ума и может в самом деле сделать то, о чем думает.

Ее успокаивали, что нет никакой реальной опасности, тем не менее, этот симптом совершенно измучил ее и расстроил отношения с ребенком. В этом случае было необходимо амбулаторно лечить больную с помощью поведенческой терапии.

Некоторые фобии имеют достаточно прозрачную форму, и поэтому их легко понять в контексте реальных событий. Но иногда фобия превращается в obsессивное напряжение при совершенно незначительных поводах. Многие люди страдают от слабо выраженных моносимптоматических фобий, не связанных с какими-то иными психическими заболеваниями и не имеющих тенденции к превращению в генерализованное состояние тревоги. Такие фобии можно рассматривать как обусловленные ответные реакции. Часто эти состояния удается связать с какими-то событиями детства. Степень причиняемого ими вреда для здоровья пациента, а следовательно, и уровень необходимого лечения, зависит в основном от типа переживаемого страха. Если верхолаз боится высоты, а водитель такси испытывает страх езды в автомобиле, то это, должно быть, чрезвычайно изматывает. Но для домохозяйки боязнь высоты не столь важна, поскольку она легко может избегать переживаний такого рода, если только не решится заняться альпинизмом в качестве хобби.

Obsессивно-компульсивные неврозы

^b Термин «obsессивный» относится к повторяющейся мысли, навязанной сознанию. Например, человек ощущает потребность

304

Психиатрия

все время мысленно повторять одну и ту же фразу или в его сознание постоянно вторгается одно и то же страшное воспоминание, нарушающее его способность концентрироваться. Компульсивными называют навязчивые повторяющиеся движения, которые часто имеют характер ритуальных действий, например, ритуала опрятности или проверки.

Механизм, действующий при обсессивно-компульсивных неврозах, несколько иной, чем при состояниях тревожности. Волпе определил для этой группы ритуалы, **облегчающие тревожность**, и паттерны поведения, **провоцирующие тревожность**. В первом случае механизм действует следующим образом. Пациент переживает ощущение, неприятное по своей природе, и ищет способа облегчить его. Таким образом, здесь в качестве стимула действует стремление уменьшить тревожность, если опираться на теорию «стимул-ответ», рассмотренную в Части 1. Паттерн поведения, дающий временное уменьшение тревоги, обычно хорошо изучен и многократно повторен пациентом, и при возвращении тревожности этот паттерн поведения, скорее всего, превратится в ритуал. Так, если человеку, прежде чем лечь спать, обязательно нужно проверить, что дверь закрыта, то он будет делать это определенное количество раз. Клерк, занятый в офисе проверкой цифр, в таком случае делает проверку не один раз, а три или трижды три. Человек, любящий строго определенный порядок расположения предметов, перед сном обязательно проверит, прямо ли висят картины на стене и ровно ли стоят украшения на столе, а снятую одежду разложит определенным образом.

Некоторая небольшая степень обсессивности у человека может быть полезной чертой. Она способствует добросовестности и эффективности. Часто такие люди находят себя в тех видах деятельности, которые требуют внимательного пересчета каких-то элементов или проверки изображений. Однако, если эти симптомы ассоциируются с тревожностью и переходят в ритуалы, разрушающие способность к концентрации, то эффективность действий человека уменьшается, причем впоследствии могут возникнуть и более серьезные проблемы, а в тяжелых случаях это грозит потерей трудоспособности.

В то же время, некоторые обсессивные мысли могут провоцировать тревожность. Так, у женщины может быть навязчивая мысль о том, что она может причинить определенный вред своему

Аффективные расстройства: неврозы

305

ребенку или что она может каким-то образом опозориться; один из пациентов боялся, что произнесет богохульные слова во время церковной службы. Такие невротические страхи никогда не реализуются, но создаваемая ими тревожность вызывает именно тот тип тревожных реакций, который бывает при описанных выше расстройствах. С целью уменьшения тревожных реакций такого типа пациенты могут прибегать к навязчивым ритуалам.

Мужчина 32 лет, работающий учителем, находился под давлением стресса, возникшего на работе. Он стал замечать, что постоянно проверяет, закрыта ли дверь и закрыты ли краны. Эти действия превратились в ритуал, так что он вынужден был их проделывать дважды, чтобы убедиться, что все в порядке. Это происходило как в школе, так и дома, а потом он заметил, что делает то же самое, когда проштамповывает книги или что-либо пересчитывает. Если ему не удавалось успешно закончить выполнение какой-либо задачи, он снова повторял весь ритуал. Он осознавал иррациональность такого поведения, но чувствовал психическое напряжение и дискомфорт, если не выполнял этого ритуала. Через несколько месяцев его ритуальные действия стали более скрупулезными и начали мешать обычным повседневным занятиям. Одежду он должен был складывать всегда определенным образом, а умывание должно было продолжаться определенное время, с двумя намыливаниями и двумя ополаскиваниями. Через какое-то время он привлек внимание врача явными симптомами депрессии, которые явились результатом обсессивного состояния.

Невротическая депрессия

В предыдущей главе мы обсуждали депрессивные симптомы в связи с аффективными психозами. Однако мы говорили, что депрессия часто проявляется как симптом, связанный с невротическими состояниями, в частности при разнообразных проявлениях тревожности. Такой тип депрессивной реакции, как и пронозы-

306

Психиатрия

вающая тревожность, может развиваться без явно выраженной внешней причины или являться следствием гиперчувствительности пациента к тривиальным провоцирующим ситуациям его окружения, которые у здоровых людей не вызывают такой реакции. Пациенты, обладающие личностью невротического типа, особенно предрасположены к развитию колебаний настроения по типу реактивной депрессии, характер которых, однако, достаточно сильно отличается от тех, что наблюдаются при аффективных психозах.

Настроение при невротической депрессии не имеет того качественного своеобразия, которое

отличает настроение при аффективных психозах от простой печали. Нет того оцепенения, которым отличается эмоциональный нигилизм. Это та же самая печаль, с которой мы все хорошо знакомы. Просто она неадекватна причине, ее вызывающей, или вообще для нее не удастся обнаружить никакой внешней причины. Невротики могут отбросить эту печаль на какое-то время, оказавшись в веселой компании. Но, забывшись на время, при возвращении к скучной действительности пациенты вновь обретают свои печали. При эндогенных психозах такое встречается редко. Кроме того, при невротической депрессии настроение, как правило, к вечеру ухудшается по мере того, как проходит день и возрастает психическое напряжение. В отличие от этого, при аффективных психозах самое плохое настроение у пациентов бывает по утрам, что связано с ранним утренним пробуждением, а потом постепенно улучшается.

Ритмы сна тоже отличаются. Для больного, страдающего невротической депрессией, наибольшую проблему составляет засыпание вечером. Нагромождение дневных забот давит и не дает расслабиться, поэтому сон никак не приходит. Но если уж он заснул, то проспит до самого утра и не услышит будильника.

Хотя способность к концентрации может быть расстроена, здесь нет той картины, которая бывает при аффективных психозах, когда пациент теряет аппетит, у него снижается либидо и вообще теряется интерес ко всем увлечениям. Здесь все эти аспекты выглядят намного разнообразнее, и пациент может, например, переедать, чтобы как-то компенсировать свое невротическое состояние. Сексуальность остается без изменений. Часто невротики чувствуют себя лучше, когда находят для себя какое-то

Аффективные расстройства: неврозы

307

занятие типа хобби, где они могут забыться хотя бы на время. Как мы увидим далее в этой главе, реакция на лечение у пациентов этих двух групп тоже существенно различается. Связанные с тревогой неврозы отличаются и другими особенностями, а главное, при неврозах сохраняется личность пациента, в то время как при аффективных психозах пациент часто выходит далеко за пределы своей прежней личности.

Женщина 28 лет была помещена в палату экстренной помощи после того, как она приняла чрезмерную дозу таблеток. Ранее, на протяжении почти десяти лет, у нее отмечались невротические реакции, она уже перенесла три или четыре приступа депрессии, связанных с реакцией на внешние стрессы. Разрыв супружеских отношений и уличение супруга в измене ускорили развитие заболевания. После этих событий она в течение нескольких недель страдала слабостью и чувствовала себя незащищенной, у нее возникли трудности с засыпанием. Несмотря на депрессию, она поправилась примерно на шесть фунтов и начала замечать какой-то навязчивый аспект в процессе принятия пищи. Она чувствовала нервозность и тревогу, а также ослабление способности концентрироваться.

Хотя принятие большой дозы таблеток было просто своего рода криком о помощи, потребовалась госпитализация, чтобы справиться с последствиями происшествия. Назначенные транквилизаторы ей не помогли, но, к счастью, вскоре их можно было отменить, поскольку более эффективной помощью оказались беседы с мужем, когда они помирились, и пара вновь соединилась.

Деперсонализация

Когда мозг долгое время находится под давлением стресса, в нем может произойти нечто вроде переключения, и субъект начинает отделять себя от осознаваемой им внешней среды. Иногда это явление называют **состоянием диссоциации**. Оно может принимать самые разнообразные формы. Хотя некоторое ощущение

308

Психиатрия

нереальности мира может быть знакомо большинству из нас, в языке нет таких слов, чтобы описать обсуждаемый симптом. Тем не менее каждый, кто переживал подобный опыт в состоянии тревожности, знает, что такое бывает.

При переживании **деперсонализации** изменяется осознание пациентом образа своего собственного тела. Так, при взгляде в зеркало собственное лицо может казаться ему незнакомым или изменившимся. Он не признает его своим. Собственное тело или какая-то его часть кажется уменьшенным, увеличенным или изменившим свою форму. Иногда такое ощущение возникает и вне состояния тревожности, например, непосредственно перед сном или в суремках.

В состоянии **дереализации** измененным представляется внешний мир или окружающие пациента люди. Так, знакомый пейзаж может показаться пациенту изменившимся, незнакомым, странным.

Люди представляются ему трудно узнаваемыми, пугающими или уродливыми.

Кроме того, эмоциональное состояние пациента может измениться под воздействием такого опыта, и он начинает себя чувствовать как бы отключенным. Например, при сохранении физической способности реагирования он не ощущает ни радости, ни печали, ни каких-то иных переживаний на сознательном уровне.

С этими ощущениями связан один феномен, проявляющийся в состояниях тревожности или при неврозах. Феномен *deja vu** описывается как вера в то, что переживаемое событие уже было когда-то, даже если разум говорит, что этого не может быть. Так, во время беседы человек может почувствовать, что все сказанное он слово в слово слышал когда-то в прошлом. Может быть также ложное распознавание места или ситуации: например, человек входит в комнату и чувствует, что был здесь когда-то, хотя знает, что это невозможно. Неудивительно, что человек начинает интерпретировать такие явления как нечто мистическое, придавая им сверхъестественное значение. Однако этот феномен легко раскрыть с помощью понятия ложного воспоминания. До того, как человек вошел в незнакомую комнату, он, конечно, не может описать, что находится внутри. Только когда происходит

* уже случилось (франц.)

Аффективные расстройства: неврозы

309

непосредственное восприятие, может возникнуть ложное воспоминание.

Состояние ложного распознавания может проявляться как составная часть паранойи. О паранойе можно прочитать в других источниках; обычно ее представляют как моносимптоматический психоз.

Частью картины неврозов тревожности могут быть состояния измененного сознания. Однако такие искажения восприятия встречаются и при других заболеваниях. Интересно сравнить этот феномен с тем, который наблюдается при височной эпилепсии и который Рот определил как «фобическую тревогу синдрома деперсонализации». Сходные ощущения бывают в состояниях бреда или при отравлении некоторыми наркотиками, в частности стимуляторами и галлюциногенами. Они могут наблюдаться и при различных органических заболеваниях, затрагивающих центральную нервную систему. Наконец, такие явления могут обнаруживаться при других психических заболеваниях, в частности при шизофрении, когда довольно часто встречается явление дереализации вследствие расстройства мышления.

Истерия

Феномены, описанные в предыдущих абзацах, имеют определенное отношение к тем, что принято объединять названием истерия. Этот интересный и имеющий долгую историю термин в просторечии имеет оттенок чего-то осуждаемого и обидного. А на самом деле это слово происходит от греческого слова *hystera* — «матка», поскольку симптомы этого состояния чаще проявляются у женщин, к тому же, прежде этот термин употреблялся для обозначения блуждающей матки.

Истерическая личность, как и личность невротического типа, отличается определенной структурой характера, вследствие чего индивидуум ведет себя под воздействием стресса определенным образом. При истерии симптомы являются психическими по своему происхождению, но они подстраиваются под органические заболевания. Как и при состоянии тревоги, болезнь может кос-

310

Психиатрия

нуться функционирования любой части организма. Термин истерия иногда некорректно используют для описания человека, потерявшего над собой контроль, взрывающегося плачем или обладающего резко расстроеным поведением. В народе именно такое поведение называют истерическим. В противоположность этому, при истерии, заболевании, названном Жане *la bel indifference*, чаще наблюдается удивительно индифферентное отношение пациентов к своему симптому. Однако это перестает удивлять, когда поймешь, что причина истерического диссоциативного состояния лежит в том, что пациент на уровне бессознательного получает возможность отказаться от действия под давлением провоцирующей тревогу ситуации.

Истерические симптомы могут затрагивать моторные функции (как при параличе руки) или сенсорную функцию (потеря чувствительности к боли в конечности либо потеря слуха или зрения). Болезнь может отразиться на памяти с развитием истерической амнезии, когда пациент полностью теряет способность вспоминать информацию о самом себе, хотя у него никогда не

было черепно-мозговой травмы. Могут быть случаи состояний «фуги», когда пациент живет двойной жизнью с одновременным принятием альтернативной личности. В своей экстремальной форме это состояние известно как состояние типа Джекила и Хайда, когда в одном человеке в разные моменты времени функционируют две разных полноценных личности. Некоторые трансвеститы могут диссоциировать до такой степени, что, переодевшись соответственным образом, начинают ощущать себя личностью противоположного пола.

Фактически на почве истерии может развиваться любой симптом. Истерические припадки могут быть похожими на эпилепсию или иметь вид расстроенной походки, тремора, как при болезни Паркинсона, и так далее.

Ключом к диагностированию таких симптомов, позволяющим отличать их от заболеваний, имеющих органические причины, является то, что здесь эти физические причины невозможно обнаружить, нет никакой патологии в затронутой заболеванием части организма. Например, пациент, жалующийся на то, что у него не действует рука, нет силы в мышцах и нет чувствительности к боли или к прикосновению к коже, будет ощущать эти симптомы только в той области, которая подходит для этого

Аффективные расстройства: неврозы

311

симптома. Так, бывают случаи анестезии типа перчаток-или-носков, которая никак не связана с настоящим нервным расстройством, возникающим при повреждении нерва или при нарушении кровоснабжения. Обычно не обнаруживается никакого повреждения мышцы или изменения температуры конечности. Иными словами, складывается впечатление, что симптомы появились давно, но при этом не удается обнаружить никакой истории заболевания или повреждения данного органа. В то же время, довольно часто при развитии симптома обнаруживается какая-то врожденная эмоциональная проблема. Этому может предшествовать состояние достаточно выраженной тревожности. В момент появления симптома состояние *la bel indiffirence* переходит в паралич, что для нормального человека было бы чрезвычайно прискорбным фактом.

На основе такой истерической диссоциации у пациента может появиться определенная вторичная выгода. Например, если симптом истерии проявляется так, что это не позволяет пациенту выполнять отвратительную для него задачу или принимать неприятное решение, то это приведет к закреплению симптома. Истерические симптомы такого типа очень трудно устранить, если развилось ощущение определенной пользы от них, поскольку отсутствует побудительный мотив для его устранения.

Интересна связь между истерическими симптомами и гипнозом. Во время гипноза состояние повышенной внушаемости развивается за счет монотонного повторения стимулов и за счет вызываемой терапевтом гипервнушаемости. Если в это время пациенту внушить, что у него есть определенные симптомы, то он потом будет твердо верить в них и вести себя соответствующим образом. Если пациент способен войти в достаточно глубокий транс, то за счет этого эффекта ему может быть сообщена постгипнотическая внушаемость, и пациент начнет действовать соответствующим образом даже после пробуждения.

Точно так же истерические симптомы можно устранить под гипнозом или с помощью техник отреагирования. Один из способов лечения таких симптомов состоит в том, чтобы позволить пациенту перенести их в сознание и выразить каким-то образом свои эмоциональные переживания, связанные с вытесненными эпизодами травматического характера, которые могут быть исходными причинами истерических симптомов.

312

Психиатрия

Аффективные расстройства: неврозы

313

Довольно часто истерические симптомы развиваются в связи с остро травмирующими эпизодами — например, случившимися во время войны, — которые пациент не способен вынести на сознательном уровне. Такие эпизоды вытесняются и как бы перестают существовать для пациента, он о них полностью забывает. Однако на уровне подсознания они не стираются из памяти и в некоторых случаях непрерывно вызывают депрессивные симптомы невротического типа, для которых пациент часто не находит никаких разумных причин. При облегчении таких эмоций по методу отреагирования состояние пациента в целом быстро улучшается. К сожалению, такие удивительные случаи излечения сравнительно редки, и потому им не уделяется достаточного внимания.

В нашем усложнившемся обществе истерические симптомы проявляются все реже, и сейчас состояния тревожности скорее проявляют себя в иных формах. Истерические симптомы чаще можно встретить в более примитивных обществах. Фрейд полагал, что они являются продуктом вытеснения сексуальных или агрессивных переживаний, и в его время это чаще всего было именно так, поскольку сексуальные переживания, особенно у женщин, часто подавлялись, правда достигалось это ценой утраты стабильности личности.

Некоторые особенности описанных состояний можно проиллюстрировать одним-двумя примерами истерических симптомов.

Одинокая женщина должна была присматривать за своей старой и сварливой матерью. Она чувствовала себя виновной в том, что однажды мать упала в саду и сломала бедро. Часто ей хотелось, чтобы мать куда-нибудь исчезла, и помещение матери в больницу, к несчастью, совпало с этими не очень милосердными мыслями дочери. У дочери; развился паралич правой руки — без сомнения, именно той, которой дочь хотела бы оттолкнуть мать от себя. Так> случилось, что это избавляло ее от необходимости присматривать за матерью после ее выписки из больницы, поскольку дочь теперь ничего не могла поднимать. Казалось, что дочь нисколько не удивлена своим столь странно появившимся увечьем, и эта подсознательная вторичная выгода затрудняла излечение симптома.

В другом случае молодая девушка, достаточно незаурядная личность, была разочарована тем, что после школы вынуж-

дена была пойти всего лишь на курсы медсестер. С этими мыслями она скользила по льду со своим младшим братом, но вдруг почувствовала слабость, упала и ударилась бедром. С ощущением боли она прибыла в травматологическое отделение, где не очень опытный врач на всякий случай наложил ей на бедро гипсовую повязку, надеясь, что на следующий день его шеф посмотрит результаты рентгеновского обследования, поскольку он опасался, что может быть перелом. Когда посмотрели рентгеновский снимок, то установили, что это просто ушиб, кость не повреждена, поэтому гипс сняли. Однако девушка сказала, что не может двигать ногой и совершенно ее не чувствует. Стопу кольнули булавкой, но она не отдернула ногу. Врачи забеспокоились, опасаясь повреждения нерва в результате падения или из-за того, что повязка была слишком тесной. Но при проверке выяснилось, что хотя при ходьбе нога волочится и не может выдерживать никакой нагрузки, девушка все же смогла сесть в кровати, а для этого движения требуется, чтобы бедренная мышца действовала как опора. Кроме того, для потери чувствительности требовалось бы повреждение, по крайней мере, трех разных нервов, идущих по бедру в различных направлениях.

В этом случае лечением была в основном психотерапия, направленная на вскрытие лежащих в основе заболевания проблем и на обнаружение возможной выгоды, которую мог бы давать такой симптом. Была применена поведенческая терапия, использующая связь нормальных реакций в обеих ногах на основе рефлекса. Пациентка должна была двигать неповрежденной ногой в ответ на стимулы, воздействующие на больную ногу, но когда незаметно для пациентки удалось поменять роли ног, то больная нога начала двигаться в ответ на стимул, прикладываемый к здоровой ноге. Часто для того, чтобы пациент признал истерическую природу симптома, необходимо дать ему возможность выйти из ситуации, сохранив лицо, чтобы можно было избежать осуждения друзей, способных на злорадование.

В третьем случае мужчина был помещен в клинику с жалобами на полную потерю памяти. Такое не всегда случается даже при черепно-мозговых травмах или при

314

Психиатрия

сотрясении мозга, поскольку, как правило, память утрачивается лишь частично.. Это обстоятельство, а также отсутствие каких-либо признаков физических нарушений, позволило предположить диагноз истерической амнезии и побудило использовать при лечении тест с применением пентотала. При этом ожидалось, что пациент, находясь под воздействием лекарства, введенного ему внутривенно, сможет вспомнить какой-нибудь вытесненный материал. Во время этого терапевтического сеанса пациент смог вспомнить, что он недавно сошел с корабля. Постепенно история сложилась в нечто целое. Этот человек пользовался вниманием некоей «сладкой мамочки», которая в обмен на его любезность делала ему разные подарки, в том числе подарила автомобиль. Семья пациента не знала об этих отношениях, но когда их роман закончился, женщина потребовала вернуть машину. Он отказался, поскольку это поставило бы его в неловкое положение в семье. Тогда «сладкая мамочка»- стала угрожать,

что подаст в суд, и действительно судебный процесс должен был вот-вот начаться. Это неизбежно открыло бы семье правду о его связи.

Однажды по дороге на работу он полностью утратил память о прошлом и решил наняться в команду корабля, отплывающего в Балтийское море. Он отсутствовал ровно неделю, на протяжении которой семья заявила о нем как о без вести пропавшем. Сойдя с корабля, вернувшегося в английский порт, он пошел просто вверх по дороге. В этот момент он понял, что не может вспомнить ничего из того, что с ним случилось на прошлой неделе, и вообще ничего из своей прошлой жизни, и сообщил об этом в полицейском участке, жалуясь на полную потерю памяти и говоря, что не помнит даже своего имени.

Это типичный пример истерической реакции бегства. Потеря памяти связана со стрессовой ситуацией, из которой пациент не видит выхода, и как только память теряется, человек начинает жить двойной жизнью, при этом полученная вторичная выгода способствует закреплению расстройства памяти.

Потребовалось несколько бесед с введением пентотала, чтобы память пациента восстановилась до нормальной. Такую терапию

Аффективные расстройства: неврозы

315

можно сочетать с поддерживающей психотерапией, разработанной так, чтобы помочь пациенту прийти в какое-то согласие с неприятной для него действительностью.

Парасимпатическая сверхактивность

Некоторые невротические синдромы вызываются сверхактивностью только в одной ветви вегетативной нервной системы. Мы уже видели, какую роль играет симпатическая система в развитии реакций тревоги и страха.

Сверхактивность в парасимпатической системе определить труднее. Возможно, синдромы, связанные со стыдом, смущением, которые сопровождаются аномальной кишечной перистальтикой и развитием иных психосоматических расстройств, сочетаются со сверхактивностью некоторых центров лимбической системы, вызванной ацетилхолином — моноамином, который является медиатором клеточной активности в парасимпатической системе. Поэтому разумно предположить, что для таких синдромов необходимо лечение ингибиторами ацетилхолина. Однако в настоящее время более эффективным методом является лечение путем общего подавления сверхактивности лимбической системы с помощью бензодиазепинов в сочетании с поведенческой терапией.

Дифференциальная диагностика

Тревожность является в высшей степени субъективным феноменом. Чтобы определить степень тревожности пациента, можно просто спросить, насколько тревожно он себя чувствует. Уровень научной достоверности повысит использование шкал визуальных аналогий. Для объективного измерения степени тревожности можно использовать шкалы психологической оценки, например, шкалу тревожности Гамильтона. Можно также определить уровень тревоги посредством психологического тестирования с измерением сопротивления кожи, периферического

316

Психиатрия

Аффективные расстройства: неврозы

317

кровообращения и так далее. Но сложнее всего связать эти результаты с субъективными ощущениями пациента.

Тревожность может проявляться чрезвычайно разнообразно. Кроме того, бывают состояния тревожности эндогенного происхождения, о которых мы говорили в прошлой главе. Мы отмечали, что введение раствора лактата может индуцировать приступ тревоги у людей, страдающих неврозами тревоги, в то время как внутривенное введение других растворов, например, глюкозы или солевого раствора, не дает такой реакции. Эта ответная реакция не настолько определена, чтобы ее можно было использовать в качестве средства диагностики. Очень важно установить различие между состоянием тревожности и многими органическими заболеваниями, которые тоже могут иметь симптомы тревожности, и, следовательно, их можно перепутать с собственно состоянием тревоги. Это еще раз напоминает нам о том, что психиатр должен получить хорошую подготовку по медицине общего профиля до начала своей специализации.

Многие из тех заболеваний, симптомом которых является тревожность, рассмотрены в главе,

посвященной психосоматическим расстройствам. Однако следует подчеркнуть, что для того, чтобы избежать случайностей, необходимо провести тщательное обследование пациента, особенно его нервной системы, и обязательно сделать отсеивающие анализы, включая анализы крови и мочи.

С изменениями настроения часто связаны расстройства функционирования желез эндокринной системы, при которых нередко наблюдается тревожность. Заболевание слизистых оболочек, или микседема, вызываемая дефицитом гормона щитовидной железы, иногда маскируется под неврастение или под депрессию, что может привести к неправильному диагнозу. Симптомы, подобные истерическим, могут давать нарушения уровня сахара в крови, особенно при наличии опухоли поджелудочной железы.

Симптомы, подобные фобической тревоге упоминавшегося синдрома деперсонализации, могут проявляться при височной эпилепсии. Такие симптомы, как частые мочеиспускания или изменение стула, могут быть ошибочно приняты за проявление воспаления мочеточников или почек, а также за какое-нибудь кишечное заболевание. Некоторые типы анемии, в частности злокачественная анемия, могут давать симптомы, сходные с теми, что бывают при состояниях тревожности или при неврастении.

Необходимо всегда проявлять осторожность при постановке диагноза состояния тревоги и особенно при распознавании симптомов истерии, если не сделана необходимая проверка. Такие диагнозы должны ставиться на основании здравого смысла, не исключая других источников информации, кроме книги.

Наконец, следует учитывать и возможность других психических заболеваний. Серьезные депрессивные заболевания поначалу могут проявляться симптомами, напоминающими тревожность или навязчивость, а потом оказывается, что это ранняя стадия шизофрении.

Лечение

Мы располагаем широким набором разнообразных методов лечения психоневрозов, поэтому может показаться, что ни один из них не является эффективным. Одни методы эффективнее для лечения определенных синдромов, чем другие, но в общем разнообразие методов отражает лежащие в их основе теоретические взгляды на причины неврозов. Если это неадекватные поведенческие реакции, то их нужно лечить с помощью поведенческой терапии; глубоко спрятанные вытесненные комплексы, образованные в раннем детстве, лечатся с помощью психоанализа, а физические расстройства метаболизма лимбической системы наиболее эффективно излечиваются с помощью лекарственных средств и физических методов лечения.

Психоневрозы не образуют однородной группы, а это означает, что причины их различны, и, следовательно, способы лечения должны быть разными. То есть при анализе каждого конкретного случая необходимо выбирать из всех возможных типов терапии наиболее эффективный, причем, к сожалению, приходится учитывать и такие экономические факторы, как время, которым располагают врач и пациент, а также загруженность персонала медицинского учреждения.

Психоневрозы умеренной тяжести распространены чрезвычайно широко, и для лечения этих случаев с помощью психоанализа потребовалось бы огромное количество психоаналитиков, чего страна не может себе позволить, даже если поставить на

318

Психиатрия

первое место этот самый эффективный метод. Поэтому в большинстве случаев наиболее практичным подходом будет использование лекарственных препаратов в виде таблеток транквилизаторов. Ведь при лечении неврозов важнее всего быстро облегчить симптомы. Только более серьезные случаи могут претендовать на более сложные способы лечения, особенно в условиях системы здравоохранения. К тому же, во многих случаях для облегчения тревожности достаточно провести с пациентом всего лишь несколько поддерживающих бесед, чтобы его страхи рассеялись. Кроме того, врач может получить отрицательный результат, если позволит пациенту слишком углубиться в себя и начать думать о своем здоровье больше, чем следует.

А теперь рассмотрим по очереди разные виды терапии, указывая, где их можно применять наиболее успешно. Многие из этих методов лечения мы уже в какой-то мере обсудили в главе 4, поэтому здесь нет необходимости говорить подробно обо всех.

Лекарственная терапия

До появления бензодиазепинов для облегчения состояния психического напряжения использовалось множество седативных средств. К ним относятся высшие спирты и просто алкоголь, а также такие успокаивающие средства, как барбитураты. После разработки

хлордиазепоксида появились новые препараты, действующие на лимбическую систему более избирательно и не имеющие в качестве побочного эффекта генерализованного седативного воздействия на центральную нервную систему, особенно на кору головного мозга. За последние пятнадцать лет бензодиазепины проявили себя как безопасные препараты, эффективные для лечения состояний острой тревоги. Они широко выписывались пациентам, даже можно сказать слишком широко — то есть при любом состоянии психического напряжения. Они совершенно незаменимы в экстренных ситуациях в качестве краткосрочного лечения, хотя назначались и для тех случаев тревожности, которые были нормальной реакцией на воздействие внешних обстоятельств. В подобных случаях лучше просто побеседовать с пациентом о его проблемах.

К сожалению, хотя поначалу бензодиазепины считались совершенно безопасными препаратами, впоследствии выяснилось, что они вызывают у некоторых людей лекарственную зависимость,

Аффективные расстройства: неврозы

319

и возникают значительные трудности, когда приходит время отказаться от их приема. Сейчас эти препараты рекомендуют назначать только на короткий срок (в пределах нескольких недель) и не во всех случаях, чтобы не успевала развиваться лекарственная зависимость. Было установлено, что некоторые новые препараты, не принадлежащие к бензодиазепинам — например, бупирон, а также ингибиторы, повышающие уровень серотонина, флуоксамин и флуоксетин — оказывают специфическое воздействие на состояния паники и, возможно, на обсессивные неврозы и гораздо реже вызывают лекарственную зависимость.

Не так просто найти альтернативу лекарственной терапии. Даже консультирование подчас оказывается роскошью, то есть слишком дорогой процедурой, поэтому приходится давать пациенту аспирин, чтобы он не страдал от зубной боли, хотя у него дырка в зубе, которую нужно лечить иным способом. Точно так же нельзя обречь на ожидание пациента, страдающего от тревожности в острой фазе заболевания.

Некоторым пациентам-невротикам необходима продолжительная лекарственная терапия, то есть им нужно назначать поддерживающую дозу на протяжении длительного периода, но большинство больных может прекращать прием лекарства, как только им удастся взять под контроль симптомы. Периоды отсутствия тревожности позволяют им почувствовать такую уверенность в себе, что можно постепенно снижать дозу транквилизаторов.

Некоторые бензодиазепины вызывают сонливость и действуют в качестве мышечных релаксантов. Пациенты могут приобрести психологическую зависимость от этих препаратов. Кроме того, иногда наблюдается избыточное ослабление торможения, и пациент вместо контроля психического напряжения получает возможность действовать чрезмерно активно, что может привести к неоправданному агрессивному поведению. Следует учитывать также такой необычный эффект, как тенденция этих препаратов усиливать действие алкоголя, что может привести к неожиданностям, если пациент до принятия лекарства выпил спиртное, а потом сел на велосипед.

С тех пор, как был получен хлордиазепоксид, появился ряд новых бензодиазепиновых препаратов. Целью их разработки было снижение побочных эффектов, увеличение интенсивности Действия, и теперь у нас есть широкий выбор препаратов.

320

Психиатрия

Аффективные расстройства: неврозы

321

В качестве альтернативы бензодиазепинам для облегчения тревожности с помощью лекарственной терапии можно использовать небольшие дозы **фенотиазинов** или родственных им лекарств. Сейчас популярны трифлуперазин, флупентиксол, галоперидол и пимозид. Профили действия этих препаратов несколько различаются: одни имеют более выраженный успокаивающий эффект, а другие более эффективны для повышения жизненного тонуса, например, в случаях состояний тревожности при неврастении.

Лекарством, относящимся к другой группе препаратов, является **хлорметиазол**, дающий еще одну возможность воздействия на центральном уровне. Новый вариант этого лекарства называется зимован (зопиклон).

Многие из этих препаратов, в частности бензодиазепины и хлорметиазол, можно использовать при трудностях с первым засыпанием, которые часто сопровождают невротические состояния, то есть их можно применять как снотворные таблетки. По сравнению с более распространенными снотворными, такими, как барбитураты, хлорал и т. д., эти препараты безопасны при

передозировании, поскольку они действуют избирательно на центр засыпания и не подавляют дыхательную функцию.

Все рассмотренные до сих пор препараты атакуют тревожность на центральном уровне, то есть в лимбической системе или в ретикулярных формациях. Но если тревожность проявляется в психосоматических симптомах типа учащения сердцебиения или приступов дрожи, на нее можно воздействовать и с помощью группы лекарств, называемых **бета-блокирующими препаратами**, которые действуют на периферическом уровне на нервные окончания в вегетативной системе. Примером таких лекарств может служить пропранолол.

Наконец, есть возможность контролировать тревожность и невротическую депрессию с помощью лекарств, принадлежащих к группе **ингибиторов моноаминооксидазы (МАО)**. Они действуют путем подавления активности фермента моноаминооксидазы, который расщепляет моноамины на синапсах, то есть в местах соединения нервных клеток. Мы обсуждали теоретические аспекты действия этих препаратов в одной из предыдущих глав, а здесь достаточно сказать, что именно способность ингибиторов МАО восстанавливать уровень моноаминов или стимулировать их активность обуславливает эффективность этих лекарств для лечения фобической тревоги и невротической депрессии.

Имеется два основных типа лекарств, один из которых представлен фенелзином, а другой — транилципромином. Для того, чтобы эти препараты проявили свою эффективность в полной мере, требуется примерно четыре недели, причем при их приеме возникают некоторые неудобства в виде определенных ограничений в питании, которые касаются содержащих тирамин пищевых продуктов, таких, как сыры и концентрированные мясные экстракты. Кроме того, без консультации с врачом их нельзя совмещать с применением других лекарств, например, предназначенных для лечения ренита, поскольку они могут оказывать противодействующий эффект, вследствие чего у некоторых пациентов могут наблюдаться временное повышение кровяного давления крови и головные боли типа мигрени.

Обсессивно-компульсивные состояния лучше поддаются лечению трициклическими антидепрессантами, в частности хломипра-мином. Некоторые нервные спазмы и тики, которыми обычно сопровождаются истерические неврозы, лучше всего лечить такими препаратами, как пимозид или галоперидол. Те навыки, которые требуются для оптимального выбора препаратов, можно приобрести только в процессе практики. Новые ингибиторы, поднимающие уровень серотонина, тоже могут давать определенный специфический эффект.

Психотерапия

Неврозы — это та область, в которой традиционно работали психотерапевты. Исходя из предположения, что эти заболевания являются следствием вытесненных и оставшихся неразрешенными конфликтов, возникших в детстве, психотерапевт пытается с помощью разнообразных методик вынести эти конфликты на поверхность и разрешить их. Поле психотерапии простирается от поверхностного собеседования, проводимого, в основном, для того, чтобы успокоить пациента, до глубинно-регрессивных аналитических техник психоанализа, работающего на основе теории Фрейда или других школ, таких, как школы Юнга или Адлера. Это углубленные техники, требующие довольно много времени, и в такой книге, как наша, трудно рассмотреть их достаточно подробно. Использование анализа сновидений, техники свободных ассоциаций и других подобных процедур следует изучать по узкоспециальным книгам.

И Зак. № 453 Хэзлем

322

Психиатрия

В процессе психотерапии у пациента формируется определенное отношение к психотерапевту и реакции переноса, то есть развиваются отношения эмпатии между пациентом и психотерапевтом, отражающие те взаимоотношения, которые были у пациента с наиболее значительными в начале его жизни людьми, а именно эти взаимоотношения и требуют работы над ними. Конечной целью такой терапии является интерпретация этих отношений и достижение инсайта, то есть проникновения в причины невроза.

Психотерапия может проводиться индивидуально или в группах. В последнем случае в группе из шести-восьми пациентов, имеющих примерно одинаковые проблемы, развивается групповая эмпатия на период регулярных встреч в течение нескольких месяцев, в результате чего через динамику группового опыта члены группы приходят к более глубокому пониманию своих проблем.

Стремясь ускорить психотерапевтический процесс и сэкономить время, энтузиасты разработали

множество разнообразных техник. Аналитики, конечно, могут возразить, что такие сокращенные варианты менее эффективны, но, насколько известно автору, для таких возражений нет особых оснований, и в любом случае всегда нужно работать в рамках существующих реальных возможностей.

Гипноз

Этот интересный метод, впервые разработанный Месмером, получил распространение во времена Шарко и Жане. Некоторую дань ему отдал и сам Фрейд. В своей наиболее простой форме гипноз действует как процесс релаксации, и действительно многие обычные техники релаксации, например, те, что практикуются в группах подготовки к родам, в йоге или медитации, используют аналогичный подход. Обычная релаксация может оказать большую помощь при лечении тревожности, и иногда этого вполне достаточно.

Гипноз является расширением этого процесса, в результате чего достигается блокирование среднего мозга на уровне ретикулярной формации, пациент становится гиперчувствительным и в некоторых случаях может входить в состояние глубокого транса. Не все люди обладают такой способностью, и далеко не все терапевты имеют достаточный опыт проведения гипноза на должном уровне. Гипнотерапия может использоваться просто в качестве расширенного метода релаксации или с целью приведения

Аффективные расстройства: невроты

323

пациента в состояние постгипнотической внушаемости, в котором повышается уровень доверия к терапии.

Техника гипноза, пожалуй, чаще используется в зубокабинетах и для анестезии, чем в самой психиатрии. Когда пациентка находится в глубоком трансе, можно значительно облегчить роды. Возможно проведение хирургических операций без обезболивания. Однако в психиатрии основной ценностью этой техники является возможность облегчать фобии и разнообразные состояния психического напряжения, а также помощь в лечении таких вторичных эффектов невротического состояния, как чрезмерное курение или потребление спиртных напитков. В качестве дополнения к психотерапии можно использовать гишюанализ. При этом пациент, находясь в состоянии гипноза, возвращается к ключевым моментам своей прошлой жизни и получает возможность заново пережить какие-то эпизоды прежнего опыта, в результате чего вытесненный эмоционально заряженный материал выходит наружу и рассасывается.

Техники отреагирования

Освобождение вытесненных эмоциональных переживаний пациента или воспоминание забытых травмирующих событий его жизни, которые, например, стали причиной травматического невроза или фронтового истерического синдрома, может осуществляться под гипнозом или с помощью аналитических техник, но это можно сделать и гораздо проще, а часто и эффективнее, если использовать вызываемое лекарствами отреагирование. Для этого применяются самые различные техники. Когда-то, после Второй мировой войны, лечение такого рода состояло в том, что больной вдыхал эфир или этилхлорид в количестве, недостаточном для полной анестезии, но достаточном для снятия заторможенности и ослабления защиты эго. Это помогает пациенту актуализировать вытесненный эмоциональный опыт.

Метод вдыхания двуокиси углерода был разработан Медуной, изобретателем электросудорожной терапии. Метод состоял в том, что пациент для вхождения в состояние измененного сознания вдыхал смесь 30 процентов двуокиси углерода с 70 процентами кислорода. Метод оказался полезным как для проведения процедуры отреагирования, так и в качестве облегчающего тревожность средства при генерализованной пронизывающей тревожности. Этот метод был модифицирован Ла Берне, который применил технику П*

324

Психиатрия

стремительной атаки, для чего использовал смесь из 70 процентов двуокиси углерода с 30 процентами кислорода, которую пациент вдыхал в течение небольшого промежутка времени, что позволяло вызвать состояние релаксации намного быстрее.

Впоследствии были разработаны безопасные быстродействующие анестезирующие препараты, вводимые внутривенно вместе с барбитуратами типа тиопентона, что дало возможность управлять процедурой. При этом довольно простым способом удается точно подстраивать и удерживать необходимый уровень сознания пациента, для чего не требуется специальной подготовки терапевта, как при использовании гипноза. В некоторых случаях такие инъекции сочетаются с

введением стимулятора типа метедрина, который уменьшает седативный эффект. В процедуре отреагирования можно использовать и один метедрин. Недостатком методов, использующих внутривенное введение препарата, который при превышении дозы действует как анестезирующее средство, является то, что у врача всегда должно быть под рукой оборудование для пробуждения пациента на случай какой-нибудь непредвиденной реакции, а также то, что пациенту после лечения требуется время, чтобы проснуться и отдохнуть до исчезновения последствий процедуры, тогда как при вдыхании двуокиси углерода пациент может встать сразу после окончания лечебной процедуры.

Какое-то время в качестве препаратов для проведения процедуры отреагирования использовались такие галлюциногены, как ЛСД, однако подобные эксперименты пришлось прекратить из-за опасности развития психотического приступа и из-за непредсказуемости эффекта. Кроме того, использование этих препаратов теперь резко ограничено законом.

«Сомлек»

Релаксация и контроль многих аспектов поведения пациента при психоневрозах, в частности в случае пронизывающей тревоги, возможны при использовании метода, имеющего название электросна («Сомлек»). Эта процедура нашла широкое применение в континентальной Европе — в Великобритании и США она используется реже. Механизм процедуры заключается в пропускании слабого импульсного тока между положительно заряженными электродами, расположенными на лбу пациента, и отрицательным электродом, размещенным в области затылка, что индуцирует

Аффективные расстройства: неврозы

325

монотонный ритмичный стимул, имеющий ту же частоту, что и естественные ритмы мозга, появляющиеся на энцефалограмме во время сна. Этим создается эффект самогипноза. Пациент расслабляется и, как правило, засыпает примерно на час или два, пока идет сеанс лечения.

Современный аппарат «Сомлек» обычно обслуживает одновременно группу из трех-шести пациентов. Это лечение приятно, и в конце сеанса пациенты чувствуют расслабление и освобождение от напряжения. Курс лечения, как и в случае электрошока, состоит из десяти-двенадцати процедур. Этот метод особенно эффективен при психосоматических заболеваниях и при бессоннице. Его можно сочетать с другими уменьшающими тревожность методами, например, с лекарственной терапией, а завершить серию лечебных процедур можно групповой терапией для поддержки тех пациентов, которые страдают фобиями, чтобы помочь им справиться с некоторой нервозностью после окончания лечения.

» *Поведенческая терапия*

При лечении психоневрозов широкое применение нашли методы поведенческой терапии, основанные на теории обучения. В главе 7 мы уже обсуждали теоретическую основу этого способа лечения. Если больной неврозом проявляет неадекватные реакции, которые развились вследствие испуга в его раннем детстве или в период взросления, то ассоциирование этих реакций с облегчающим тревогу процессом может быть эффективным для их погашения. Так, если стимулы, обычно приводящие к ощущению страха и стремлению убежать, удастся связать с чем-то приятным, вызывающим приобретение положительного опыта, то это заставит пациента изменить свое поведение в желаемую сторону.

Эти методы особенно полезны при моносимптоматических фобических состояниях, агорафобии и паттернах обсессивного поведения. Можно использовать также описанные выше методы, предназначенные для облегчения тревожности, а именно методы релаксации или гипноз. В программу поведенческой терапии можно включить назначение анксиолитиков или техники отреагирования.

Волпе отмечал, что тревожность можно ослаблять разными способами, включая секс, физические упражнения и собственно психотерапию. Бихевиористы посчитали бы, что техники, используемые при психоанализе, а также более тонкие методы

326

Психиатрия

психотерапии в основном достигают успеха за счет облегчения тревожности при развитии отношений эмпатии. Методы поведенческой терапии теперь применяются не только для лечения психоневротической тревожности, но и при сексуальных проблемах, при различных расстройствах поведения и для устранения пагубных привычек, с чем особенно часто сталкиваются детские психиатры.

Литература

Beech, M. R., *Obsessional States*, Methuen, London, 1974.

- Hallam, R. S., *Agoraphobia — A Critical Review of the Concept*, British Medical Journal of Psychiatry, 133.314, 1978.
- Hill, O. W., *Modern Trends in Psychosomatic Medicine* (3), Butterworth, London, 1979.
- Marks, I. M., *Fears and Phobias*, Heinemann, London, 1969.
- Rycroft, C. *Anxiety and Neurosis*, Penguin, Harmondsworth, 1970.
- Shader, R. I., *Anxiety, Diagnosis and Management*, Raven, New York, 1980.
- Silverstone, T., and Barraclough, B., *Obsessional States*, Contemporary Psychiatry, BJP Special Publications No. 9, Headley, Kent, 1975.
- Smythes, J. R., *Studies of Anxiety*, BJP, Headley, Kent, 1969.
- Snaith, P., *Panic Disorder*, British Medical Journal, 286, 1376, 1983.

Вопросы

1. Насколько широко распространены неврозы?
2. Есть ли у вас местное отделение анонимного лечения неврозов или группа для лечения агорафобии?
3. Что такое лимбическая система?
4. Какова роль психоанализа в лечении неврозов?
5. Имеет ли ваше местное психиатрическое отделение штатного психотерапевта? Есть ли там «Сомлек»? Есть ли возможность проводить гипноз?
6. Что такое истерия?

13 Психосоматические расстройства

Краткая характеристика

Психосоматические расстройства можно определить как группу заболеваний, при которых расстройство какой-либо функции организма обусловлено ясно выраженным эмоциональным или психическим компонентом.

Такие заболевания могут затрагивать любую систему организма. Так, могут наблюдаться расстройства сердечно-сосудистой, дыхательной, мочеполовой и желудочно-кишечной систем, а у некоторых пациентов может затрагиваться и кожа. Пострадать могут разные органы, но мы не знаем, почему в конкретном случае заболевает именно этот орган, а не какой-то иной.

Классификация

1. *Желудочно-кишечная система:*
 - а) пептическая язва; б) неспецифические язвенные колиты; в) синдром кишечного раздражения.
2. *Дыхательная система:*
 - а) астма; б) сенная лихорадка; в) аллергический ринит.
3. *Сердечно-сосудистая система:*
 - а) гипертония; б) ишемическая болезнь сердца.
4. *Кожа:*
 - а) экзема; б) крапивница.
- 328 *Психиатрия*
5. *Скелетно-мышечная система:*
 - а) ревматоидные артриты; б) ревматическая боль в шейных мышцах.
6. *Мочеполовая система:*
 - а) учащенное мочеиспускание; б) нарушение менструального цикла; в) психосексуальные проблемы.
7. *Расстройства метаболизма и эндокринной системы:*
 - а) мигрень.
8. *Соматопсихические расстройства*

В медицине ни одна из специализаций не может рассматриваться изолированно. Невозможно строго разделить функции даже в таких специализациях, как акушерство, где появление на свет ребенка требует от медиков навыков в таких областях, как (1) медицина общего профиля, если состояние матери осложняется высоким кровяным давлением или заражением крови, (2) анестезия, если во время родов выявляется аномалия и требуется провести кесарево сечение, (3) неонатальная педиатрия, чтобы ухаживать за новорожденным с момента его появления на свет, и даже (4) психиатрия, если у матери в связи с беременностью или родами развилось психическое расстройство.

Таким же образом функции психиатрии в значительной мере пересекаются с функциями медицины общего профиля, неврологии и биохимии. Психиатру могут потребоваться навыки и из немедицинских областей, таких, как социология, а также услуги работников социальной сферы, знание фармакологии и статистики. И этот список можно расширить. Следует особо отметить, что многие заболевания, никоим образом не относящиеся к области психиатрии, в рамках основной патологии могут давать расстройства мышления, эмоций и поведения, возникающие через вторичное вовлечение центральной нервной системы. В этом случае от врача требуется полномасштабная подготовка по медицине общего профиля, чтобы он знал о возможности воздействия таких факторов и смог идентифицировать их у каждого конкретного пациента.

И все же некоторые заболевания общемедицинского профиля имеют особенно близкое отношение к психиатрии, поскольку имеется четко распознаваемая взаимосвязь между эмоциональными факторами, личностью пациента и теми заболеваниями, которыми он страдает. Примерами могут служить некоторые типы астмы, заболеваний кожи и язвенной болезни. Именно эти заболе-

Психосоматические расстройства

329

вания, когда налицо такая взаимосвязь, и называются психосоматическими заболеваниями.

Вегетативная нервная система

Психосоматическое заболевание можно определить как расстройство, при котором в связи с эмоциональными факторами развиваются структурные изменения организма. И поскольку в целом речь идет о взаимодействии психики и организма, то есть *psyche* и *soma*, то абсурдно пытаться рассматривать одно или другое изолированно. Механизмом такого взаимодействия применительно к психосоматическим заболеваниям является передача сигналов управления функциями тела и отдельных органов через **вегетативную нервную систему**.

Головной мозг, являющийся центральной частью нервной системы, обеспечивает огромное множество функций. **Кора головного мозга**, включающая в себя различные системы, ответственна за сознательную оценку ситуаций, координацию внешних раздражителей и внутренней моторной активности, а также за мышление на уровне интеллекта. Однако ниже этого уровня имеется большое количество тесно переплетенных ядер и нервных узлов. Еще одна часть мозга, **мозжечок**, обеспечивает координацию движений и равновесие. Особые участки мозга координируют речь, зрение, слух и так далее. Мы не ставим своей задачей в этой книге сделать полный обзор всех функций мозга, поэтому отсылаем читателя к книгам по неврологии.

В основании мозга, в так называемом среднем мозге, расположены нервные узлы и ядра, образующие лимбическую систему мозга (рисунок 8). Она тесно связана с таламусом, с лобной долей коры, управляющей эмоциями на уровне сознания, и с разнообразными активирующими системами, проникающими из центральной нервной системы вниз, через позвоночный столб и нервы ко всем частям организма.

Функционирование лимбической системы тесно связано с контролем настроения и так называемого аффекта. Работа нервных центров внутри этой системы зависит от химических медиаторов — моноаминов, и, как мы уже говорили, при различных типах

330

Психиатрия

психических заболеваниях наблюдается нарушение химии моноаминов. Моноамины представляют собой различные катехоламины: норадреналин, допамин, серотонин и ряд других соединений, которые на данный момент изучены хуже.

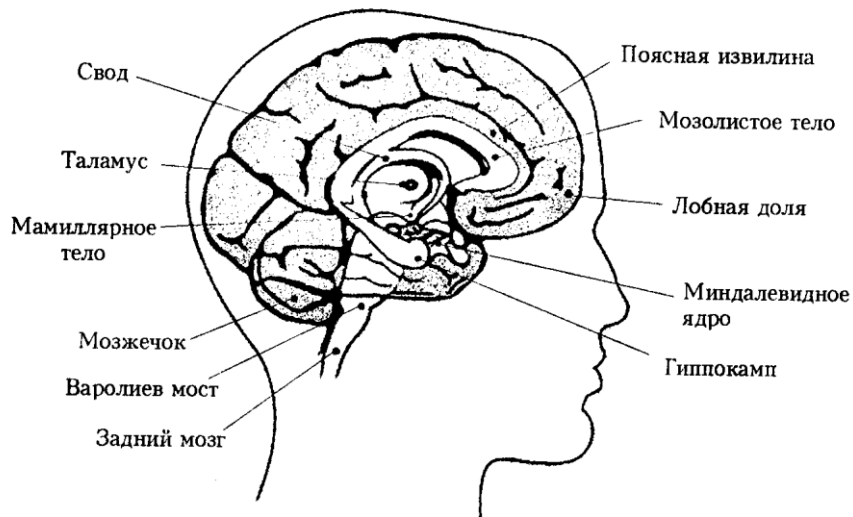


Рис. 8. Лимбическая система

Организм может ощущать избыточную или недостаточную активность отдельных нервных узлов лимбической системы, в частности узлов гиппокампа и миндалевидного ядра. Более того, внешние раздражители, поступающие из окружающей среды, провоцируют активность лимбической системы, что может вызвать определенные реакции тревожности.

Последствия таких изменений проявляются в вегетативной нервной системе. Она контролирует внутреннюю и осуществляемую на подсознательном уровне активность функций тела, в отличие от периферических нервов, связанных с тактильными ощущениями, болью и так далее, а также с моторной активностью мышц. Периферические нервы действуют через химическое посредство моноамина, который называется ацетилхолином, но вегетативная нервная система активируется с помощью других катехоламинов.

Психосоматические расстройства

331

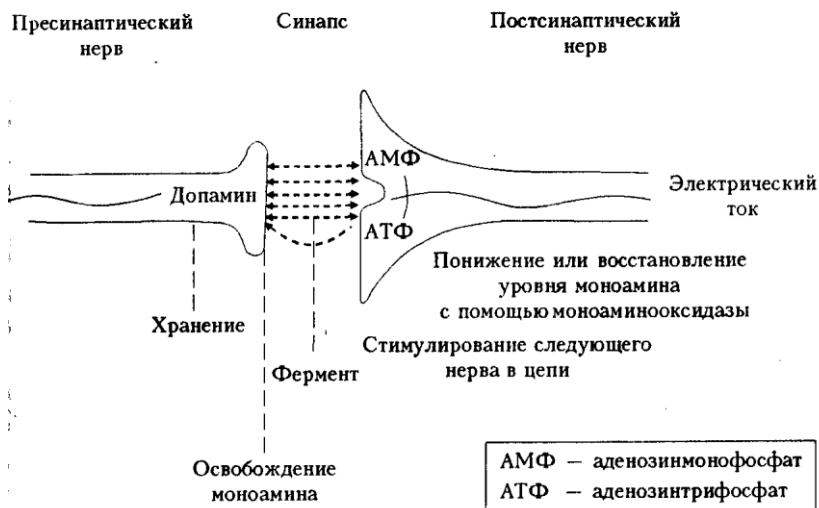


Рис. 9. Химическое функционирование синапса, или места соединения нервных клеток

Вегетативную нервную систему можно разделить на две части. Парасимпатическая система регулирует секрецию желез, пищеварение и другие функции. Главный поток этих сигналов исходит из спинного мозга на уровне шеи и поясничного отдела, который функционирует в основном на базе спинного мозга и частично на базе головного мозга, иннервируя большинство внутренних органов.

Симпатическая система связана с активизацией организма в ответ на опасность или угрожающую ситуацию, и поэтому она контролирует давление крови, частоту пульса и секрецию надпочечников.

Обе системы работают, в некотором смысле противодействуя друг другу, поэтому чрезмерное стимулирование одной приводит к избыточному давлению на другую.

Быстро затухающие всплески активности при соответствующих обстоятельствах, когда организм конструктивно и кратковременно реагирует на внешние раздражители, не приводят к возникновению заболеваний. Однако если окружение представляет собой постоянную угрозу или создает у человека ситуацию неопределенности, когда он не знает, как ему следует поступить, чтобы облегчить

напряженность, то долговременная гиперактивность оп-

332

Психиатрия

ределенных участков вегетативной системы может привести к изменениям в тканях, которые со временем могут стать необратимыми. Все это нередко вызвано реальной угрозой, но может явиться следствием внутренней установки индивидуума, усматривающего источник напряжения там, где другие его не находят. Этот эффект может быть врожденным — то есть обусловленным конституцией данного индивидуума — или приобретенным в результате переживаний раннего детства.

В любом случае такая чрезмерная активность связана с нарушением функционирования разных частей лимбической системы мозга, что провоцирует генерализованное состояние тревоги в целом или атакует какие-то определенные органы, которые обслуживают эта система. Точно так же избыточное или недостаточное производство гормона или иное расстройство функции щитовидной или другой железы эндокринной системы может привести к нарушению равновесия системы в целом. Наконец, сами моноамины на синапсах нервных клеток могут функционировать неправильно, вызывая тем самым разбалансирование на локальном периферическом уровне.

Есть вероятность того, что в более сложных механизмах, каким является, например, формирование настроения человека, принимают участие многие факторы, даже если они приводят к аналогичным конечным результатам. Точно так же, анемию, ревматизм или кашель могут вызвать самые разнообразные факторы.

Вопрос о том, какой орган будет выбран в качестве мишени, представляет особый интерес для тех, кто изучает психосоматические расстройства. Проблему можно сформулировать следующим образом. Почему при наличии конкретного физического симптома, явно вызванного эмоциональными причинами, у одного пациента страдает одна часть организма, а у другого пациента — другая? Почему у одного развивается астма, а у другого — язва двенадцатиперстной кишки? Какой фактор является общим для всех психосоматических заболеваний, и что их различает?

Ответы на некоторые из этих вопросов следует искать в областях, которые еще только начинают исследоваться. Факт воздействия моноаминов на уровне центральной нервной системы установлен, но не очень понятен механизм этого действия. Еще одна группа соединений, **эндофины**, сейчас привлекает к себе большое внимание. Может оказаться, что они ответственны за те

Психосоматические расстройства

333

дополнительные факторы, которые необходимо учитывать в этиологии многих заболеваний. Есть основания полагать, что эти соединения тесно связаны с восприятием боли и пороговыми уровнями распознавания сигнала органами чувств. И это может иметь прямое отношение к тем заболеваниям, которые мы сейчас рассматриваем.

По-видимому, людям, предрасположенным к развитию психосоматических расстройств, свойственны некоторые общие черты личности: совестливость, obsессивный характер, интеллект выше среднего и конституциональная личностная тревожность. Все это проявляется независимо от того, какой орган оказывается пораженным. А теперь рассмотрим некоторые заболевания, при которых существенны психосоматические факторы.

Желудочно-кишечная система

Давно известна связь между пептической язвой и эмоциональными факторами. При этом заболевании механизм такой связи яснее, чем в других случаях. В процессе переваривания пищи желудок производит кислоту. Эксперименты показали, что в состоянии стресса слизистая оболочка желудка становится органом повышенной секреции, и эта активность вызвана сигналами, передаваемыми через вегетативную нервную систему. При определенных обстоятельствах на внутренней поверхности слизистой оболочки может образоваться небольшая эрозия, после чего повышенная активность приводит к тому, что желудочный сок человека начинает переваривать оболочку его собственного желудка.

Если длительное психическое напряжение постоянно вызывает повышенную секрецию, у человека может развиваться хроническая язва какого-либо органа пищеварения. То есть у него появится органическое заболевание, которое далее будет развиваться самостоятельно, даже если вызвавшая его стрессовая ситуация уже миновала. Заболевание можно излечить путем снижения гиперактивности с помощью лекарств или путем оперативного рассечения соответствующих нервных путей вегетативной системы. Кроме того, в некоторых случаях можно проводить лечение, направленное на уменьшение психического напряжения на центральном

334

Психиатрия

уровне, обучая пациента методам релаксации или используя расслабляющую терапию на основе аппарата «Сомлек».

Отмечено, что при хроническом стрессе изменяется стул и появляется понос на нервной почве. Это тоже результат развившейся посредством вегетативной системы чрезмерной активности. Аналогичные факторы, возможно, играют роль и при формировании более продолжительных расстройств функции выделения, например, неспецифических язвенных колитов. Часто при таком диагнозе единственным средством помочь больному является оперативное вмешательство для удаления пораженных участков кишечника. Правда, если заболевание выявлено на ранних стадиях, может быть эффективным применение таких лекарств, как корти-зоновые препараты, но, как правило, редко удается распознать характер заболевания на том этапе, когда процесс не зашел слишком далеко, и еще есть смысл назначать лечение, направленное на снижение психического напряжения.

Дыхательная система

Тремя довольно распространенными заболеваниями, в которых важную роль играют эмоциональные факторы, являются астма, сенная лихорадка и ринит.

Мышцы в стенках бронхов, маленьких трубочек внутри легких, управляются моноаминами, в данном случае, скорее всего, гистамином, и это определяет механизм развития астмы. Иногда срабатывают и другие факторы, но в любом случае указанные мышцы контролируются через вегетативную нервную систему. Астму могут осложнять многие факторы, в том числе аллергены. Это в равной мере относится к сенной лихорадке и риниту. Но существует тесная связь между реакцией организма на аллергены и эмоциональным стрессом. При некоторых видах астмы можно выявить явно выраженный, поддающийся идентификации аллергический компонент, в то же время в других случаях отчетливо прослеживается связь со стрессом. И это должно определять выбор необходимого лечения.

У мальчика 14 лет развились эпизодические приступы астмы. Он был предрасположен к тревожности, в шесть

Психосоматические расстройства

335

лет страдал энурезом, у него была привычка грызть ногти. Тест на аллергены не выявил какой-либо определенной связи заболевания с обычными в таких случаях факторами, которые могли обусловить развитие астмы, однако было замечено, что приступы случаются преимущественно во время ссор родителей, чей брак никак не удавалось наладить. Улучшение состояния мальчика начиналось, когда он получал возможность выговориться о том, что его волновало, то есть по поводу разговоров его родителей о разводе, поэтому были использованы некоторые методы семейной терапии, которые, к счастью, смогли его успокоить.

Сердечно-сосудистая система

Связь между гипертонией (высоким кровяным давлением) и стрессами тоже достаточно хорошо задокументирована. Кровяное давление может подняться даже от страха перед физическим обследованием, и это должен учитывать врач при оценке таких факторов. По-видимому, гнев связан с определенными психосоматическими заболеваниями, но может спровоцировать и какие-то иные, если приведен в действие другой механизм. Подавленный гнев, оказывая влияние на те или иные участки лимбической системы, приводит к активации либо симпатической, либо парасимпатической ветвей нервной системы, в зависимости от конкретного случая. Однако и здесь наблюдается описанная выше картина, когда вызванное эмоциями длительное повышение кровяного давления может заложить основу для определенной цепи событий в организме, которая со временем становится фиксированной. Высокое кровяное давление воздействует на циркуляцию крови, что может приводить к повреждению мелких сосудов в почках, к появлению изменений, вызывающих осложнения артритов, или к атероме.

Еще одним случаем вовлечения эмоций в работу сердечнососудистой системы является развитие ишемической болезни сердца. Есть некоторые основания полагать, что небольшие коронарные артерии, поставляющие кровь к самой сердечной мышце, контролируемой вегетативной нервной системой, могут сжиматься

336

Психиатрия

во время стресса, и это может привести к развитию приступа в тех случаях, когда у пациента уже имеется ишемическая болезнь.

Частота сердечных сокращений контролируется как симпатической, так и парасимпатической системами, поэтому частоту пульса можно регулировать в соответствии с потребностями организма. Эмоциональные факторы могут вызывать изменение этого ритма, которое, если это не

диктуется потребностями физической нагрузки, совершенно излишне и может сработать как пусковой механизм для возникновения пароксизмальной тахикардии.

Кожа

Уже на эмбриональной стадии развития организма кожа тесно связана с нервной системой. Эмоциональное состояние может по-разному отражаться на коже. Самым простым примером является краска смущения у стеснительных людей, вызванная в данном случае чрезмерной активностью парасимпатической системы. Человек может стать «белым от гнева» и так далее. Обычно эти изменения быстро проходят, однако они показывают связь между эмоциями и изменением физического состояния.

Общепризнанно, что экзема, астма и синдром сенной лихорадки составляют группу родственных заболеваний. На экзему, как и на астму, влияет эмоциональное состояние пациента. Так, течение некоторых видов экземы может серьезно осложняться эмоциональным стрессом, то же самое можно сказать и о псориазе. Еще одним интересным кожным заболеванием является крапивная сыпь, или крапивница. Она тоже связана с освобождением гистамина, может появляться как реакция на аллерген и быть непосредственным результатом действия токсинов, попадающих под кожу при ожогах. Однако в ряде хорошо задокументированных случаев крапивница возникала в ответ на эмоциональные состояния, причем предположительным механизмом здесь является активность моноаминов. Воздействуя на уровень психического напряжения таких пациентов методами психотерапии, релаксации или назначая анксиолитик, можно достичь большего успеха, чем просто за счет применения антигистаминных препаратов.

Психосоматические расстройства с **Скелетно-мышечная система**

337

С болями в спине, которые доставляют сильное страдание, довольно часто встречаются врачи общего профиля, гинекологи, травматологи и ортопеды. Некоторые случаи обусловлены воспалением органов, расположенных в области таза у пациентов, страдающих психо-сексуальными проблемами, но нередко такие симптомы обнаруживаются и при депрессивных состояниях. Более существенно то, что, как оказалось, ревматоидные артриты, являясь заболеваниями соединительной ткани организма, могут появляться и затухать в зависимости от усиления психического напряжения или его уменьшения. Это не означает, что заболевание полностью обусловлено эмоциями. Скорее, это указывает на то, что свойства личности пациента и его психическое состояние могут воздействовать на течение и развитие заболевания.

Мочеполовая система

Еще одним достаточно распространенным симптомом является учащение мочеиспускания во время эмоционального стресса и психического напряжения. Это явление свойственно всем млекопитающим. Можно провести простой опыт: если посторонний человек появляется на поле, где пасется стадо, то немедленной реакцией животных на эту потенциальную опасность будет мочеиспускание. В состоянии хронического психического напряжения у индивидуума может развиться гиперчувствительность к наполненности мочевого пузыря и потребность освобождать его чаще, чем это реально необходимо. Симптом частого мочеиспускания является обычным при состояниях тревожности.

Дж. С., женщина 35 лет, жаловалась на учащение мочеиспускания и ощущение безотлагательности при каждом ' позыве. В прошлом она лечилась от повторяющихся приступов цистита, но тогда боль при мочеиспускании ощущалась редко, и когда был сделан анализ мочи, он не выявил никаких бактерий. И все же она прошла ряд обследований, включая рентгеноскопию почек и уретроскопию с прижиганием шейки мочевого пузыря.

338

Психиатрия

Когда она в конце концов обратилась к психиатру, оказалось, что у нее развились симптомы состояния тревожности. Только когда был выявлен невроз, беспокойство из-за мочеиспускания постепенно потеряло свою остроту и исчезло как симптом.

Часто в связи с психиатрическими проблемами встречаются и расстройства менструального цикла. Обильные или учащенные менструации (меноррагия и полименорея), боль во время менструаций (дисменорея) и предменструальная напряженность — все это может наблюдаться в связи с состояниями психического напряжения и тревожности, а также у пациенток, предрасположенных к депрессии. С целью устранения этих симптомов иногда проводятся ненужные гинекологические операции, например, гистерэктомия, однако полученные в последнее время новые данные о том, что причиной этих расстройств является нарушение уровней гормонов, в частности эстрогена, прогестерона и пролактина, дало возможность пересмотреть вопрос о лечении таких дисфункций.

Эти заболевания тесно связаны с уровнями моноаминов, в частности допамина, а чрезмерная активность лимбической системы может резко изменять эти уровни.

С высоким уровнем психического напряжения, а также с состояниями тревожности часто бывают связаны расстройства половых функций. Это особенно относится к частичной потере эрекции или импотенции, а также к неспособности испытывать оргазм, то есть к фригидности женщин. У предрасположенных к тревожности пациенток часто наблюдается и вагинизм, заболевание, при котором происходит спазм определенных групп мышц, затрудняющий попытку проникновения внутрь. При таких заболеваниях нередко достаточным для улучшения состояния оказывается лечение тревожности. Есть свидетельства того, что меноррагия поддается лечению гипнозом.

Нарушение метаболизма и эндокринные расстройства

Большинство эндокринных желез организма, например, щитовидная и поджелудочная железы, надпочечники, а также поло-

Психосоматические расстройства

339

вые железы (семенники и яичники), управляется химическим стимулированием посредством механизма обратной связи и с помощью регуляции, в которых задействованы расположенные в мозге гипофиз и гипоталамус. Эти железы управляются и через вегетативную нервную систему, поэтому регулирование потока их гормонов координируется сложным взаимодействием этих разных систем. Эмоциональные расстройства индивидуума неизбежно приводят к изменениям этих гормональных уровней, и если такое расстройство является продолжительным, может сформироваться необратимое изменение в работе рассматриваемых органов. И действительно, есть свидетельства того, что при сахарном диабете и гипертиреозе эмоциональные кризисы, случавшиеся в жизни пациентов, непосредственно связаны с возникновением этих заболеваний.

В случае мигрени ситуация еще яснее. Здесь острые головные боли вызывает нарушение функционирования мышц, контролирующих прохождение крови по мелким артериям внутри черепа, что в данном случае, возможно, происходит через посредничество серотонина, одного из моноаминов. Связь между мигренью и обсессивным неврозом, а также факт появления головной боли типа мигрени вследствие расстройств, вызванных влиянием внешней среды, хорошо известны.

Было бы ошибкой считать, что тип лечения психосоматических заболеваний можно определять простым выявлением тех способов, какими пациенты реагируют на стресс. Методы биологической обратной связи и использование методов релаксации, психотерапии и лекарств типа анксиолитиков могут сыграть определенную роль в излечении, но, как правило, впоследствии при наблюдении таких больных оказывается, что у них развилось органическое заболевание, которое и требует основного внимания.

Соматопсихические расстройства

До сих пор мы рассматривали психосоматические аспекты медицины общего профиля. Но, помимо этого, психиатрия тесно связана с соматопсихическими заболеваниями — то есть с теми

340

Психиатрия

Психосоматические расстройства

341

симптомами расстройства настроения, мышления и поведения, основной причиной которых является общее заболевание, не связанное непосредственно с психическим расстройством. В эту группу попадает множество заболеваний. Специалисты по психическим болезням обязаны знать о них и уметь их распознавать, чтобы не пропустить по недосмотру.

Эндокринные расстройства особенно склонны к мимикрии под состояние тревожности, психотические заболевания или под такие состояния спутанности сознания, каким является деменция. Тиреотоксикозы тоже могут проявлять симптомы, очень похожие на состояние тревожности. Недостаточность гормона щитовидной железы, как при микседеме, может сопровождаться депрессивными симптомами или приводить к состоянию, похожему на деменцию. Нарушение нормального уровня инсулина при поражении поджелудочной железы может вызывать состояние спутанности сознания при недостатке инсулина и возрастании концентрации сахара в крови, а в противоположном случае, когда уровень инсулина слишком высок, — симптомы истерии, которые можно ошибочно принять за какую-то форму невроза.

С. Г., женщина 28 лет, поступила с типичными симптомами тревожной реакции. Она была напряженной и возбужденной, склонной к раздражительности в отношениях с детьми и к

нервозности вследствие психического напряжения. Она плакала чаще, чем обычно, жаловалась на сердцебиение и дрожь.

Она заметила, что у нее немного увеличилась щитовидная железа, а глаза стали несколько навывкате — оба эти признака могут указывать на повышенную активность щитовидной железы. Анализы крови показали, что действительно имеется повышенная активность щитовидной железы, после чего стандартное для тиреотоксикоза лечение позволило обрести контроль над состоянием больной. По контрасту с этим случаем, А. Л., женщина 52 лет, поступила в психиатрическую клинику с диагнозом депрессии. У нее действительно проявлялось болезненное настроение с бредом самоуничтожения, но, кроме того, у нее было явно выраженное нарушение мышления, замедление речи и движений. Более того, ее память и способность восприятия были несколько нарушены.

Было проведено несколько отсеивающих тестов, поскольку изменение настроения в этом случае сочеталось с расстройством памяти, что указывало на возможность скорее органического психоза, чем просто состояния депрес- сии. Проверка щитовидной железы показала чрезвычайно низкий уровень ее функционирования, что было связано с микседемой, и облегчение всех ее симптомов было достигнуто с помощью терапии, направленной на пополнение гормона щитовидной железы.

Гипофиз, управляющий многими эндокринными железами, может продуцировать психотические или невротические симптомы. Расстройства надпочечников могут сопровождаться изменениями состояния нервной системы. Синдром Конна можно спутать с истерической манифестацией неврозов.

Многие заболевания, сопровождающиеся токсическим эффектом в организме, могут вызывать психиатрические симптомы, в частности расстройство памяти, похожее на то, что бывает при деменции. К ним относятся почечная недостаточность любого происхождения, когда повышается уровень крови в моче, а также печеночная недостаточность, при которой метаболизм токсического типа может отравлять центральную нервную систему.

Заболевания, связанные с недостатком витаминов, могут влиять на функцию центральной нервной системы и вызывать проявления деменции или психозов. Особенно это касается нарушения уровня витамина В12, которое обнаруживается при злокачественной анемии и известно под названием *мегалобластного сумасшествия*. Но и другие виды анемии тоже могут проявляться в виде неврозов, что справедливо также и для нарушения уровней витамина С, витамина D и других членов группы витамина В.

Многие токсины, яды и нарушение метаболизма в организме могут посредством лихорадочного состояния вызывать состояния бреда, характеризующиеся спутанностью сознания, а иногда и переживанием галлюцинаций. Физическое проявление таких заболеваний не всегда бывает ясным, а хронические инфекционные заболевания типа туберкулеза, сифилиса или некоторые вирусные заболевания могут непосредственно воздействовать на вещество мозга.

Раковые новообразования в организме могут вызывать некоторые психиатрические проявления вследствие прямого локального

342

Психиатрия

воздействия из метастазов в центральной нервной системе или нарушения метаболизма. Одним из таких примеров является карциноидный синдром, при котором поражается кишечник.

Сердечно-сосудистая система может давать психиатрические симптомы, если нарушается кровоснабжение мозга или поступление в него необходимого количества кислорода. Это может случиться после удара или сердечного приступа, либо проявиться в составе общей сердечной недостаточности с расстройством кровообращения. Уплотнение стенок артерий (атеросклероз) является распространенной причиной деменции и может сопровождаться другими психотическими симптомами.

Нарушение метаболизма в организме может сыграть роль в развитии умственной отсталости. (Этот вопрос будет обсуждаться более полно в главе 20.) Некоторые расстройства этого типа особенно интересны с исторической или исследовательской точек зрения. Одно из нарушений метаболизма, называемое порфириновой болезнью, считается причиной сумасшествия короля Георга III.

Хроническое отравление организма разнообразными веществами тоже связано с историей диагностики психиатрических расстройств. Отравление свинцом, способное вызывать как псевдоистерические симптомы, так и деменцию, если оно продолжается достаточно долго, является классическим примером. Отравление свинцом было широко распространено вследствие загрязнения воды (или, как в известном случае, сидра, хранящегося в свинцовых бочонках) через водопроводные трубы и в результате вдыхания содержащих свинец продуктов, таких, как пары красителей или бензина. Другие тяжелые металлы способны давать подобные токсические эффекты. Особенно токсичны алюминий и

ртуть, причем со ртутью связана интересная история «безумия шляпников», описанная в книге «Алиса в Стране Чудес». Это могло случиться в те давние времена, когда ртуть использовали в своей работе шляпные мастера.

Аналогичным образом могут проявляться побочные эффекты употребления лекарственных препаратов, используемых для лечения некоторых заболеваний, и среди них бромид, который применялся в качестве успокаивающего средства, мышьяк, висмут и сурьма.

Психосоматические расстройства

343

Эта короткая глава в очередной раз должна напомнить нам о тесном взаимодействии между заболеваниями, воздействующими на настроение, мышление и поведение — что является областью психиатрии, — и заболеваниями, которыми занимается медицина общего профиля. Вот почему так важно, чтобы психиатр имел необходимый уровень квалификации в общей медицине и хирургические навыки, а также мог определить возможные сопутствующие заболевания и направить пациента к конкретному специалисту. Хотя это относится к любой медицинской специальности, но особенно важно в той области, где основное заболевание может расстраивать собственное восприятие пациента таким образом, что он теряет способность адекватно свидетельствовать о своих симптомах.

Литература

Hamilton, W. B., *Psychosomatics*, Chapman and Hall, London, 1965.

Hill, O. W., *Modern Trends in Psychosomatic medicine*, Butterworth, London, 1979.

Вопросы

1. Что такое психосоматическое заболевание?
2. Как функционирует вегетативная нервная система?
3. В чем может проявиться психиатрический аспект расстройства функции щитовидной железы?
4. Какое отношение к психиатрии имеет эпилепсия?

14 Расстройства личности и поведения

Краткая характеристика

Определение

Расстройства личности и поведения обусловлены совокупностью проблем, возникающих при столкновении индивидуума с обществом вследствие недостаточной зрелости человека или неспособности к эмпатии.

Классификация

Эта неоднородная группа представлена следующими заболеваниями:

1. Отклонения в развитии личности:
 - а) болезненные изменения личности;
 - б) неадекватность;
 - в) незрелость;
 - г) психопатия.
2. Пагубные привычки.
3. Аномалии сексуального поведения.

Этиология

1. Есть некоторые свидетельства в пользу генетической предрасположенности.
2. Небольшие повреждения мозга.
3. Аномалии, выявляемые на энцефалограммах.
4. Хромосомные аномалии.
5. Важнейшие факторы: эмоциональная депривация в раннем детстве, разрушение семьи, затруднение фиксации впечатле-

Расстройства личности и поведения

345

ний (неспособность к импринтингу) в критические моменты развития.

Психопатия

Устойчивые состояния безответственности или агрессивности, природа и степень которых таковы, что возникает необходимость в медицинском лечении.

Симптомы

1. Желание немедленного удовлетворения потребностей.
2. Неспособность к эмпатии и неумение строить взаимоотношения.
3. Тенденция к импульсивным действиям.

4. Потеря предусмотрительности.
5. Утрата способности испытывать угрызения совести и учиться на собственном опыте.
6. Неадекватное и агрессивное поведение.

Лечение

1. Вмешательство во время кризисов и поддерживающее лечение.
2. Психотерапия — групповая терапия.
3. Использование лекарственных препаратов для контроля конкретных, связанных с поведением, проблем.
4. Поведенческая терапия.

Исход

С повзрослением индивидуума наблюдается улучшение его состояния, при использовании терапии улучшение наступает в 30 процентах случаев.

Обсуждение

До сих пор мы рассматривали расстройства настроения или мышления, которые следуют поддающимся достаточно точному определению паттернам болезни. Их можно оценивать с точки

Психиатрия

зрения лежащих в основе заболевания биохимических нарушений или воздействия окружающей среды на невротическую конституцию индивидуума. Та группа заболеваний, которую мы собираемся сейчас рассмотреть, представляет собой достаточно разнородный комплекс проблем, возникающих при столкновении индивидуума с обществом вследствие неспособности индивидуума развиваться так, чтобы соответствовать социальной структуре, частью которой он является.

В этиологии этих заболеваний часто присутствуют причины, таящиеся в окружении пациента, возможны также незначительные повреждения мозга. Часто наблюдается незрелость реакции на те стрессовые ситуации, разрешение которых требует участия интеллекта, поскольку такие индивидуумы имеют коэффициент интеллекта, располагающийся на нижнем краю шкалы нормального распределения, что отражается на их физических возможностях. Вайнленд разработал шкалу социальной зрелости, сопоставимую со шкалой IQ, которая называется шкалой SQ, или шкалой коэффициента социальности (Social Quotient), с помощью которой можно установить тип физической недостаточности, присущий этой группе больных.

Многие, включая и некоторых психиатров, могут возразить, что большинство проблем такого рода выходит за пределы собственно психиатрии. По мнению автора, такое возражение только мешает реальной постановке вопроса. Согласно определению, психиатр призван лечить расстройства настроения, мышления и вытекающего из всего этого поведения. Можно не сомневаться, что многие люди с личностными проблемами нуждаются в помощи, поскольку расстройства настроения и поведения сказываются на их общем состоянии. Медицина, в частности психиатрия, призванная помогать людям, конечно же не должна отказывать таким больным в помощи, если у нее есть *jj*; для этого возможности.

Классификация

Прежде всего следует установить принцип классификации в столь неоднородной группе.

Расстройства личности и поведения

347

Все мы каким-то образом определяем тип личности у наших знакомых. Среди них могут быть серьезные люди, склонные к конформизму, могут встречаться и люди неуравновешенные, ветреные. Будут люди с жестким характером, обсессивные личности, а также инфантильные, с душой ребенка и соответствующим поведением, которые сбиваются в кучу при любом стрессе. А могут быть и такие, которые склонны к подозрительности и всегда готовы дать отпор, хотя никто и не собирается на них нападать, а также те, которые реагируют на обиду попыткой ударить обидчика. Наконец, среди наших знакомых могут быть люди, склонные к обману, чрезмерно пьющие, имеющие необычные сексуальные привычки, принимающие наркотики или попавшие в тюрьму за противозаконные действия.

Есть ли у всех этих людей что-то общее? Имеется ли какой-нибудь фактор, который позволяет большинству населения сохранять устойчивость и выживать в обществах любого типа и в то же время формирует у меньшинства населения способность приспосабливаться только к щадящей среде? А может быть, разнообразие всех перечисленных типов указывает на существование множества разнообразных причин?

Конечно, перечисленные выше недостатки характера воспринимаются большинством людей как не выходящие за пределы нормального диапазона личности. Некоторые такими рождаются, и те, скажем, кто имеет дело с воспитанием животных, хорошо знают, что характер может наследоваться, как, например, интеллект, цвет кожи или глаз. Это не должно удивлять, и поэтому следует ожидать разнообразия качеств личности. Однако есть некоторая граница, начиная с которой описанные черты личности становятся настолько отличными от качеств тех людей, которых большинство относит к нормальным, что это привлекает внимание некоторых общественных институтов — отделов социальной службы, судебных органов или медицинских учреждений. Поведение человека может быть настолько неадекватным, что в стрессовой ситуации может потребоваться помощь одной из этих служб. Пьянство бывает проблемой для семьи пьющего и его друзей, которые видят эту его слабость, даже если он сам ее не признает. Часто бывает, что молодой человек, находясь в возрасте, когда уже можно было бы ожидать от него зрелого поведения, ведет себя настолько безответ-

348

Психиатрия

Расстройства личности и поведения

349

ственно, что общество вынуждено вмешиваться. Однако границы здесь более расплывчаты, чем при большинстве уже обсуждавшихся нами расстройств.

Имеется много свидетельств того, что переживания раннего детства — особенно эмоциональная депривация, отлученность от объекта любви и неспособность развивать нормальные паттерны впечатлений — являются обычными факторами, приводящими к отклонениям от нормы, которые потом проявляются в юности или в начале взрослой жизни. Мы увидим далее, что, скорее всего, унаследованная уязвимость структуры личности, а также ее расстройства вследствие влияния окружающей среды в годы формирования человека и являются теми критическими параметрами, которые провоцируют появление в будущем трудного характера. Множество исследований было посвящено этим таящим потенциальную опасность причинам эмоциональной отчужденности. В частности, в книге автора «*Psychiatric illness in Adolescence*» («Психические заболевания в юном возрасте») сделан глубокий обзор литературы, посвященной связи между детскими переживаниями, вызванными окружающей средой, и последующими расстройствами личности в юном возрасте.

Отклонения в развитии личности

Для удобства обсуждения мы можем сгруппировать расстройства личности по определенным типам проблем. Во-первых, бывают **отклонения в пределах нормальной личности**, например, чрезмерная обсессивность или чрезмерная подозрительность, которые, однако могут стать настолько сильными, что способны нарушить образ жизни человека.

Во-вторых, бывают люди, **неадекватно реагирующие** на тривиальные стрессы и психическое напряжение. Обычно у таких людей можно проследить в прошлом упоминавшиеся выше недостатки в воспитании. Они жили счастливо в тепличной обстановке, не создающей никаких трудностей, но попав в обстоятельства, требующие ответственного поведения, они оказываются неспособными справиться с этими обстоятельствами, вследствие чего у них развивается депрессивная реакция. Люди такого типа часто легко увлекаются и попадают в такие ситуации, как внебрачные любовные связи, из которых потом бывают не в состоянии выпутаться и переходят от одного кризиса к другому, не думая о том, что нужно как-то обезопасить себя от той беды, которую готовит им их поведение.

В-третьих, бывают люди, которые всегда выглядят моложе своих лет; о таких говорят как о **незрелых личностях**. Часто у таких людей наблюдаются изменения в ЭЭГ, характеризующие паттерн незрелости. Задержка созревания может быть обусловлена какой-то причиной, связанной в центральной нервной системой. Обычно со временем их состояние улучшается, однако в двадцатилетнем возрасте они ведут себя, как малолетние дети, хотя у них нет никакого нарушения интеллекта. Незрелое поведение хорошо в детстве, но становится все менее приемлемым для общества по мере увеличения хронологического возраста человека.

В-четвертых, бывают расстройства личности с проявлением устойчивого **безответственного поведения агрессивного или даже в какой-то мере криминального типа**, часто сопровождающиеся правонарушениями и неразборчивостью в связях. Таких людей можно назвать **социопатами** (sociopaths), а в более серьезных случаях и **психопатами**.

Акт о психическом здоровье определяет **психопатическое расстройство**, являющееся крайней формой расстройства личности, как **устойчивое расстройство, или умственную несостоятельность** (с существенным нарушением интеллекта или без оно), **проявляющееся в аномально агрессивном или серьезно безответственном поведении со стороны рассматриваемого индивидуума**. Это определение дает основание для принудительного направления человека в клинику с возможным

назначением медицинского лечения. В соответствии с *Актом о психическом здоровье от 1983 года*, человека можно принудительно удерживать в клинике с таким диагнозом, если его расстройство, или несостоятельность, можно квалифицировать как устойчивое (другими словами, чтобы состояние пациента можно было квалифицировать как психопатическое, должны быть свидетельства того, что расстройство существовало на протяжении значительного периода времени до данного момента освидетельствования), кроме того, оно должно сопровождаться аномально агрессивным

350

Психиатрия

Расстройства личности и поведения

351

или безответственным поведением. В этом Акте уже не упоминается, поддается ли состояние пациента лечению, как это было в Акте от 1959 года, но, согласно Разделам 3, 37 и 47, людей с такими психопатическими расстройствами нельзя принудительно направлять в клинику на лечение, если нет возможности утверждать, что лечение с большой вероятностью приведет к облегчению их состояния или предотвратит его ухудшение в будущем. Эта оговорка выглядит еще более странно, чем слова «требуется лечения или поддается лечению», которые содержались в определении, данном в Акте 1959 года.

В Акте от 1959 года имеется ограничение по возрасту пациента при направлении его в клинику с диагнозом психопатия, состоявшее в том, что это определение может применяться только до возраста 21 год, а в клинике такие пациенты могут принудительно удерживаться только до достижения ими возраста 25 лет. Это предполагало, что психопатия должна проходить с возрастом, и что это заболевание свойственно, в основном, юности. Но это не всегда соответствует действительности, поэтому такое определение было в Акте 1983 года опущено, и ограничения по возрасту там уже нет.

Кроме того, если исходить из этого определения, то направление таких пациентов на лечение является делом психиатров, и такие проблемы в общем случае поддаются лечению. К сожалению, те серьезные расстройства личности, которые можно увидеть в больничной палате или общедоступной лечебной общины, часто бывают слишком разрушительными для общества, и поэтому следует думать не только о пациентах с такими расстройствами, но и о том, как защитить общество от них. Таким образом, для того, чтобы справляться с подобными проблемами, клинике требовалось бы специальное отделение, что не всегда возможно в условиях государственной системы здравоохранения. Более того, общепризнанно, что такие процессы почти неуправляемы.

Природа причин, вызывающих такие проблемы, такова, что повреждение психики больного произошло задолго до того, как он попал к врачу, и разрушительные последствия депривации пациента в детстве не всегда возможно полностью исправить. Это поле деятельности профилактической медицины, если таковая вообще существует! Профилактика предполагала бы необхо-

димось некоторого регулирования родительских прав, которое вряд ли приемлемо для нашего общества. Есть веские основания полагать, что подростки с личностными расстройствами становятся потом родителями с личностными расстройствами, которые, скорее всего, воспитают детей с личностными расстройствами, и таким образом здесь остается справедливым старый библейский афоризм о том, что «пороки отцов отзываются даже в третьем поколении». Есть вопросы, которые должны решаться всем обществом, а не группой профессионалов, чья работа должна состоять в предоставлении помощи и консультации тем, кто в этом нуждается.

Тем не менее, именно в лечении юношеских расстройств личности психотерапия, как групповая, так и индивидуальная, может сыграть свою полезную роль, несмотря на то, что пациенты этого типа неспособны формировать прочные эмоциональные связи, постоянно разочаровывают психотерапевта, и поэтому работа с ними редко приносит удовлетворение. Очень важно, чтобы врачи, медсестры и другие работники клиники, имеющие дело с такими пациентами, понимали природу и причины их неспособности иметь нормальную социальную мораль. В то же время, само общество нуждается в некоторой защите от серьезных проблем такого рода, а для этого необходимо вмешательство определенных служб, даже если сами пациенты не желают сотрудничать с ними.

Пагубные привычки

!* Продолжая классификацию расстройств личности, обратим наше внимание на группу людей с развитой зависимостью от вредных в своей основе веществ или привычкой к ним. Мы говорим здесь о зависимости от алкоголя и разнообразных наркотических веществ, к которым в

нашей стране можно получать доступ. Этот вопрос будет подробно обсуждаться в главе 15, а здесь достаточно сказать, что возможна предрасположенность к образованию таких привычек, хотя, конечно, очень многие люди попадают в такую зависимость по тем или иным, возникшим в их частной жизни, причинам, и нельзя

352

Психиатрия

Расстройства личности и поведения

353

включать все разнообразие таких проблем в одну однородную группу. Алкоголизм, например, может быть результатом продолжительного контакта предрасположенной к пьянству личности с алкоголем; он может быть симптомом основного психического заболевания, например, депрессии или тревожности; наконец, он может быть реакцией на давление среды, которая стала враждебной. Есть даже определенные свидетельства того, что некоторые люди имеют генетическую предрасположенность | к развитию таких привычек, и устранение контакта с потенциально опасными веществами вряд ли может предотвратить возникновение зависимости.

Аномалии сексуального поведения

Наконец, в нашу классификацию расстройств личности следует поместить девиантное сексуальное поведение, или аномалии сексуального поведения. Личности с такими аномалиями также не образуют однородной группы. Существует широкий набор паттернов отклонений, а также широкий набор возможных причин. Тем не менее, удобнее обсуждать все это под одним общим заголовком.

Многие действующие в Великобритании и США законы, касающиеся сексуальной активности, являются в высшей степени архаичными и не согласуются с реалиями жизни. По этой причине направления к психиатру, связанные с паттернами отклонений в сексуальном поведении, часто являются результатом судебных актов или следствием боязни таких актов. Общество тоже занимает довольно нетерпимую позицию в отношении сексуального поведения, выходящего за нормальные рамки, поэтому те, у кого такие сексуальные побуждения по той или иной причине развились, поставлены в положение виновных, и в этом смысле они являются преследуемым меньшинством. Большая часть сексуальных отклонений не устраняется медицинской помощью, но, тем не менее, не следует думать, что сексуальные отклонения не имеют отношения к медицине. Роль психиатра заключается в том, чтобы освободить пациента от страха и дать ему консультацию, если он в ней нуждается, или

предоставить лечение, если оно здесь уместно. Такие проблемы решаются совместно пациентом и врачом, и успех любой терапии в большой степени зависит от мотивации пациента в его поисках помощи.

Если человек чувствует себя счастливым при своем сексуальном поведении и не покушается на чувства других людей, то его поведение можно считать его личным делом. Если же, с другой стороны, такое поведение приводит его к конфликту с обществом или с законом либо потенциально может к этому привести, тогда было бы полезно проконсультироваться с врачом. Это поможет пациенту прийти в согласие с определенной проблемой или погасить потребность в таком поведении и сформулировать паттерны поведения, приемлемые для него и не представляющие угрозы для других людей.

В этой главе мы не стремимся подробно описать типы сексуального поведения, которые могут привлечь внимание психиатра, — скорее, мы стараемся рассмотреть все эти особенности как один из аспектов проблемы личности. Большинство случаев аномальности сексуального поведения является следствием неспособности человека развивать зрелые устойчивые гетеросексуальные отношения с постоянным партнером противоположного пола. Возможны разные степени такой неспособности и разные степени регрессии. Так, поведение человека, который ограничивается мастурбацией и сексуальными фантазиями, или того, кто вынужден анонимно предлагать свои услуги любому желающему, является проявлением незрелости его общественных взаимоотношений, и это, возможно, является ключом к пониманию проблемы. Формирование способности развивать позитивные эмоциональные отношения с другими взрослыми людьми приводит, как правило, и к более зрелому сексуальному поведению.

Гомосексуализм попадает в несколько иную категорию. Здесь тоже нет единственной, одинаковой для всех причины развития такого паттерна поведения. Однако из исследований, проведенных во многих странах мира, с большой вероятностью следует, что существует небольшая группа людей, у которых гомосексуальный паттерн поведения определен генетически, и что у них имеются

некоторые внутренние гормональные отличия, которые и приводят к такому поведению. Если рассматри-

12 Зак. № 453 Хэзлем

354

Психиатрия

вать более широкий круг людей, то склонность к гомосексуальному поведению часто бывает результатом влияния той среды, в которой индивидум воспитывался. Имеется также достаточно обширная группа, в которой гомосексуальное поведение является следствием не столько стремления устанавливать связи с партнерами своего пола, сколько боязни отношений с партнерами противоположного пола. В этом случае потребность в сексуальных отношениях налицо, но человек не может справиться с ними, если в них участвует представитель противоположного пола, и поэтому он продолжает следовать юношескому паттерну гомосексуального поведения на уровне, не столь высоком, как любовные отношения, используя возможности взаимной мастурбации, которая ориентирована только на гениталии.

При любом назначении лечения необходимо учитывать возможность всех этих разновидностей и стремиться определить, что будет наилучшим в долгосрочной перспективе для индивидума, которому дается консультация. Часто побудительной причиной обращения за консультацией является не желание избавиться от гомосексуальной ориентации, а, скорее, попытка освободиться от давления общества, которое открыто преследует представителей сексуальных меньшинств. В последние годы различные общественно-политические группы и гуманитарные организации проводили множество кампаний, пытаясь помочь этому меньшинству, представители которого чувствуют себя отверженными. И нередко бывает полезнее просто обратить внимание пациента на эти организации, чем пытаться достичь изменений, которые в каких-то случаях могут оказаться и неоправданными.

Консультирующие организации часто вообще не используют термин «отклонение» в применении к гомосексуализму. Это, конечно, вопрос семантики, но если слово оскорбительно для какой-то группы людей, то, наверное, лучше заменить его другим словом. К тому же, гомосексуальную ориентацию, когда индивидум создает сексуально окрашенные любовные отношения с другим индивидумом того же пола, следует все же рассматривать как нечто качественно отличное от гетеросексуального поведения, и в этом смысле она не является экстремальной точкой диапазона нормального распределения, как при сравнительном исследовании и оценке роста пациентов, интел-

Расстройства личности и поведения

355

лекта или таких качеств, как интровертность и экстравертность. В этом случае термин отклонение означает, что гомосексуальность отклоняется от паттерна поведения, свойственного большинству населения, которое является гетеросексуальным.

Однако следует отметить, что Кинзи в своем отчете о паттернах сексуального поведения, изучавшихся на больших группах людей в Соединенных Штатах, пишет, что достаточно распространенным является бисексуальный паттерн поведения, когда индивидумы с гомосексуальной ориентацией осуществляют случайные гетеросексуальные контакты, а гетеросексуалы имеют случайные гомосексуальные контакты, так что некоторые формы гомосексуальной активности, если толковать ее в более широком смысле, свойственны довольно большой группе населения. С этой точки зрения сексуальная связь индивидума с представителем его пола не выходит за пределы того, что следует определять как норму.

Этот аргумент в какой-то мере оправдывает некоторых слишком экстравагантных людей, но не способствует решению проблемы. Важно лишь то, что необходимо оказывать помощь человеку, который в ней нуждается, независимо от типа проблемы, и накапливать опыт, который бы позволял сделать такую помощь реальной. Эти вопросы мы будем более подробно обсуждать в главе 19.

Психопатия

А теперь рассмотрим важную группу расстройств, известных как **психопатия**. Есть основания считать, что имеется некоторая вероятность действия **генетических факторов** в развитии этого типа аномалии личности, но, наверное, более важно в этом случае проследить ряд факторов, способных привести к небольшим повреждениям мозга или к нарушению его функций. Такое повреждение может помешать человеку, жившему в детстве в ненормальной среде, преодолеть последствия этой ненормальности в той мере, как это удастся многим другим людям. Прежде всего необходимо рассмотреть возможность незначительного послеродового повреждения мозга, причиной которого 12*

356

Психиатрия

может быть кислородное голодание из-за задержки родов или задержки первого вдоха ребенка. Кроме того, у некоторых людей, страдающих психопатией, можно обнаружить небольшие **хромосомные аномалии**, в частности лишнюю хромосому в половых клетках. Как уже отмечалось,

электроэнцефалограмма может выявить паттерн незрелости или определенного расстройства. Иногда наблюдается нарушение метаболизма, например, пониженный уровень сахара в крови. И все же наиболее важны свидетельства, указывающие на разрушительное влияние окружающей среды и эмоциональной депривации в раннем детстве пациента.

В 1951 году Боулби подготовил для Всемирной организации здравоохранения исследование психиатрических аспектов правонарушений. Его книга «Сорок четыре вора-подростка» стала классической. В ней он описывает **не нуждающийся в привязанностях характер** и связывает формирование такого характера с эмоциональным переживанием утраты матери в раннем детстве.

В отчете Лиги Наций, вышедшем еще в 1938 году, говорилось: «Как аксиому следует рассматривать принцип опеки над детьми, который утверждает, что ни один ребенок не может быть удален из-под опеки правомочного во всех остальных отношениях родителя, если предоставление материальной помощи может сделать такое удаление необязательным». В 1943 году Голдфарб уделил внимание вопросу о неспособности ребенка образовывать взаимоотношения, рассматривая такую неспособность как центральную особенность, из которой проистекают все остальные расстройства. В частности, он рассматривал проблему детских учреждений и довольно распространенные случаи перемещения ребенка от одной приемной матери к другой. Кроме того, были опубликованы новые данные о других проблемах, связанных с расстройствами личности, например, о травматических фронтовых неврозах и о проституции.

Уместно вспомнить, что в *Акте о психическом здоровье* психопатия определяется как «устойчивое расстройство или умственная несостоятельность (с существенным повреждением интеллекта или без оно), проявляющееся в аномально агрессивном или серьезно безответственном поведении со стороны пациента, когда требуется медицинское лечение или такое лече-

Расстройства личности и поведения

357

ние желательно». В этой связи в Акт не включены злоупотребление алкоголем и неразборчивость в связях.

Расстройства личности рассматриваемого типа, сопровождаются деструктивным, злонамеренным или неприкрыто агрессивным поведением. В психиатрических палатах психопаты зачастую обворовывают других пациентов или угрожают им. Они превращают в кошмар жизнь персонала клиники и флиртуют между собой. У них нет никаких нравственных устоев и, как пишет Боулби в своей работе о не нуждающемся в привязанностях характере, они испытывают огромные трудности с формированием отношений эмпатии как с психотерапевтом, так и со своими друзьями.

Молодой человек, прежде чем предстать перед судом, проходил осмотр в местном следственном отделении для составления психиатрического заключения. Ему 18 лет, в детстве он испытывал эмоциональную депривацию, был брошен незамужней матерью, когда ему было всего девять " месяцев. В последующие восемь лет он кочевал по детским домам и приютам и никогда не был способен устанавливать с кем-либо нормальные эмоциональные отношения. В раннем отрочестве он провел некоторое время в исправительном заведении для малолетних преступников после преднамеренного нанесения ущерба зданию своей школы. Теперь ему было предъявлено несколько обвинений в мелких преступлениях, включая воровство, агрессивное поведение и хранение наркотиков.

Судебные власти признали парня «вставшим на скользкий путь», и это тюремное определение вряд ли в будущем изменится. Но и принудительное содержание в психиатрической палате для взрослых ему ничем не поможет. В таких случаях идеальным местом было бы небольшое отделение с оптимальным соотношением количества персонала с количеством пациентов, где такие люди могли бы получить практическую подготовку в сочетании с поведенческой групповой психотерапией. К сожалению, эта сфера не располагает такими возможностями.

Итак, возможны разные степени аморального поведения. Пациент с низким уровнем социальной сознательности действует

358

Психиатрия

импульсивно, не испытывая чувства вины, поэтому людей с криминальными склонностями к скандальным проступкам, которые, по мнению нормальных людей, неспособны что-либо понимать, следует изолировать от общества. К счастью, такие случаи редки. Психопат не умеет учиться на своем опыте, поэтому он строит свое антиобщественное поведение нерасчетливо и почти всегда попадает с поличным. Психопаты обычно разочаровывают психотерапевтов, даже если удастся достичь некоторой стабильности их поведения в результате применения психотерапии. Своим поведением они отталкивают от себя друзей и родственников, общество, работников полиции и больничных медсестер.

Девушка поступила в палату после того, как отрубила себе запястье. Ей 23 года, и последние

пять лет она периодически помещалась в психиатрическое отделение. Обычной причиной ее доставки в больницу был прием большой дозы лекарства или попытка нанести себе какое-нибудь увечье по совершенно незначительному поводу. У нее тоже было несчастливое детство, несколько лет она жила в детских домах. Ее взяли на лечение, поскольку она представляла угрозу нравственности, предаваясь удовольствиям в беспорядочных сексуальных связях даже с несовершеннолетними. Она не была способна создавать стабильные эмоциональные взаимоотношения или учиться на своем опыте, отличалась изменчивым, хотя и неглубоким, настроением. Находясь в отделении, она вела себя деструктивно, нападала на сотрудников клиники, била окна или переключала свою агрессию на себя и жгла свои руки сигаретой. Ее состояние начало улучшаться после того, как ее поместили в новое местное отделение прогрессивного лечения, где были предприняты более энергичные попытки социальной реабилитации.

Лечение

Полезно напомнить этиологию этих заболеваний. Индивидуумы, о которых идет речь, представляют собой продукт отторжения окружающей среды их детства, и в этом состоит их личная

Расстройства личности и поведения

359

трагедия. Поэтому для достижения сколько-нибудь значительного улучшения их состояния необходимо использовать интенсивную и длительную психотерапию, причем начинать ее нужно как можно раньше. Наверное, наилучших результатов добиваются группы в лечебных общинах. Но и просто поддерживающее лечение с помощью регулярных собеседований с психотерапевтом или представителем иной службы помощи может быть достаточным для того, чтобы эти пациенты могли справиться с собой во время эмоциональных кризисов. Кроме того, при необходимости всегда есть возможность срочно их госпитализировать на непродолжительное время. В высшей степени неразумно оставлять таких пациентов за пределами клиники в те моменты, когда они чувствуют, что способны совершить какое-то правонарушение, — ведь такая помощь, как телефон доверия, предназначена лишь для тех, кто принял слишком большую дозу снотворного! Но, с другой стороны, принудительное содержание в больничной палате может спровоцировать у них такое поведение, в результате которого они попадут в палату для буйных пациентов. В периоды удовлетворительного состояния они способны развивать некоторую эмпатию с психотерапевтом, достаточную для того, чтобы можно было добиваться реального прогресса в их самочувствии, но, по мнению автора, особенно существенно то, что все эти случаи касаются молодых людей.

При психопатии оценка уровня интеллекта мало что дает, хотя низкий коэффициент IQ осложняет состояние пациента. Наказание тоже вряд ли принесет пользу, поскольку такие пациенты неспособны извлекать из него уроки. Обычно наиболее эффективным методом при лечении пациентов в отделении поведенческой терапии является закрепление позитивных паттернов поведения путем поощрения с использованием каких-то знаков, эквивалентов материальной выгоды.

Лекарственная терапия здесь может быть лишь паллиативом и симптоматическим средством, и все же, поскольку пациенты с расстройствами личности обычно предрасположены к развитию депрессивных реакций, их можно периодически лечить антидепрессантами. Кроме того, если есть свидетельства повреждения мозга в раннем возрасте, можно назначать антиэпилептические препараты, которые способны контролировать агрессивное поведение, или бути-рофеноны, например, упоминавшийся ранее галоперидол.

360

Психиатрия

Расстройства личности и поведения

361

К счастью, многие пациенты с расстройствами личности со временем взрослеют, поднимаясь до более адекватного социального уровня, и к возрасту 25-30 лет могут остепениться. Однако для психопатии доля тех пациентов, состояние которых улучшается без лечения, составляет лишь 30 процентов.

В некоторых клиниках появились отделения прогрессивного лечения, где пациенты такого типа могут находиться на лечение на протяжении трех-шести месяцев, если есть такая возможность. Такое отделение работает как лечебная община, в которой большую роль играет групповая психотерапия. За позитивное поведение пациенту выдается вознаграждение — обычно это значок,

дающий право на определенные привилегии, который потом можно обменять на то, что желательно для пациентов, например, на талоны в больничный магазин. Как правило, пациенты начинают лечение в непривилегированном положении, а по мере прогресса в их поведении вознаграждение постепенно возрастает. Таким образом, позитивное поведение вознаграждается, а негативное, по мере возможности, игнорируется. Наказание в обычном смысле исключается, хотя за антисоциальным поведением может последовать отмена привилегий. Если встает вопрос об отчислении кого-то из отделения, то решающее слово, по согласованию с работниками клиники, остается за группой, к которой принадлежит данный пациент.

В этих отделениях пациенты имеют возможность формировать отношения эмпатии и развивать чувство ответственности среди равных себе, а не просто по отношению к представителям власти. Пациент с психопатической личностью склонен постоянно разочаровывать тех, кто пытается с ним подружиться, а это очень обижает близких ему людей и может оттолкнуть работников клиники. Но если в таких отделениях работают опытные специалисты, то получаемые ими результаты обычно выше, чем при использовании любого иного метода лечения.

Другие расстройства личности

Мы обсудили психопатию очень поверхностно. Она занимает крайнее положение в группе расстройств личности, если

говорить о серьезности проблемы и обуславливающих ее причинах. Психопатия, как правило, может служить моделью для работы социологов в плане изучения последствий расстройств состояния пациентов в раннем детстве, их разрушительного для общества поведения и неспособности чувствовать привязанность.

Такие вполне нормальные особенности личности, как интро-версия или обсессивность, иногда чрезмерно усиливаются, выходя за пределы разумного. Больше того, они могут незаметно перетекать в умеренно шизоидную личность и продвигаться дальше в направлении собственно шизофрении, а в случае обсессивного поведения переходить в невротический паттерн обсессивно-компульсивного невроза. И если такие привычки развиваются настолько, что необходима терапия, то ею должна стать психотерапия или поведенческая терапия с последующим лечением, применяемым при неврозах.

Более мягкими формами расстройств личности считаются незрелость личности и неадекватность личности, которые называют социопатией. В этом случае речь идет об индивидуумах, у которых не столь тяжелое расстройство, чтобы называть их психопатами, но, тем не менее, они обладают ослабленной структурой личности, что обычно тоже обусловлено неблагоприятными переживаниями детства, хотя и не столь тяжелыми, как у психопатической личности.

Социопат может быть адекватным в обществе, если живет в определенном образом структурированной среде, в которой не бывает стрессов. Однако в условиях нашего сложного общества работа обычно не обходится без стрессов, стрессы возникают из-за взаимоотношений с партнером или из-за проблем с воспитанием детей, постепенно уменьшается та поддержка со стороны нукlearной семьи и деревенской общины, которая была в распоряжении предыдущего поколения, и людям теперь все чаще приходится полагаться только на свои внутренние ресурсы. Ослабление семейных связей и появившаяся у людей возможность менять профессию и место работы привели к тому, что второстепенные кризисы в рамках современного города или огромного многоквартирного дома могут стать достаточно сильным фактором, если у человека нет поддержки со стороны тетей, дедушек и бабушек, братьев и сестер, которые в прежние

362

Психиатрия

времена могли помогать наиболее слабым членам семьи. Переезд члена семьи в другой город в поисках работы или в надежде как-то устроиться в обществе становится для него наиболее разрушительным фактором, и в результате неадекватные личности попадают в ситуацию, из которой потом сложно выбраться. В то время как большинство из нас чувствует себя вполне благополучно и как-то решает свои проблемы, социопаты опускаются на дно и требуют вмешательства социальных служб или благотворительных организаций, часто используя при этом в качестве крика о помощи жест суицида, принимая избыточную дозу соответствующих препаратов. В таких случаях их детей приходится брать на время под опеку, что становится первым звеном новой цепи неблагоприятных событий для последующего поколения. В тоталитарном обществе такие вопросы решаются государственными службами. А в том свободном обществе, какое, вероятно, имеется сейчас на большей территории западного мира, эти проблемы, наверное, являются той ценой, которую мы должны платить за свободу личности, — платить тем,

что некоторые люди оказываются на обочине, а их близкие страдают от неспособности контролировать ситуацию.

Проблемы расстройства личности у подростков

Проблемы, связанные с подростковым возрастом, будут более подробно рассматриваться в главе 20, посвященной детской психиатрии. Подростки переживают этап перехода из детства во взрослое состояние, поэтому их личность еще неопытна и незрела. Расстройства личности и кризисы в подростковом возрасте очень часты, но, к счастью, в большинстве случаев не приводят к развитию более четко оформленных психопатических тенденций. Тем не менее, суицид и правонарушения составляют достаточно серьезную проблему, поскольку именно в этой возрастной группе они принимают угрожающие размеры и создают дополнительные трудности, помимо тех, которые испытывают подростки, пытаясь прийти к согласию с обществом.

Суицид занимает пятое место среди основных причин смерти подростков, составляя 1,5 процента от общего количества смертей

Расстройства личности и поведения

363

в этой возрастной группе: 12 процентов от суммарного количества попыток самоубийства приходится на возраст 15-19 лет, соотношение девушек и юношей составляет 10 к 1, а соотношение фатального и несмертельного исхода составляет 1 к 50. Исследование, проведенное в Швеции Якобом, показывает, что только 4 процента попыток суицида не является следствием каких-то аномальных обстоятельств. Как правило, покушающиеся на свою жизнь подростки чувствуют себя лишними, агрессивны настроены против окружающих и надеются как-то повлиять на них своим актом. В 88 процентах случаев, охваченных исследованием Якоба, у подростка не было одного из родителей, 25 процентов девушек были беременны, причем, как правило, в детстве такие подростки чувствовали себя покинутыми.

В среде подростков правонарушения являются болезнью эпидемического характера. Коген полагает, что преступник ощущает свою второсортность в глазах общества, в то время как внутри преступной группы его статус повышается по мере того, как он отказывается от ценностей общества. Боулби утверждает, что половина всех осужденных судами за совершение преступлений имеет возраст менее 21 года, а среди подростков моложе 14 лет правонарушители составляют более одной шестой. Среди всех возрастных групп населения тринадцатилетние чаще других предстают перед судом. Так, воровство является для детей и подростков болезнью наподобие ревматических приступов, и так же, как при ревматизме, приступы воровства имеют тенденцию повторяться в последующей жизни подростка! Исследование, проведенное в Ньюкасле, показало, что примерно 38 процентов подростков, поступивших в психиатрические отделения в этом районе, имело диагноз подросткового расстройства личности. Для большинства из них количество адекватных взаимоотношений с окружающими было существенно меньше, чем в контрольной группе.

Лечением для этой группы пациентов должна быть поддерживающая психотерапия, способная дать им возможность развивать чувство собственного достоинства и повышать самооценку. По-видимому, наиболее эффективной терапией здесь является та, которую можно было бы назвать терапией взаимоотношениями. При работе с этой возрастной группой психотерапевту необходимо иметь определенные навыки, чтобы суметь вызвать

364

Психиатрия

поддерживающую лечение эмпатию и достичь податливости подростка, не проявляя при этом излишней настойчивости и чрезмерной требовательности. Подросток должен почувствовать, что терапевт в некотором роде сам является зависимым и не пытается развивать встречную зависимость.

Литература

Bowlby, J., *Forty-Four Juvenile Thieves*, Baillier, Tyndall and Cox, London, 1946.

Bulter Report, Cmnd. 6244, HMSO, London, 1975.

Craft, M., *Psychopathic Disorders*, Pergamon, Oxford, 1966.

Haslam, M. T., *Psychiatric Illness in Adolescence*, Butterworth, London, 1975.

McCord, W., and McCord, J., *The Psychopath*, Van Nostrand, New York, 1964.

Whiteley, J. S., *The Psychopath and his Treatment*, Contemporary Psychiatry, BJP Special Publications No. 9, Headley, Kent, 1977.

Вопросы

1. Что такое психопатия?
2. Где находится ваше районное «отделение безопасности», куда можно доставлять правонарушителей с расстройствами личности?
3. Подытожьте для себя причины возникновения расстройств личности, сформулируйте, что такое эмоциональная депривация, и каковы вызываемые ею симптомы.

15 Алкоголизм и наркомания

Краткая характеристика

Алкоголизм

Это заболевание определяется как зависимость от алкоголя, развившаяся до такой степени, что вызывает заметное психическое расстройство или вредит здоровью, нарушает взаимоотношения пациента с окружающими людьми и мешает его нормальной жизни.

Известно, что примерно 1 процент населения — для Соединенного Королевства это составляет от 200 000 до 400 000 человек — испытывает алкогольную зависимость.

Во многих случаях причиной заболевания является предрасположенность человека к образованию этой пагубной привычки, но паттерны употребления спиртных напитков в разных странах различны, и, кроме того, алкоголизм может быть симптоматичным проявлением при разнообразных стрессах.

В результате избыточного потребления алкоголя у человека >дегут развиваться следующие специфические синдромы:

1. Delirium tremens.
2. Энцефалопатия Вернике.
3. Психоз Корсакова.

В первой фазе лечения проводят вытрезвление пациента с использованием лекарств, облегчающих отказ от спиртного. При продолжительном пьянстве требуются психотерапия и социальная реабилитация. Иногда используется аверсивная терапия.

366

Психиатрия

Наркомания

Наркомания определяется как состояние физической и психической зависимости от какого-то наркотического вещества, которое характеризуется влечением к приему наркотика с тенденцией к увеличению его дозы для поддержания эффекта на прежнем уровне и проявлением негативных эффектов при прекращении употребления наркотика.

Наблюдается стремительное увеличение числа наркоманов от примерно 300 человек в 1951 году до 3000, зарегистрированных в 1970 году. Однако их количество все еще составляет только 1 процент от количества алкоголиков.

Имеются три основных типа наркотических веществ: успокаивающие (седативные), стимулирующие и галлюциногенные, которые представлены такими группами:

1. Мягкие успокаивающие — барбитураты, алкоголь, транквилизаторы.
2. Сильные успокаивающие — производные морфия, опиум, петидин.
3. Мягкие стимуляторы — амфетамины, гашиш.
4. Сильные стимуляторы -- кокаин.
5. Галлюциногены — лизергиновая кислота (ЛСД), меска-лин, псилоцибин, пейот.

Алкоголизм

Теперь мы уделим внимание связанным между собой темам алкоголизма и наркомании, которые, как было отмечено ранее, могут быть симптоматичными при многих глубинных расстройствах личности.

В 1951 году Всемирная Организация Здравоохранения определила алкоголиков как **чрезмерно пьющих людей, чья зависимость от алкоголя достигла такой степени, что проявляется заметное психическое расстройство или заметное воздействие этой привычки на их физическое и психическое здоровье, межличностные отношения, а также на ровность их социаль-**

Алкоголизм и наркомания

367

ного и экономического функционирования; или проявляющих признаки, предвещающие такую зависимость. В это достаточно исчерпывающее определение постарались включить все проблемы. Вслед за этим Еллинек выделил конкретные типы алкоголиков: запойные хронические алкоголики; позволяющие себе выпивать ради удовольствия; использующие алкоголь как средство ослабления симптомов какого-то другого психического расстройства. Эти три типа соответствуют

определенным типам личности и могут по-разному проявляться в разных социальных группах и в обществах с разным религиозным устройством. Однако конечный результат хронического алкоголизма со всеми его сопутствующими осложнениями всегда один и тот же — независимо от того, к какому типу относить самого пьющего.

Лечение алкоголизма представляет собой довольно сложную проблему по одной причине: алкоголики не желают признаваться себе, что их «слабость» уже приобрела над ними власть и вышла из-под их воли, поэтому они не спешат лечиться, боясь визитом к врачу осложнить свою жизнь. В результате о лечении обычно начинают беспокоиться родственники алкоголика, страдающие от его пагубного пристрастия, поскольку он разрушает их жизнь, отказываясь выполнять обычную повседневную работу, растрачивая деньги на выпивку и в пьяном виде выходя за всякие рамки.

Таким образом, начать лечение на ранних стадиях болезни очень сложно, поскольку при заболеваниях такого рода очень важно сотрудничество пациента в проведении любого процесса реабилитации. Принудительное помещение таких пациентов в клинику на лечение было бы крайним средством, даже если бы это было возможно делать на законном основании, ссылаясь на *Акт о психическом здоровье*, хотя на самом деле, как уже отмечалось, такой возможности нет. Алкоголика можно принудительно поместить в клинику только в том случае, если его состояние опасно для него самого или для окружающих по причине его психического заболевания, причем в Акте сам алкоголизм не включен в состав таких психических заболеваний. Алкоголика доставляют в клинику только тогда, когда состоянию сильного опьянения сопутствуют депрессия, попытка самоубийства или серьезное отравление чрезмерной порцией алкоголя, но за пределами этих случаев, которые только и могут быть основанием для проведения процедуры вытрезвления, нет никаких средств контролировать таких людей.

368

Психиатрия

Несчастья, которые приносит алкоголик своим близким, могут достаточно быстро разрушить отношения в семье, что создает порочный круг, поскольку при подобных осложнениях алкоголик начинает пить еще больше и в результате ведет себя еще хуже.

Этиология

Причины алкоголизма различны. Некоторые начинают пить, пытаясь облегчить какие-то симптомы, например, острую тревожность или депрессию, другие время от времени принимают алкоголь, потому что страдают от периодических изменений настроения, что нужно было бы лечить иными способами. Бывает, что пить начинают просто по каким-то социальным причинам, однако есть данные и о том, что у некоторых людей имеется генетическая предрасположенность к развитию этой привычки в обстоятельствах, при которых другие люди алкоголиками не становятся. Кроме того, во многих случаях определенную роль могут сыграть расстройства личности, обусловленные эмоциональной депривацией в детстве.

Как только хронический алкоголизм у человека стал явно выраженным, у него, независимо от индивидуального стиля приема алкоголя, начинается развитие определенных процессов. К ним относится повреждение тканей в результате длительного, хотя и умеренного по интенсивности отравления. В частности, может повреждаться печень, поскольку это орган, в который попадают ядовитые продукты распада алкоголя. При этом печень постепенно разлагается, покрываясь рубцами, и в результате перестает нормально функционировать. На ранних стадиях заболевания это проявляется в ощущении общего нездоровья, в уменьшении толерантности к эффектам воздействия алкоголя и в конце концов может вызвать нарушение кровяного давления, желтуху и еще множество разнообразных симптомов общего характера.

Следующим органом, который обычно страдает при хроническом алкоголизме, является головной мозг. У человека постепенно снижаются интеллектуальные возможности, ухудшается память, а в тяжелых случаях развивается деменция. На ранних стадиях это часто проявляется как провалы памяти после тяжелого запоя, что обычно бывает в понедельник утром, когда пьяница не помнит, что с ним было в предыдущие 24 часа или что-то около этого. Наруша-

Алкоголизм и наркомания

369

ется способность концентрироваться и выполнять обычную ежедневную работу. В результате повреждения лобной доли мозга социальное поведение пациента может стать деструктивным. Алкоголь может привести к развитию некоторых типичных паттернов болезни, и эти специфические синдромы даже получили особые названия.

Delirium tremens

Наверное, наиболее распространенным синдромом является белая горячка, или алкогольный делирий (delirium tremens, сокращенно DT). Это состояние обычно наступает после запоя и является результатом перевозбуждения мозга, возникающего во время фазы выхода из-под действия седативного продукта любого типа. Оно может возникать при употреблении некоторых наркотиков и при чрезмерном употреблении седативных препаратов. Человек становится излишне возбужденным, у него отмечается отчетливый тремор, а часто причудливые визуальные галлюцинации и бред параноидного типа. Пациент может видеть каких-то копошащихся насекомых или чувствовать, как они ползают по его коже. Могут быть и более яркие цветные галлюцинации (например, когда приходят розовые слоны). Пациент становится подозрительным и верит, что на него нападают. Обычно такое состояние нужно лечить в условиях клиники с использованием фенотиазино-вых седативных средств, таких, как хлорпромазин, или бензодиа-зепинов, таких, как диазепам или хлорметиазол, с одновременными мощными инъекциями витаминов. Лечение должно длиться день или два, до тех пор, пока приступ не истощится.

Мужчина поступил в палату общей хирургии по поводу аппендицита. Аппендикс был удален, и на протяжении 24 часов состояние пациента понемногу улучшалось. Но затем сознание его начало путаться, он перестал узнавать посетителей и тех, кто за ним ухаживал, а временами не ориентировался в пространстве и времени. Начались зрительные галлюцинации: он видел страшных, движущихся тварей, похожих на больших насекомых, которые ползали по полу палаты. Поведение его совершенно расстроилось,

370

Психиатрия

он стал шуметь и отказывался кого-либо слушать. Сначала сотрудники клиники подумали, что эта бредовая реакция является следствием анестезии или, возможно, инфекции в грудной клетке, но температура не поднималась, и физические обследования это не подтвердили. Пациент не признавался, что раньше попадал в клинику из-за чрезмерного приема алкоголя, однако от родственников врачи узнали, что однажды такое было. Он попал в клинику в результате запоя, на протяжении которого выпивал почти бутылку спиртного в день. При похмелье была белая горячка. Этот пациент был переведен для лечения и дальнейшего ухода в психиатрическое отделение, где он благополучно поправился в течение недели, получая мощные инъекции витаминов и седативный препарат хлорметиазол.

Энцефалопатия Вернике

Другое состояние называется энцефалопатией Вернике. При этом состоянии наблюдается бред, неустойчивая походка, нечувствительность рук и ног и их дрожание, возникающие из-за периферической невропатии. В некоторых случаях бывает паралич глазных мышц и расстройство зрения, которое возникает в результате недостатка определенных витаминов (а именно, тиамина), вызванного расстройством питания вследствие длительного употребления спиртного. Это состояние можно наблюдать не только при алкоголизме, но и при иных заболеваниях, которые сопровождаются нарушением диеты, например, при злокачественной анемии, раке желудка, а также при нарушениях питания, связанных с иными причинами.

Психоз Корсакова

Третье состояние известно как психоз Корсакова, названный так по фамилии описавшего его в 1877 году врача. Здесь

Алкоголизм и наркомания

371

наблюдается сочетание невропатии и расстройства памяти, для которого характерна тенденция отвечать на заданные вопросы так, что ответ противоречит реальным фактам. Это явление называется конфабулезом. Психоз Корсакова может быть одним из конечных результатов длительного пьянства, зачастую он не вылечивается до конца и ведет к развитию перманентной деменции различной тяжести.

Женщина 62 лет лежит в одной из палат, предназначенных для длительного пребывания пациентов, она провела в клинике около 15 лет. До госпитализации она в течение 5 лет сильно пила как вино, так и спирт. Попытки ее лечить оказывались неэффективными, поскольку она отказывалась сотрудничать с врачами, и в момент последнего помещения в клинику у нее была острая белая горячка. Когда ее состояние улучшилось, осталось заметное повреждение памяти. Она находилась теперь в состоянии выраженной дурашливой эйфории. Верила, что она миллионерша, но не имела представления о том, где находится и почему. Даже в благоприятных условиях клиники ее способности усваивать новые знания представлялись настолько нарушенными, что она уже через пять минут не могла вспомнить, что ей сказали, моментально забывала о том, что происходило, — не могла вспомнить, ходила ли она поесть и кто ее навещал. Повреждение

мозга оказалось необратимым, но в щадящих условиях, где она не имеет возможности продолжать пить, это повреждение вряд ли будет прогрессировать.

Лечение алкоголизма

В психиатрической клинике связанные с алкоголизмом проблемы решаются несколькими путями. Острые расстройства поведения, вызванные тяжелым запоем или симптомами похмелья в виде белой горячки могут потребовать срочной госпитализации для того, чтобы можно было начать процедуры вытрезвления. Кроме того, в таком состоянии пациент может представлять опасность для самого себя или для окружающих.

372

Психиатрия

Алкоголь наносит вред организму, во-первых, из-за прямого токсического воздействия как на центральную нервную систему, так и на другие органы, например, на печень, где он действует как яд, а во-вторых, из-за ослабления всасывания из желудочно-кишечного тракта некоторых витаминов, в частности тиамина и витаминов группы В. Сама диета обычно уже не содержит достаточного количества витаминов, поскольку алкоголь в какой-то мере замещает пищу, давая калории энергии, но не поставляет адекватного количества белков и витаминов.

Таким образом, первоочередной мерой при угрозе белой горячки или более серьезных последствий в виде психоза Корсакова или энцефалопатии Вернике является лечение токсического эффекта и сопровождающего его дефицита витаминов. Если все же такие осложнения наступают, то собственно бред лечится с помощью препаратов, которые позволяют пациенту пройти через похмелье и связанное с ним перевозбуждение мозга, длящееся несколько дней, по мере того как проходит седативное действие алкоголя. Эти лекарства могут помочь в лечении спутанности сознания пациента. Может назначаться либо фенотиазиновый препарат (хлорпромазин или тиоридазин), либо бензодиазепин. В последнее время было установлено, что наиболее эффективным средством для контроля симптомов похмелья является хлорметиазол. Одновременно должна даваться мощная поддержка в виде витаминов, в частности тиамина, в больших дозах, если имеются признаки развития психоза Корсакова или энцефалопатии Вернике. Белая горячка обычно при таком лечении проходит за несколько дней, но у пациентов с долговременными алкогольными проблемами может развиваться резидуальная деменция, если лечение тиаминотерапией было произведено слишком поздно или если процесс зашел слишком далеко.

Как только преодолены острые симптомы, и врачи убедились в том, что нет никакого заметного расстройства интеллекта или памяти, во время беседы с пациентом необходимо принять решение о том, что ему делать дальше. К сожалению, подавляющее большинство этих страдальцев не желает проходить «лечение» и предпочитает на этом этапе покинуть клинику, веря, что в будущем они будут способны контролировать прием алкоголя более успешно. Конечно, это, как правило, оказывается тщетной надеждой, поскольку на самом деле очень немногие алкоголики

Алкоголизм и наркомания

373

могут справиться со своим состоянием без посторонней помощи и обойтись без стационарного лечения. На ранних стадиях отвыкания от этой дурной привычки соблазны, свойственные обществу, в котором они проживают, оказываются, как правило, сильнее, чем воля пациентов.

Тем не менее, большинство предпочитает уйти из клиники вопреки советам врача, и в настоящее время, как правило, нет никакой возможности вернуть их туда на основании *Акта о психическом здоровье*. Нет сомнения, что в принципе такое положение продуманно, поскольку человек, живя в обществе, имеет полное право упиться до смерти, если он этого желает. Те же самые аргументы за и против принудительного помещения в клинику можно приводить и в отношении иных вредных факторов риска, например, в случае курения. Однако, к сожалению, чаще всего хронический алкоголизм наносит вред не только самому больному, но и другим людям, а это означает, что общество должно иметь какие-то способы справляться с алкоголиками, независимо от их желания. Поэтому множество общественных учреждений и организаций, начиная от полиции и кончая обществом самаритян и отделами социальной службы, оказывают на клиники давление, требуя, чтобы они предпринимали хоть что-то, и, конечно, близкие родственники алкоголиков, которые страдают больше всех, настаивают на продолжении лечения. Однако закон Британии и ее общественная система таковы, что индивидуум может не обращать на все это никакого внимания и действовать по собственному усмотрению.

Но если отвлечься от этих моральных проблем, что можно сделать для тех пациентов, кто все-таки решил остаться в клинике, чтобы попытаться разрешить свои проблемы раз и навсегда?

После фазы вытрезвления лечение должно проводиться так, как терапевт считает наиболее целесообразным в каждом индивидуальном случае. Необходимо оценить основные факторы, при-

ведшие к развитию заболевания и подпитывающие его. Для работы над этими факторами можно использовать психотерапию, включая создание благоприятной среды, консультирование и поддержку пациентов, например, через группы анонимных алкоголиков, в которых те, кто уже преодолел свои проблемы, оказывают индивидуальную и групповую поддержку новым членам, помогая им сопротивляться возвращению к привычке упот-

374

Психиатрия

реблять алкоголь. Как правило, алкоголик должен стараться полностью отказаться от алкоголя, поскольку лишь в очень редких случаях те, кто прошел через алкоголизм, могут в дальнейшем потреблять спиртное цивилизованным образом, то есть без злоупотребления им. Однако многие считают намерение полностью отказаться от спиртного слишком высокой и недостижимой целью. В условиях клиники психотерапия может быть продолжена на индивидуальной основе или в группах, для чего открыто значительное количество отделений, предназначенных специально для решения проблем алкоголизма. В большинстве регионов Британии имеются региональные центры, и желательно, чтобы пациент посещал один из таких центров, а не оставался в районном психиатрическом отделении, поскольку в центрах созданы особые условия, к тому же, персонал заинтересован в работе именно с этими проблемами, что обеспечивает более эффективную помощь пациентам по сравнению с аналогичным лечением в обычных палатах психиатрических клиник.

При лечении таких заболеваний может дополнительно применяться лекарственная терапия. Для контроля возбуждения и тревожности могут быть полезными фенотиазиновые препараты, о которых мы уже говорили, причем они особенно эффективны в фазе отказа от потребления алкоголя. Для тех, у кого привычка к алкоголю развилась как вторичная реакция на другие эмоциональные проблемы, можно использовать антидепрессанты и анксиолитики. Было установлено, что бутирофеноны, в частности галоперидол, ослабляют потребность в алкоголе или удерживают пациента от попыток вернуться к потреблению алкоголя после многомесячного перерыва.

Полезным дополнением являются такие препараты, как антабус и дипсан. Эти препараты принимаются ежедневно в виде таблеток и абсолютно безвредны до тех пор, пока не употребляется алкоголь. Их эффект заключается в блокировании распада алкоголя в организме на той стадии, когда он преобразован в ацетальдегид. Это достаточно токсичное вещество, и если оно накапливается в организме в результате приема алкоголя, то вызывает отчетливое ощущение недомогания, тошноты, учащенного сердцебиения и прилива крови к лицу. Эти эффекты достаточно неприятны, чтобы удерживать пациента от их повторения.

Алкоголизм и наркомания

375

Преимуществом таких препаратов является то, что алкоголик знает: пока он принимает таблетки, у него есть достаточно веская причина, чтобы избегать приема алкоголя. Он также знает, что после прекращения приема таблеток они действуют еще пару дней, то есть он в трезвом состоянии принимает решение о том, продолжать ему прием таблеток или прекратить. После принятия такого решения он не может пить еще от 24 до 48 часов, при этом можно надеяться, что это как раз то время, в течение которого его образ мыслей изменится к лучшему, или он найдет способ помочь себе. Таким образом, это укрепляет волю пациента, хотя, конечно, об этих преимуществах можно говорить лишь в том случае, если пациент готов продолжать лечение.

Наконец, есть еще метод лечения, который называется аверсивной терапией. Некоторые общественные группы критиковали этот метод на том основании, что при этом способе лечения паттерн поведения пациента изменяется при подавлении его воли и свободы, и что принуждение пациента к такому лечению является по существу некоторой формой «промывания мозгов». На основании моих собственных разговоров с теми, кто прошел через такие формы лечения, я могу заключить, что этот аргумент совершенно несостоятелен. Нет никакого сомнения в том, что аверсивная терапия может быть эффективной в устранении тех симптомов, которые сам пациент считает несчастьем для себя и от которых ищет избавления. Гораздо аморальнее отказывать ему в таком лечении, зная, что оно может быть эффективным, что пациент сам страдает от своего поведения, что другие методы работают не столь хорошо и что пациент страстно желает получить такое лечение и полностью понимает его природу. Кроме того, то принуждение, которое оказывает общество, требуя, чтобы индивидуум следовал некоторым общепринятым нормам поведения, не должно так уж целиком осуждаться. Любое общество, если оно хочет выжить, должно требовать от каждого своего члена умения считаться с другими членами. Жизнь в

неупорядоченной среде, наверное, принесла бы людям больше неудобств, чем преимуществ. К тому же, делается попытка помочь человеку избавиться от поведения, которое не только антисоциально, но и в долгосрочной перспективе вредит его собственному здоровью, как физическому, так и психическому.

376

Психиатрия

Метод аверсивной терапии, который в случае лечения алкоголизма предельно прост, основывается на теории обучения. Если у индивидуума есть какая-то потребность, например, он голоден, и ему предлагаются некоторые стимулы — в нашем случае это что-нибудь съестное, — он ответит на эти стимулы тем, что съест пищу. Если этим потребность удовлетворяется, и голод ослабляется, то такой паттерн ответной реакции закрепится, и возникнет тенденция к его повторению при аналогичных обстоятельствах. С другой стороны, если потребление пищи не удовлетворит потребность в ней, например, из-за того, что она неприятна на вкус или окажется несъедобной, то потребность человека остается неудовлетворенной, и такой паттерн поведения в будущем будет подавляться.

Таким образом, обучение происходит через последовательность ответных реакций на стимулы в зависимости от того, удовлетворяется ли потребность пациента. Голод — это только один пример потребности. Есть, конечно, и множество иных потребностей, мотивирующих поведение людей. Эффективность системы ответных реакций на стимулы зависит от уровня, или интенсивности, разных ее аспектов: силы мотивации, эффективности формирования реакции стимулом, эффективности реакции на мотивацию в отношении снижения потребности и так далее. Было обнаружено, что паттерны ответных реакций связаны с первичной реакцией (в нашем примере это факторы, ассоциирующиеся с актом поедания пищи и его эффективностью в ослаблении голода), и эти сопутствующие факторы тоже встраиваются в заученную ответную реакцию. Так, если в этом эксперименте ослабление голода всегда связывалось с приятной музыкой, а предоставление невкусной пищи всегда сопровождалось громким, неприятным шумом, то дальше в курсе терапии громкий, неприятный шум будет подавлять аппетит, даже если пища будет совершенно приемлемой.

Какое это имеет отношение к лечению алкоголизма? При определенных обстоятельствах человек может удовлетворить свою потребность, и это приводит к снижению мотивации, вследствие чего проявится эффект обучения, если ситуация такова, что это дает немедленное вознаграждение, хотя в долгосрочной перспективе, по разным причинам, вредит ему. Так, алкоголик, принимая алкоголь, снижает психическое напряжение и развивает тем

Алкоголизм и наркомания

377

самым фиксированным паттерном ответной реакции, даже если он осознает, что это немедленное удовлетворение желания приведет к появлению проблем в долгосрочной перспективе. Тем не менее, он уже «на крючке» и теряет способность отказаться от такого паттерна ответной реакции, поскольку немедленное удовлетворение потребности, которое он получает, слишком заманчиво.

Если в ситуации, когда человек чувствует потребность в алкоголе, воспроизвести такую реакцию на алкогольный стимул, которая не будет вознаграждающей, то это должно привести к подавлению тенденции к повторению заученного паттерна в будущем. Таким образом, если ситуацию, которая подавляет тенденцию к повторению паттерна за счет своих неприятных последствий, удастся связать с приемом алкоголя, и если эта ответная реакция будет сильнее, чем мотивация к самому потреблению алкоголя, то пациент постепенно снизит потребление спиртного, поскольку обнаружит, что алкоголь больше не удовлетворяет его потребность.

Конечно, есть некоторая вероятность того, что если какой-то фактор связывается с ослабляющей мотивацию ситуацией потребления алкоголя, но при этом неприятная ответная реакция будет недостаточно сильна по сравнению с эффектом ослабления мотивации за счет приема алкоголя, то от алкоголизма человек не избавится — скорее, эта умеренно неприятная реакция встроится в паттерн пьянства как результат возникшей ассоциации, не погашая ее. Это может привести к тому, что алкоголик будет пойман и на крючок аверсивных шоков! Конечно, в реальности это вряд ли произойдет, поскольку обычно те, кто проводит лечение, знают, как нужно избегать такой ситуации. Тем не менее, теоретически она возможна.

Поэтому на практике при аверсивной терапии происходит связывание неприятной ответной реакции с тем, что было ослабляющей мотивацию удовлетворяющей реакцией, которую индивидуум заучил. В этой главе мы описали применение этого принципа к лечению алкоголизма,

но, конечно, он может использоваться и для устранения других заученных паттернов поведения, которые дают эффект немедленного вознаграждения, но в долгосрочной перспективе нежелательны для человека или для общества, в котором он живет. И именно в последнем случае создается ситуация, которая представляется спорной некоторым общественным группам.

378

Психиатрия

Первоначально для создания аверсивного стимула при алкоголизме пытались использовать химические средства. В этом случае пациент принимал препарат, вызывающий рвоту, и это осуществлялось с одновременным потреблением алкоголя в контролируемых условиях. Таким образом у пациента формировалась ассоциация алкоголя не с удовлетворением его потребности, а с последующей рвотой и всеми ее неприятными ощущениями. При таком лечении, конечно, решающее значение имеет синхронность, но при использовании химического метода трудно получать надежную и стойкую ответную реакцию, которая бы удовлетворяла терапевтическим критериям. Поэтому были предприняты попытки получить более эффективные методы аверсивной терапии, и в итоге для нее была разработана электрическая техника.

К какому-то участку тела пациента, например, к предплечью, подключают портативный блок, вызывающий шок. Нажатием кнопки на корпусе блока пациенту наносится электрический удар, силу которого можно постепенно увеличивать. С ростом интенсивности удара ощущение пациента становится некомфортным, а при дальнейшем ее повышении — откровенно болезненным. Пациент сам подстраивает интенсивность до того уровня, который считает достаточно неприятным, но все же не настолько болезненным, чтобы это заставило его прервать лечение. Идея состоит в том, чтобы получить уровень, который формирует отвращение. Сначала электрический удар осуществляет терапевт, но позже это может делать и сам пациент в определенный момент процедуры.

В случае лечения алкоголизма для этой процедуры потребуется нечто вроде бара, а, кроме того, необходимо предоставить в распоряжение пациента его любимый алкогольный напиток. Шок может производиться, например, в момент, когда пациент подносит ко рту стакан, и, конечно, должна быть возможность видоизменять процедуру или усовершенствовать в целях повышения ее эффективности. Здесь мы представили лишь упрощенную схему данного метода.

Необходимо на протяжении нескольких недель достаточно регулярно повторять сеансы длительностью примерно в полчаса, при этом, хотя бы в начальный период, необходимо это делать под наблюдением врача в условиях стационара, чтобы убедиться в эффективности получаемого результата. Конечно, при таком

Алкоголизм и наркомания

379

лечении крайне важно желание пациента сотрудничать с терапевтом, поскольку он может легко обмануть врача, не допуская, чтобы уровень шока был достаточно сильным для формирования отвращения.

Этот метод с тем или иным успехом применялся для лечения алкоголизма, хотя он и не оправдал всех возлагавшихся на него надежд. Его, конечно, надо рассматривать только как одну из возможностей помощи страдающим от алкоголизма, не забывая о других видах терапии, описанных выше. Какое бы лечение ни изобреталось, необходимо длительное время для закрепления его результатов, и поэтому всегда есть риск рецидива, если в моменты психологических стрессов пациент не сможет удержаться от возвращения к прежнему паттерну поведения. В большинстве существующих специализированных отделений для лечения алкоголизма, как правило, полагаются на динамическую групповую терапию в атмосфере лечебной общины.

Наркомания

А теперь обсудим проблемы наркомании. И так же, как в любой части этой книги, мы будем рассматривать только те проявления наркомании, которые требуют вмешательства психиатра. Социальные проблемы наркомании находятся за пределами нашей книги, поэтому мы лишь отметим их.

С самого начала следует провести различие между лекарственной зависимостью и наркоманией. Закон различает разные категории наркотиков, и формирование наркомании с большей вероятностью можно связывать с теми препаратами, которые широко известны под названием сильнодействующих наркотиков. **Наркомания — это состояние периодической или хронической интоксикации, вызываемой повторяющимся потреблением наркотика;**

характерными особенностями этого состояния являются вынужденное стремление к продолжению потребления наркотика и тенденция к увеличению его дозы. При этом развиваются психологическая и физическая зависимости от вызываемых наркотиком эффектов. Результатом является нанесение ущерба как здоровью индивидуума, так, безусловно, и обществу.

380

Психиатрия

К наркотикам этой категории относятся опиум и производные морфия, героин и кокаин. Наркотики, которые могут вызывать зависимость, или привыкание, включают широкий набор препаратов, рассматриваемых обществом как относительно безвредные. В их число можно включить чай и кофе, поскольку они содержат умеренно действующие стимуляторы. Привыкание часто развивает и алкоголь, а также некоторые типы снотворных таблеток, в частности барбитураты, а также некоторые успокаивающие препараты. Амфетамины и некоторые другие стимулирующие препараты особенно опасны в этом отношении, поскольку могут вызывать привыкание. Хотя обычно зависимость, или привыкание, к лекарству и не характеризуется навязчивым желанием принимать препарат, однако пациент ощущает потребность продолжать прием, правда при этом не проявляется тенденция к увеличению дозы, чтобы получить тот же самый эффект. Развивается некоторая степень психологической зависимости, но физическая зависимость отсутствует, и результатом такой зависимости является обычно нанесение ущерба только самому индивидууму, но не обществу в целом. Тем не менее, эффекты, связанные с резким отказом от приема таких лекарств, могут быть достаточно опасными, особенно в случае седативных препаратов, когда может наблюдаться повышенное возбуждение центральной нервной системы пациента на протяжении нескольких дней после отмены препарата с возможностью появления эпилептических припадков и состояния белой горячки.

Есть еще и третья категория наркотиков, которые не приводят к формированию наркомании или привыкания, но тем не менее являются потенциально опасными и вредными, поэтому они тоже включены в *Акт о злоупотреблении наркотиками*. К таким наркотикам относятся, в частности, такие галлюциногенные препараты, как лизергиновая кислота и мескалин, а также стимуляторы типа гашиша.

Люди, употребляющие наркотики, могут оказаться у психиатра по нескольким причинам. Им может понадобиться помощь в прекращении приема наркотика, если они не в состоянии справиться с этой задачей самостоятельно. Они также могут попасть под суд в связи с распространением наркотиков, и в этом случае направление в лечебный центр осуществляется по распоряжению об условном освобождении. Однако для психи-

': Алкоголизм и наркомания

381

атра наиболее важной причиной для направления пациента на лечение в больницу является развитие у него психического заболевания под воздействием приема таких наркотиков, и именно этих проблем мы теперь коснемся.

Симптомы

Длительная привычка к потреблению **седативных препаратов**, например, барбитуратов, и, конечно, потребление таких более серьезных наркотиков, как опиум или производные морфия, могут вызывать состояние хронической вялости, расстройство способности к концентрации и снижение интеллекта. Перво-

! ^начально барбитураты назначались только для лечения бессонни-'цы, однако пациент обнаруживал, что всякая попытка прекратить их прием приводит к возникновению двигательного беспо-

•{жойства и полной потере сна, причем если и удастся заснуть, то 'сны бывают лишь неприятными. Таким образом, это состояние

; может мимикрировать под неврозы или депрессию, и если не найдена основная его причина, то может быть выбрано неправильное лечение.

Стимулирующие препараты, в частности амфетамины и га-тдиш, а также кокаин, могут приводить к состоянию двигательного беспокойства с наложением бреда в фазе интоксикации. Однако более серьезно то, что они могут вызывать психотические заболевания, неотличимые от шизофрении, особенно у тех людей, которые предрасположены к этим заболеваниям. Часто обнаруживалось, что у тех индивидуумов, которые принимали таблетки для похудения, содержащие производные амфетаминов, и при этом в прошлом страдали от психотических

заболеваний, развивались рецидивы этих заболеваний. Возможными причинами могут быть те, о которых мы говорили в предыдущих главах, и которые обусловлены тем фактом, что амфетамины являются моноаминами, тесно связанными с некоторыми из естественных катахоламинов, имеющихся в центральной нервной системе. Есть также некоторая вероятность, что расстройства таких систем приводят к развитию параноидного и бредового поведения, связанных с амфетаминовыми психозами, которые мимикрируют под шизофрению. Однако эти психозы могут развиваться и у тех, кто в прошлом такими заболеваниями не страдал и в семейной истории их не имел.

382

Психиатрия

Резкий отказ от употребления таких препаратов может, кроме того, вызывать состояние типа белой горячки или долговременное снижение жизненных стимулов и отупение эмоций, связанное с прекращением искусственного стимулирования мозга.

Галлюциногенные наркотики, в частности ЛСД, фактически не являются препаратами, вызывающими наркоманию. Однако они могут быть чрезвычайно опасными, и действительно сегодня они в некотором смысле составляют основную проблему на фоне картины потребления наркотиков в целом. Действие этих препаратов заключается в индуцировании состояния измененного сознания с усилением и искажением чувственного восприятия. Могут быть острые состояния причудливых галлюцинаций, у индивидуума может появляться ощущение благополучия и всемогущества, он может, например, поверить, что способен летать, и попробовать это сделать, спрыгнув с крыши многоэтажного дома. Но могут развиваться и параноидные или депрессивные состояния — это зависит от ситуации, в которой принимаются наркотики. Опасность, в основном, связана с непредсказуемостью эффекта таких препаратов. Кроме того, такие наркотики изготавливаются химическим способом, поэтому их сложно контролировать. Эти препараты являются чрезвычайно сильнодействующими, и даже очень малые их дозы могут давать выраженный эффект. Кроме того, эти наркотики невозможно обнаружить в организме, поэтому только сам пациент может подтвердить, что психотический приступ вызван именно их приемом.

Молодой человек принимал ЛСД за неделю до обсуждаемого эпизода, и тогда его переживания были достаточно приятными. В тот вечер, о котором идет речь, он с приятелем пошел в местную пивную. Там он выпил четыре пинты пива. По пути домой почувствовал себя странно. Звуки становились все более пронзительными, а цвета более яркими, чем обычно. Во время ссоры с приятелем ему показалось, что тот хочет напасть на него с ножом, и, подняв трость для прогулки, он стал со злостью бить приятеля по голове, пока не убил. Никакого ножа потом не нашли, и можно не сомневаться, что предполагаемое нападение было просто бредовой идеей. Молодого человека обвинили в убийстве. Когда восстановили события, происходившие в течение нескольких часов, предшествовавших

Алкоголизм и наркомания

383

несчастью, стало ясно, что никакого психического расстройства у обвиняемого нет, и поэтому нет оснований для помещения его в спецбольницу такого типа, как Рэмpton или Бродмур. Его заключили в тюрьму. Девушка приняла ЛСД на вечеринке и на протяжении часа или двух переживала приятное состояние искаженного восприятия. Она вернулась домой, но вечером почувствовала уверенность, что она может летать, просто взмахивая руками. У нее не было намерения самоубийства. Она поднялась в мансарду, открыла окно и, отчаянно размахивая руками, выпрыгнула наружу. Это видел случайный прохожий. К несчастью, уверенность ее была бредовой, и она упала на землю, сломав обе ноги и запястье.

Такие «путешествия» непредсказуемы. Тот факт, что пережитое человеком путешествие было благополучным, еще не гарантирует, что и следующее будет таким же. Во время такого путешествия возникают расстройства мышления и странные ощущения; может случиться и рецидив, известный как «flashback» (вернувшаяся психоделическая картинка) — даже через несколько недель после приема наркотика, например, вследствие стимулирования алкоголем или гашишем. Высказывалось даже предположение о долговременном генетическом нарушении в половых клетках, что особенно опасно в случае, когда наркотик принимают молодые беременные женщины или молодые люди, половые клетки которых потом могут приводить к беременности с нарушением внутриутробного развития плода.

Тема галлюциногенов в целом является интересным предметом для исследований. Некоторые типы таких наркотиков были впервые получены мексиканскими индейцами, которые жевали пейот, получаемый из листьев кактуса. Использовались также напитки с мескалином, которые и сейчас еще можно найти в некоторых кварталах; часто его применяют вместе с продуктом переработки, известным как напиток текила. Другие галлюциногены получали из спорыньи и псилоцибина, активного ингредиента

ента теонанакуатля, священного гриба, использовавшегося чи-нантеками Южной Мексики.

Медико-правовым аспектам употребления наркотиков посвящен *Акт о злоупотреблении наркотиками от 1971 года*, который заменил собой прежний *Акт об опасных наркотиках*.

384

Психиатрия

Алкоголизм и наркомания

385

Согласно этому Акту, преступлением является хранение наркотиков; их распространение является более серьезным преступлением, а производство наркотиков может наказываться приговором к тюремному заключению сроком до 14 лет. Преступлением является также и хранение препаратов, при изготовлении которых используются наркотические вещества, поэтому, в соответствии с Разделом 10 Акта, против врача, выписывающего такие препараты без должной ответственности, могут применяться оп- • ределенные санкции.

Лечение наркомании

Схема лечения наркомании в общем похожа на ту, что используется при лечении алкоголизма. На протяжении недели или более в контролируемых условиях осуществляется постепенное прекращение приема наркотика с применением фенотиазино-вых препаратов или хлорметиазола в качестве средств, облегчающих эффекты ломки. После этого назначается интенсивная психотерапия, обычно групповая, а затем может быть начато лечение всех сопутствующих психических расстройств.

В национальной системе здравоохранения предусматривается существование региональных наркологических отделений, куда помещаются те, кто хотел бы получить помощь в решении своей проблемы и соответствующее лечение. Однако первоначальное лечение все еще является обязанностью районных психиатрических клиник, которые имеют дело с острыми последствиями наркомании, психотическими приступами и фазами ломки при прекращении приема наркотика.

Суть лечения заключается в том, чтобы помочь пациенту в преодолении фазы ломки, что часто осуществляется путем замены наркотика некоторым менее токсичным медикаментом с целью предотвращения острых симптомов, а потом производится постепенное прекращение приема наркотика до полной его отмены. При прекращении приема успокаивающих наркотиков типа героина пациент в течение нескольких дней проходит через фазу перевозбуждения центральной нервной системы. У него может возникать бред с эпизодами острого страха и паники, зрительные галлюцинации наподобие тех, что бывают при белой горячке. Могут быть припадки. Часто при лечении наркомании, связанной с сильнодействующими наркотиками седативной группы, используется метадон. Могут применяться и фенотиазины. При этом обязательно круглосуточное наблюдение за пациентом.

Эффекты, сопровождающие отказ от потребления седатив-ных наркотиков, аналогичны эффектам, которые наблюдаются при прекращении приема стимуляторов. При отказе от приема препаратов-стимуляторов мозг вступает в фазу непроизвольного понижения активности, когда пациент становится вялым и подавленным. Это состояние переживается пациентом как крайне неприятное, поэтому именно страх перед эффектами ломки вынуждает пациентов поддерживать наркотическую зависимость. Кроме того, организм пациента уже успел приспособиться к потреблению намного больших доз наркотика, чем может усвоить нормальный индивидуум, и поэтому фаза перестройки переносится пациентом наиболее тяжело. В связи с этим при отказе от приема стимулирующих наркотиков часто бывают полезными антидепрессанты и тиоксантины.

Лечение последствий интоксикации галлюциногенами типа лизергиновой кислоты в принципе аналогично лечению шизофрении, когда до окончания психотической фазы пациенту дают фенотиазины или родственные им препараты.

Часто наркоманы обращаются в клиники не с намерением получить лечение и уход, а пытаются найти поставщиков наркотиков. В настоящее время имеется централизованный реестр, в котором хранится информация обо всех известных на данный момент наркоманах и о их сегодняшних дозах. Вновь поступающие для лечения в клинику пациенты могут либо остаться там для отвыкания от приема наркотиков в условиях стационара — по мнению автора, этот процесс наиболее эффективно могут провести специалисты-медики, — либо обратиться с просьбой зарегистрировать их в качестве наркоманов, что дает им право контролируемого доступа к наркотикам через назначенных для этого врачей, которые зарегистрированы как имеющие полномочия выписывать их в соответствии с Актом от 1971 года. Скорее всего, для тех, кто привык к сильнодействующим наркотикам, единственной мерой сдерживания поначалу может быть только реальный контроль, поэтому были подготовлены соответствующие

13 Зек. NB 453 Хэзлем

386

Психиатрия

зарегистрированные центры, где в установленном порядке врач выписывает подлежащие учету наркотические препараты.

Те же принципы лечения применимы и в случае потребления тех наркотиков, которые, хотя и не попадают в категорию сильнодействующих, способны формировать сильную психологическую зависимость.

Любой врач имеет право выписать препарат, являющийся потенциально наркотическим, для лечения какого-либо острого заболевания. Например, производные морфия могут использоваться при сильных болях после операции. Однако, в соответствии с Актом от 1971 года, для выписывания таких препаратов наркоманам, а не для обычных медицинских целей, могут быть зарегистрированы только те врачи, опыт которых в лечении наркомании является общепризнанным.

Литература

Emboden, W., *Narcotic Plants*, Studio Vista, London, 1972. Hore, B. D., *Alcohol Dependence*, Butterworths, London, 1976. *Misuse of Drugs Act*, British Medical Journal, 2 October, 1971. *Subcommittee on Alcoholism*, WHO Publication 42, 1951. Watt, M. M., *Drug Dependence*, M.T.P. Press, Lancaster, England, 1977.

Вопросы

1. Где находятся ваши региональные наркологические отделения?
2. Является ли алкоголизм серьезной проблемой в вашем регионе?
3. Почему в крупных городах проблема алкоголизма и наркомании, как правило, серьезнее, чем в городах средних размеров?
4. Есть ли у вас местная организация анонимных алкоголиков?
5. Есть ли у вас местный координационный комитет по проблемам наркомании?

16 Старческое слабоумие

Краткая характеристика

Больные, страдающие старческим слабоумием, занимают третью часть больничных коек в психиатрических клиниках и шестую часть всех больничных коек в стране. Численность людей, имеющих возраст старше 65 лет, составляет 12,5 процентов от всего населения.

Основной диагноз: деменция

Проблема состоит в том, что приведенные выше цифры имеют тенденцию увеличиваться, и поэтому мы рассмотрим состояние взаимоотношений между службами системы психиатрических клиник, гериатрической службой и специальным третьим отделом, который находится в ведении местной службы социального обеспечения.

Можно выделить три группы пациентов, страдающих старческим слабоумием:

1. «Почтенные» пациенты, подолгу живущие в психиатрической клинике и успевающие состариться в больничном обществе.
2. Престарелые пациенты с теми психическими заболеваниями, которые могут встречаться у людей любого возраста.
3. Престарелые, страдающие от разных видов деменции:
 - а) умеренной;
 - б) тяжелой, но без осложнений;
 - в) деменцией, осложненной физическими заболеваниями.

Социальные проблемы возникают как следствие распада существовавших ранее семейных кланов с тесными взаимоотноше-

13*

388

Психиатрия

ниями. Рассеянность, агрессивное поведение престарелых членов семьи и их неспособность контролировать свой мочевой пузырь или кишечник — вот основные факторы, вынуждающие родственников отказываться ухаживать за ними.

В уходе за престарелыми важную роль могут играть центры с дневным обслуживанием. При этом для ухода за амбулаторными пациентами с перемежающейся спутанностью сознания от персонала требуются особые навыки.

Описание

Увеличение числа престарелых людей в обществе и повышение средней продолжительности жизни заставляют обратить особое внимание на проблемы дегенеративных состояний людей старшего возраста, особенно деменций, которые в предыдущих поколениях встречались реже, поскольку тогда многие умирали от других болезней, не доживая до того возраста, когда обычно развивается деменция.

Поскольку число больничных мест, необходимых для долговременных пациентов, страдающих шизофренией, уменьшилось, то появилась возможность увеличить количество мест для престарелых пациентов с психическими заболеваниями. Зачастую за больными этой группы уже не могут ухаживать родственники, как это было раньше, до вызванного индустриализацией распада семейных кланов на более мелкие семьи. Эти люди много лет исправно платили налоги, но когда наступает период их наибольшей уязвимости, их отсылают в учреждения, которые находятся в положении Золушки в системе государственной службы здравоохранения. Было бы разумным, если бы этим учреждениям выделялось больше средств, чтобы можно было обеспечить престарелым людям возможность прожить последние годы своей жизни хотя бы в более комфортабельных условиях.

Больничных мест требуется не так уж много, как предполагают. Организация системы дневных стационаров может намного облегчить бремя родственников по уходу за этими больными. Кроме того, можно предусмотреть такие виды обслуживания на дому, как, например, прачечная для тех престарелых людей, которые страдают

Старческое слабоумие

389

недержанием мочи или аналогичным расстройством стула. Для этого необходимо более тесное взаимодействие между местными властями, гериатрической службой и психиатрическими службами, занимающимися престарелыми пациентами. К сожалению, как правило, распределение фондов, предназначенных в системе здравоохранения для обеспечения больничного обслуживания, так же, как и для обеспечения ухода за умственно отсталыми, мотивировано скорее политическими соображениями, чем реальными потребностями наиболее уязвимой части населения.

В этой главе мы будем обсуждать не специфику конкретных заболеваний, которыми занимается гериатрическая психиатрия, а более общие проблемы, связанные с психической немощью пожилых людей. Для этого необходимо привести некоторые основные факты и цифры.

Министерство экономики здравоохранения опубликовало ряд документов, посвященных текущим проблемам здравоохранения и основным тенденциям в этой области. В опубликованном в 1986 году документе № 26, посвященном престарелым людям, были представлены тенденции, справедливость которых сегодня стала очевидной. В 1966 году в Англии и Уэльсе было примерно 6 миллионов людей старше 65 лет — это около 12 процентов от населения в целом. За пятьдесят лет до этого их насчитывалось 1,5 миллиона, что составляло только 5 процентов населения. За это же время количество людей старше 85 лет выросло от 50 000 до примерно 350 000. Прирост от 1,5 до 6 миллионов происходил в гораздо более быстром темпе, чем прирост в любой другой возрастной группе. До возраста 75 лет доживает вдвое больше женщин, чем мужчин, причем две трети этих женщин являются вдовами, в целом составляя примерно один миллион человек. За последние 50 лет смертность среди людей старше 65 лет снизилась примерно на 20 процентов, с 83 на 1000 до 65 на 1000 населения. На протяжении последнего столетия условия проживания престарелых в обществе сильно изменились. Хотя большинство из них живет в частных домах с детьми, либо вблизи от детей или других родственников, примерно 2 миллиона на момент составления рассматриваемого документа жило отдельно от родственников или почти в полном одиночестве, а 1,5 миллиона были абсолютно одинокими. Примерно 300 000 проживало в разного типа учреждениях, в основном в больницах государ-

390

Психиатрия

ственной службы здравоохранения или в домах, принадлежащих местным властям. Хотя эти люди, имеющие возраст выше 65 лет, составляют только 12,5 процентов населения, они занимают 35 процентов больничных коек службы здравоохранения. Это, конечно, неудивительно и лишь подчеркивает еще раз, насколько важное место занимает эта группа населения в обществе.

Половина всех больничных мест, занятых психически больными женщинами, приходится на пациенток старше 65 лет. Хотя количество коек, занятых пациентами психиатрических отделений, в последние 20 лет значительно сократилось, количество коек, занимаемых пациентами старше 65 лет, выросло примерно на 8000 единиц. В непсихиатрических больницах около 80 000 коек занято

пациентами старше 65 лет, а в психиатрических больницах их число составляет 52 000.

Исследования показали, что обслуживание, предоставляемое в виде заботы о благополучии и здоровье пациентов этой группы, без сомнения, не является адекватным. Для Ньюкасла Кей, Бимиш и Рот привели данные, что только малая часть людей старше 65 лет, страдающих психическими расстройствами, является стационарными пациентами больниц, либо проживает в домах для престарелых. Кроме того, Таунсенд и Веддерберн установили, что 25 процентов тех, кто мог бы получать государственную помощь разного типа, не обращались за нею.

Престарелых людей с психиатрической симптоматологией можно разделить на три группы:

1. Пациенты, поступившие в клинику в связи с психическими заболеваниями до того, как появились современные методы лечения, и состарившиеся в этих клиниках
2. Престарелые пациенты с психическими заболеваниями, которые могут обнаруживаться у людей любого возраста, такими, как депрессия, шизофрения или неврозы.
3. Престарелые пациенты с деменциями, при которых происходит прогрессирующее деградирование нервных клеток мозга, ведущее к потере памяти, дезориентации и общим расстройствам личности.

По соображениям практического удобства последнюю группу можно подразделить на тех, кто страдает деменцией умеренной

Старческое слабоумие

391

степени и может проживать в обществе; тех, у кого деменция достаточно серьезна, чтобы им требовался уход в больничных условиях, однако она не осложнена другими физическими заболеваниями, и поэтому за ними ухаживают как за пациентами, страдающими перемежающейся спутанностью сознания; и тех, у кого деменция очень серьезна или осложнена физическими заболеваниями. Этими физическими заболеваниями обычно являются хронические заболевания грудной клетки, сердца или почек.

В документе министерства здравоохранения и социальной защиты указывается:

(...) фундаментальным требованием является надлежащее обследование пациентов с целью определения наиболее адекватного способа лечения и ухода. По мере возможности, пациентов должны обследовать в домашних условиях при консультировании с врачом общего профиля, а если это невозможно, то их необходимо аттестовать как амбулаторных пациентов или посещающих дневные стационары. Однако среди них могут быть и такие, чьи потребности можно должным образом определить только в условиях клиники. Многие пациенты с симптомами психических заболеваний могут страдать острыми состояниями спутанности сознания или иметь смешанные проблемы социального, медицинского и психологического характера, для решения которых требуется объединить ; профессионалов разных специальностей. Отделения психогериатрической аттестации могут быть той базой, на которой работники гериатрической, психиатрической, общемедицинской служб, а также работники социальных , служб местного подчинения могут встречаться для рас-, смотра потребностей каждого конкретного пациента, планирования лечения и инициирования лечебных программ.

В последние два десятилетия постоянно увеличивалось число тех случаев деменции, которые попадают во вторую категорию из трех перечисленных выше, а именно неосложненные деменции, требующие больничного лечения. Для таких пациентов требуется особый тип экспертизы необходимого ухода, и на них персоналу приходится затрачивать больше времени, чем на других

долго-

392

Психиатрия

временных пациентов, принадлежащих первой группе. Это обусловлено степенью спутанности их сознания, часто сопровождающейся неспособностью контролировать мочевой пузырь и кишечник, а также расстроенностью поведения. В крупных клиниках эти пациенты постепенно начинают занимать часть палат, ранее отводимых для более молодых пациентов, для пациентов со средним сроком лечения, а также резервные койки, что и приводит к возникновению определенных административных сложностей.

В психиатрических отделениях больниц общего профиля некоторых новых районов для таких пациентов места вообще не предусмотрены. Кроме того, при разработке общей концепции развития такого района не определяются цифры, отражающие потребности в больничных койках для этой группы пациентов. Тот факт, что эти пациенты иногда занимают койки по несколько лет,

особенно когда нет возможностей для ухода за ними в домашних условиях, иногда даже при необходимости госпитализации удерживает врачей-консультантов от их направления на койки, предназначенные для краткосрочных пациентов, в частности выделенные для лечения больных с острыми психическими заболеваниями. Как только койка занята пациентом с деменцией, становится невозможным принимать на ней по десятку пациентов в год, то есть она уже не может использоваться по своему прямому назначению. Это приводит к значительным конфликтам между семейными врачами, общественными службами и больницами, поскольку все эти специалисты оказываются в сложном положении.

Представляется идеальной та схема, которая принята в Нидерландах, однако она требует значительных финансовых затрат. Очень удобными оказались большие, хорошо оборудованные блоки квартир для престарелых, в которых супружеские пары могут продолжать жить совместно, даже если один из супругов стал слабым физически. В пределах такого квартирного комплекса предусматриваются общественные больничные помещения, где те, кто теряет способность обслуживать себя самостоятельно, могут находиться на попечении специальных работников, располагающих необходимыми возможностями. Поэтому пациенты, постепенно теряющие трудоспособность, могут оставаться в привычной для них среде, общаться с друзьями, что само по себе очень

Старческое слабоумие

393

важно при деменции, когда способность усваивать новое и ориентироваться в новых обстоятельствах постоянно снижается. Квартиры для семейных пар, для одиноких людей и отели или выделенные для больничных помещений площади расположены в одном здании. Они хорошо оборудованы, имеют уютные садики у дома, то есть обстановка там во всех отношениях домашняя. Посещение пациентов не ограничивается, и вообще они пользуются гораздо большей свободой, чем в больницах.

К сожалению, в Великобритании таких комплексов нет. Функционирование любой службы, имеющей дело с перечисленными выше тремя группами престарелых пациентов, страдающих деменцией, зависит от наличия для них коек в психиатрических клиниках, в гериатрических больницах и в учреждениях третьего отдела, подчиненных местным властям (это помещения, предоставляемые отделами социального обеспечения каждой кон-•" кретной местности для престарелых людей, нуждающихся в ' уходе). Надлежащего согласованного функционирования всех этих учреждений можно достичь, если есть доступ к ним для проверок, и если они располагают необходимыми возможностями для размещения пациентов, уже прошедших обследование, и для предоставления им лечения. Таким образом, необходимы четыре возможности: (а) пациент может возвращаться домой; (б) пациенту может потребоваться поддерживающая среда на уровне, предоставляемом отделами социального обеспечения в общественных домах для престарелых; (в) пациенту может потребоваться уход в условиях гериатрического отделения больницы общего профиля; (г) в дальнейшем пациенту может потребоваться лечение в условиях психиатрической клиники. Если система не располагает одновременно возможностями для реализации любых трех из перечисленных пунктов, то она будет неэффективной в целом, и тогда уход за пациентами, размещенными неудачно, придется организовывать за счет мест, предназначенных для других пациентов.

Насколько известно автору, одно из первых отделений, устроенных по такой многодисциплинарной схеме, было создано в Ноттингеме. Отделение психогериатрического освидетельствования могло принимать пациентов, направляемых семейными врачами или отделами социального обеспечения. Обследование пациентов проводилось геронтологами или психиатрами, специализирующимися по старческому слабоумию, причем в большинстве

394

Психиатрия

случаев оно проводилось до того, как подтверждалось направление пациента в клинику.

Во время пребывания в отделении, что, как правило, ограничивается шестью неделями, проводится полное всестороннее определение всех потребностей пациента. Проводятся любые необходимые виды обследований с регулярными совещаниями специалистов по гериатрии и психиатрии, а также работников службы социального обеспечения и медсестер, и таким образом определяется тип ухода за пациентом на дальнейшее. Это решение затем обсуждается с пациентом и его родственниками, и за шесть недель завершаются все необходимые формальности. В конце шестинедельного срока задействуются три группы служб: психиатрия, гериатрия и служба социального обеспечения — для того, чтобы найти средства и возможности, необходимые для

дальнейшего лечения пациента по линии какой-то из этих трех групп. Также необходимо привлечь к обсуждению и родственников пациента, чтобы выработать правильную схему их поведения при возвращении пациента домой по окончании шестинедельного срока, если такое возвращение будет признано целесообразным всеми специалистами.

К сожалению, бывает так, что в большинстве случаев родственники — если они в течение какого-то времени уже испытали на себе все неудобства проживания вместе с престарелым слабоумным членом семьи и имели при этом недостаточную поддержку со стороны общества — чувствуют такое облегчение, определив его на попечение больницы, что потом отказываются забирать своего пациента домой. При надлежащем уровне работы соответствующие учреждения и службы обязаны наладить отношения с родственниками пациентов и предоставить им необходимую помощь.

В приложении к изложенному выше алгоритму схема, принятая в Ноттингеме, работает достаточно хорошо. Если в схеме не предусмотреть необходимых адекватных возможностей распределения пациентов и не включить в нее нечто вроде упомянутого правила шестинедельного обследования, то очень скоро обнаруживается, что имеющиеся в наличии койки для обследуемых больных не могут вместить всех тех пациентов, которых нельзя быстро выписать, и что отделение теряет возможность работать надлежащим образом.

Старческое слабоумие

395

Кроме того, для удовлетворительной работы таких отделений, требуются дневные стационары и дневные центры. Дневной стационар работает на базе больницы и предоставляет пациентам полное больничное обслуживание, включая уход и лечение, однако на ночь и на выходные дни пациенты возвращаются домой, сохраняя таким образом свои связи с семьей, но одновременно давая семье свободу на весь день, поскольку пациент находится на полном попечении больницы с девяти часов утра и до пяти вечера. Это устраняет необходимость полной госпитализации для очень многих пациентов, позволяет раньше выписывать больных, хотя в этом случае необходимо наладить работу санитарных транспортных средств для перемещения пациентов.

Дневные центры работают под началом местных отделов социального обеспечения, и штат их комплектуется тоже за счет этих отделов. Они предоставляют пациентам возможность активно проводить там весь день в благоприятном окружении, занимаясь трудотерапией или иной подходящей деятельностью. Эти центры предназначены для престарелых людей, которые проживают с родными, и дают возможность членам семьи пациента ходить днем на работу, делать покупки и навещать своих друзей.

В последнее время появилась тенденция создавать отделения лечебных общин для престарелых, которые предоставляют пациентам возможность стационарного ухода на базе небольших районных гостиниц. Предполагается, что каждый сектор района должен иметь такое отделение, предоставляющее стационарное лечение всем тем пациентам со спутанностью сознания, которые неспособны самостоятельно справиться с жизнью в обществе. Это в какой-то мере является возвращением к прежнему типу больницы-коттеджа, но оборудованному для проживания пациентов, страдающих деменцией, чтобы они могли жить как можно ближе к своим друзьям и родственникам, к привычной им среде.

Пациенты, состарившиеся в условиях психиатрических клиник

Мы уже упоминали, что имеется группа долговременно проживающих в больницах пациентов, хотя она и уменьшается

396

Психиатрия

со временем. За последние 15-20 лет происходило постоянное сокращение количества коек в психиатрических клиниках просто по той причине, что улучшались методы лечения, в результате чего срок пребывания шизофреников в клинике, доходивший ранее до нескольких лет, очень сильно сократился.

К тем, кто продолжает нуждаться в долговременном лечении, относятся пациенты, которые заболели до появления адекватных методов лечения и теперь страдают от остаточных симптомов. К этому контингенту пациентов преклонного возраста относятся также и те, кто потерял связи со своими родными и поэтому не имеет пристанища. Пациенты этой группы, хотя и уменьшающейся по численности, становятся все более острой проблемой, главным образом из-за своей физической немощи. Эти пациенты поступили в клиники до середины 1950-х годов, и многие из них к настоящему времени достигли семидесяти или восьмидесяти лет, поэтому они представляют для врачей проблему скорее со стороны гериатрии, чем

психиатрии. В документах министерства здравоохранения и социальной защиты, где очерчены потребности таких пациентов, говорится, что «нужно прилагать все усилия для того, чтобы сделать жизнь этих людей по возможности полной и предотвратить их отрыв от регулярных контактов с людьми, находящимися за пределами клиники».

Несмотря на усовершенствование методов лечения, некоторое небольшое количество пациентов еще и сейчас становится хроническими больными, то есть им требуется долговременный уход в условиях клиники. И эту группу людей нельзя игнорировать. Ее численность не очень просто определить, поскольку мы переживаем сейчас время перемен, когда количество долговременных пациентов с диагнозом шизофрении продолжает сокращаться. Однако всегда есть некоторая вероятность того, что, несмотря на появление новых методов лечения, шизофренический процесс у некоторых пациентов с таким диагнозом может возобновиться в пожилом возрасте, и тогда, несмотря на усилия всех специалистов, эти пациенты, прожив много лет в условиях общества, где-то к 1990-м годам начнут все чаще попадать на больничные койки, поскольку им будет все труднее справляться с требованиями повседневной жизни.

Кроме того, некоторое небольшое число шизофреников все еще требует долговременного лечения. Некоторые пациенты с

Старческое слабоумие

397

тяжелыми случаями расстройства личности просто не смогут выжить за пределами клиники. Есть также некоторое количество пациентов более молодого возраста, у которых деменция развилась в результате травмы мозга, инфекции или является разновидностью медленно прогрессирующей пресенильной деменции. Таким образом, происходит определенное постепенное накапливание тех пациентов, которые в ходе лечения в конце концов попадут именно в категорию долго проживающих в клинике пациентов.

Престарелые люди с функциональными психическими заболеваниями

Престарелые пациенты страдают от тех же заболеваний, которые могут встречаться в любой возрастной группе, а именно от депрессивных заболеваний, шизофрении и различных неврозов. Поэтому их лечат в обычных больничных палатах точно так же, как лечение людей старческого возраста с аппендицитом проводят в тех же самых хирургических палатах, где лежат более молодые пациенты. В таких случаях нежелательно какое-либо разделение пациентов по возрасту. Некоторые психические заболевания, не имеющие характера деменции, развиваются преимущественно в определенных возрастных группах. В старческом возрасте особенно распространена **парафрения**. Как уже говорилось, это заболевание напоминает шизофренический процесс, хотя здесь личность остается менее поврежденной и не отмечается расстройство мышления, возможно, вследствие того, что к этому возрасту процесс мышления достигает у людей более устойчивого состояния, или за счет того, что биохимическая этиологическая основа здесь несколько иная. У пациента развивается фиксированная бредовая идея, часто сопровождающаяся галлюцинациями, которые могут быть тактильными или обонятельными, зачастую они имеют характер идей преследования. Так, престарелая женщина может верить, что соседи намеренно ей мешают, воруют у нее и так далее.

398

Психиатрия

Престарелые пациенты с деменцией

Эта группа пациентов характеризуется определенным постоянным нарушением психологических функций, возникающим в результате развития деменции. Исследования показывают, что распространенность деменции среди людей старше 65 лет составляет примерно 10 процентов, хотя во многих случаях имеет умеренную тяжесть или характер начальной стадии заболевания; при этом большая часть таких пациентов проживает в домашних условиях.

Распространенность деменции резко возрастает с увеличением возраста пациентов. В случае умеренной деменции заболевание характеризуется некоторой спутанностью сознания и, возможно, тенденцией к рассеянности и забывчивости; временами у пациентов может наблюдаться беспокойство и умеренная агрессивность, если они не понимают, что именно окружающие пытаются для них сделать. Однако таким пациентам не требуется постоянный присмотр. Это та группа пациентов, для которой жизненно важны дневные центры и дневные стационары.

Если пациенту, у которого деменция сопровождается достаточно тяжелым физическим заболеванием — а такие пациенты составляют довольно большую группу среди престарелых, —

требуется госпитализация, то необходимо решить, что для него будет наиболее подходящим: лечение в гериатрическом или в психиатрическом отделении. Это в большой степени будет определяться тем, что для него необходимо в первую очередь: удовлетворение его физических нужд или осуществление присмотра в связи с перемежающейся спутанностью сознания. В этом случае важна оценка состояния пациента совместными усилиями разных специалистов.

Потребность в больничных койках для тех пациентов, которым необходимо лечение в гериатрических отделениях, согласно рекомендациям министерства здравоохранения и социальной защиты, составляет 10 коек на 1000 человек населения старше 65 лет. Желательно, чтобы некоторая часть штатных сотрудников имела квалификацию медсестер как по психиатрии, так и по гериатрии.

Острые состояния спутанности сознания обычно бывают связаны с физическими заболеваниями, например, случайно занесенной

Старческое слабоумие

399

инфекцией. Как правило, такие состояния развиваются ночью и перемежаются периодами ясного сознания. При этом часто наблюдается некоторая степень дезориентированности пациента или потеря способности идентификации, иногда визуальные галлюцинации имеют устрашающее содержание.

Самую большую группу таких пациентов составляют те, кому желательно проживать в общинах для престарелых, в специализированных районных больницах или психиатрических палатах для пациентов с деменциями, и это именно те пациенты, у которых тяжелое состояние деменции не сопровождается какими-то серьезными физическими заболеваниями. И все же при определении необходимости госпитализации чаще пользуются социальными критериями. При этом учитываются такие факторы, как беспокойство пациента по ночам, стремление уходить из дома и теряться или мешать транспорту на дорогах, а также неспособность контролировать свой кишечник и мочевой пузырь. Агрессивное поведение пациента тоже быстро истощает терпение родственников. До некоторой степени с этими трудностями можно справляться и в домашних условиях, однако часто пациенты с умеренной степенью спутанности сознания отказываются принимать лекарства, даже если за этим тщательно следят их родные. Если требуются инъекции успокоительного средства или же для контроля агрессивного поведения пациента необходимо круглосуточное наблюдение за ним, то без госпитализации, как правило, не обойтись.

Для этой группы пациентов в учреждениях службы психиатрии нужно выделять примерно три больничных койки на 1000 пациентов старше 65 лет. Это составляет 0,4 койки на 1000 человек всех возрастов, причем это количество нужно добавлять к тем 0,5 койкам на 1000 человек, которые рекомендованы для психиатрических отделений в составе районных больниц общего профиля. В сочетании с дневными стационарами и выделением коек для праздничных дней, чтобы родственники пациентов, занятые все остальное время года, могли на эти дни куда-то поехать, этого должно быть достаточно для удовлетворения потребностей того общества, которое на сегодняшний день имеется в Великобритании.

Если престарелый пациент вследствие ухудшения ясности его сознания помещается в отделение клиники, работающее лишь в

400

Психиатрия

выходные и праздничные дни, то необходимо допускать к нему родственников, поскольку из-за нарушения способности ориентироваться и запоминать новую информацию больному сложно приспособиться к новым условиям. Например, ему сложно находить дорогу в туалет, поскольку его размещение может отличаться от того, к какому он привык у себя дома, в результате появляются проблемы с контролем мочевого пузыря и кишечника. Эти трудности можно свести к минимуму за счет увеличения количества медсестер по отношению к числу пациентов. Кроме того, тренировка выполнения повседневных действий в отделениях трудотерапии может в какой-то мере укрепить память пациентов. Недержание мочи может быть следствием инфицирования мочевого пузыря, может свидетельствовать и о каком-то гинекологическом заболевании, однако у многих престарелых пациентов такие явления обусловлены деменцией, а в наиболее тяжелых случаях деменции недержание мочи и неурядки с дефекацией наблюдаются довольно часто. Поэтому очень важно при планировании условий ухода за пациентами этой группы обеспечить удобное расположение туалетов, предусмотреть все необходимые гигиенические средства и особые возможности для стирки белья.

Заключение

1. Количество пациентов, состарившихся в условиях психиатрической клиники, сокращается, поэтому расширение площадей для их размещения не требуется, но необходимо улучшение условий их жизни, возможно, в сочетании с проживанием в условиях общества.

2. Для престарелых пациентов с функциональными психическими расстройствами рекомендуется выделять 0,5 койки на 1000 человек и 0,65 мест в дневных стационарах на 1000 человек взрослых психически больных.

3. Престарелые пациенты с умеренной степенью деменции должны проживать в домашних условиях или в помещениях, находящихся в ведении местных властей, из расчета 25 коек на 1000 населения старше 65 лет.

Старческое слабоумие

401

4. Престарелые пациенты, страдающие деменцией, осложненной физическими заболеваниями, должны лечиться в условиях гериатрических отделений, при этом рекомендуется выделять 10 коек и два места в дневных стационарах на 1000 населения старше 65 лет.

5. Престарелые пациенты с тяжелой деменцией, но не сопровождающейся иными физическими заболеваниями, требуют выделения трех коек и трех мест в дневных стационарах на 1000 человек населения старше 65 лет, что составляет 0,3 коек на 1000 коек для больных в целом. Это количество следует добавлять к тому, которое выделяется для перечисленных нужд.

6. Для тех престарелых пациентов, которым требуется прохождение обследования специалистами гериатрической и психиатрической специализаций, необходимы отделения для проведения таких обследований из расчета по 10-20 коек на 250 000 населения в целом. Эти отделения предпочтительно размещать в районных больницах общего профиля.

Если исходить из условий службы здравоохранения, то основной проблемой здесь является специализированное размещение разных групп пациентов и возможность перевода их из одной группы в другую. Зачастую учреждения гериатрической и психиатрической помощи, а также те, что подчинены местным властям, размещены в разных местах. Отсутствие возможности проведения совместного обследования состояния пациентов специалистами разного профиля приводит к необходимости решать проблемы перевозок пациентов. Часто возникает ситуация, когда за пациентом, страдающим деменцией, сложно ухаживать в условиях гостиницы, находящейся в ведении местных властей, и вместе с тем нет возможности поместить его в психогериатрическое отделение. В то же время, некоторых пациентов гериатрического или психиатрического отделения можно было выписать для проживания в помещениях, подчиненных местным властям, но для этого нет реальных возможностей. Чтобы находить компромисс при взаимных обменах с целью размещения пациентов, проживающих в общинах, как можно ближе к местам проживания их родственников и друзей, от ответственных за эту работу профессионалов требуется известная изобретательность и умение договариваться. Кроме того, часто местным властям не хватает

402

Психиатрия

средств из-за отсутствия политической поддержки или недостаточного финансирования, и поэтому они не могут предоставить необходимые условия для решения этих задач.

Между тем, проблема обостряется. Рот установил, что в обследованных им отделениях в Ньюкасле количество госпитализированных пациентов старше 65 лет возросло на 5 процентов за 2 года, и за счет увеличения средней продолжительности жизни численность пациентов старше 65 лет в этих отделениях увеличилась за этот же период с 480 до 650 человек, что составило более 30 процентов прироста.

Служба психогериатрии, как и служба, занимающаяся умственно отсталыми пациентами, всегда была Золушкой в системе здравоохранения. Необходимо оказать давление на правительственном уровне, чтобы увеличить выделение средств для этих недостаточно финансируемых групп, если мы хотим, чтобы пациентам были обеспечены необходимые возможности лечения. В этой главе, в частности, упоминались общины для престарелых. В следующей главе мы более подробно обсудим деменцию и другие заболевания, характеризующиеся расстройствами памяти и способности к ориентации.

Старческое слабоумие **Вопросы**

403

1. Какой процент всех коек в службе здравоохранения занимают пациенты со старческим

слабоумием?

2. Каково процентное соотношение коек на 1000 человек населения для психиатрических и гериатрических отделений в вашем районе?
3. Сколько имеется дневных стационаров и дневных центров, обслуживающих пациентов со старческим слабоумием?
4. Сколько местных отделений общин для престарелых работает под началом отделов социального обеспечения и сколько там мест?
5. Есть ли в вашем районе общественная медсестра, специализирующаяся в психиатрической гериатрии?
6. Предоставляет ли ваш местный отдел жилищного строительства адекватные возможности для поселения престарелых людей с предоставлением им необходимой помощи?

Литература

Arie, T., *Management of Dementia in Elderly*, 1973, BMJ, December 8, 1973.

Arie, T. and Jolley, D. *The Rising Tide (Mental Disorder in Old Age)*, British medical Journal, 286-325, 1983.

Chown, S. *Human Aging*, Penguin, Harmondsworth, 1970.

Dementia in Old Age, Office of Health Economics, London, 1979.

Happier Old Age, A, DHSS, 1978.

Kay, D. W. K., and Walk, A., *Recent Developments in Psychiatrics*, BJP Special Publication No. G, Headley, Kent, 1971.

Office of Health Economics, Publication No. 26, London, 1968.

Post, F., *The Clinical Psychiatry of Later Life*, Pergamon, Oxford, 1965.

Services for Mental Illness Related to Old Age, DHSS pamphlet, 1972.

17 Расстройства интеллекта

Расстройства интеллекта

Лечение и исследование

405

Необходимо физическими методами лечить основную причину-*Ию* заболевания, дополняя лечение уходом и реабилитацией.

Описание

Краткая характеристика

Классификация

1. Органические психозы.
2. Делириозные состояния.
3. Деменции:
 - а) сенильная;
 - б) пресенильная;
 - в) атеросклеротическая;
 - г) сифилитическая (прогрессивный паралич);
 - д) прочие.
4. Эпилепсия.

Общие симптомы

Наблюдаются расстройства сознания, памяти и способности к ориентации. К прочим симптомам относятся лабильность настроения, раздражительность, изменение ритма сна и несдержанность в социальном поведении.

Этиология

Токсический эффект и дегенеративные изменения в клетках центральной нервной системы могут вызываться широким набором локальных или общих заболеваний, а также травмами или дегенеративными процессами.

Еще одной группой болезней, с которыми встречаются психиатры, являются заболевания, при которых имеет место **снижение интеллектуальной деятельности**. В общем случае это означает **расстройство памяти и ориентации**, часто сопровождающееся спутанностью сознания, которое

в острых случаях может быть связано с изменением уровня сознания.

О причинах, вызывающих эти заболевания, мы знаем намного больше, чем о причинах всех обсуждавшихся до сих пор расстройств. В общем случае расстройство функций центральной нервной системы является результатом расстройства ее функционирования на уровне клетки либо вследствие токсических эффектов, обусловленных каким-либо генерализованным заболеванием, воздействующим на другие части организма, либо из-за местного нарушения кровообращения или нарушения метаболизма самих нервных клеток.

Паттерны заболевания

Наблюдаются три основных типа симптомокомплексов. Во-первых, есть пациенты, у которых проявляются симптомы незначительного расстройства памяти. Картина заболевания может походить на депрессию, шизофрению или истерическое состояние с признаками тревожности, однако это расстройство обусловлено нарушением сбалансированного функционирования центральной системы. Эти заболевания могут быть самыми разными — от злокачественной анемии или заболевания щитовидной железы, сопровождающегося образованием зоба, до такой болезни, как рассеянный склероз.

406

Психиатрия

Во-вторых, это могут быть острые заболевания, имеющие название **делириозных состояний**. Здесь наиболее заметной особенностью является нарушение сознания. Такое состояние часто возникает в связи с острой инфекционной болезнью, когда сильно повышается температура, или в связи с общей интоксикацией организма, например, при пневмонии.

Третью группу составляют **деменции**. Эти состояния имеют затяжной характер, и преобладающими симптомами здесь являются нарушение памяти, в особенности забывание недавних событий, а также нарушение способности ориентироваться в пространстве или во времени. Эти заболевания часто возникают в результате уплотнения стенок артерий и дегенерации клеток мозга, что является одной из составных частей процесса старения человека и приводит к состоянию, называемому **сенильной деменцией**.

Симптомы

При внимательном наблюдении во всех этих синдромах обнаруживаются, в той или иной степени, определенные паттерны симптомов. Симптомы можно систематизировать следующим образом:

1. Нарушение сознания.
2. Нарушение памяти и ориентации.
3. Нарушение настроения, характеризующееся легкостью перехода от счастья к печали, от слез к смеху и к агрессии. Такое свойство называется лабильностью.
4. Нарушение ритма сна.
5. Раздражительность.
6. Нарушение социально выработанных норм поведения, называемое расторможенностью, на ранней стадии которого индивидум не принимает в расчет чувствительность других людей, становится вульгарным, что часто связано со способом пользоваться туалетом и с сексуальным вопросом.

Рассмотрим эти симптомы более детально. Во-первых, следу_ет выяснить вопрос о сознании.

Возможны различные степени

Расстройства интеллекта

407

нарушения сознания — от умеренного нарушения способности воспринимать новое и концентрироваться, трудности с нахождением дороги, когда человека приходится разыскивать, до острого состояния бреда, ступора и, наконец, полной комы, когда сознание утрачено полностью, и у пациента нет никакого контакта с внешним миром. Если врач обнаруживает любое нарушение сознания, которое можно принять за функциональный психоз, он сразу должен подумать о возможности иной, еще не обнаруженной патологии, и потребовать дальнейшего обследования.

Нарушения сна могут быть различными. Пациент теряет способность нормально спать, но это может быть нарушение способности засыпать с вечера или слишком раннее пробуждение. При органических заболеваниях часто наблюдается инвертированный ритм сна, когда пациенту хочется спать днем, а ночью он становится беспокойным и часто просыпается. Как правило, наибольшая спутанность сознания бывает именно ночью, и пациент может встать с постели, думая, что уже утро, и бродить по дому. Иногда наблюдается **гинерсомния**, или повышенная сонливость, что в наиболее мягкой форме проявляется в апатии и вялости.

Существуют и еще два особых паттерна сна, которые называются **нарколепсия и катаплексия**. При нарколепсии у пациента наблюдаются приступы неодолимого желания заснуть, часто в самое неподходящее время, когда он на какое-то время просто падает, и его невозможно разбудить. Такое состояние наиболее часто бывает после острых вирусных инфекций мозга, например, после энцефалита. При катаплексии засыпание провоцируется сильными эмоциональными стимулами, после чего наблюдается только что описанная выше картина.

Ослабление памяти тоже может проявляться по-разному. При деменции первоначальное нарушение памяти выражается в забывании событий недавнего прошлого, поскольку мозг утрачивает способность усваивать новую информацию, а то, что мозг запомнил давно, сохраняется в памяти. В старости человек может очень точно воспроизвести эпизоды 50- или 60-летней давности, но не в состоянии вспомнить, например, что он сегодня ел на завтрак. Он может повторять одну и ту же историю много раз, надоедая этим своим друзьям, поскольку не помнит, что уже рассказывал ее. В тяжелых случаях это свойство

408

Психиатрия

сразу же забывать о том, что происходит, становится настолько отчетливым, что если сказать человеку, какое сегодня число, то через минуту он уже это забудет.

Полная потеря памяти является скорее истерическим симптомом в контексте какого-нибудь иного психического расстройства, однако частичная ее потеря, когда забываются прошлые и недавние события, может наблюдаться при спутанности сознания во время острых делириозных состояний. Такое может случаться и при хронических нарушениях памяти, обусловленных уплотнением стенок артерий, например, при атеросклеротической деменции. Иногда пациент вспоминает события, которых в действительности не было, или отвечает с большой убежденностью на вопросы, не зная на самом деле правильных ответов. Такая особенность, которая называется **конфабуляцией**, наблюдается, в частности, при деменции, связанной с алкоголизмом, а также при значительном недостатке в организме витаминов группы В.

При нарушениях памяти, обусловленных травмой, например, контузией, потеря памяти носит характер ретроградной амнезии, и забываются только события, случившиеся в некоторый отрезок времени, совпадающий с моментом травмы. Аналогичная картина может наблюдаться и после эпилептического припадка или после комы, обусловленной каким-либо острым хирургическим заболеванием или заболеванием общего характера.

При деменциях может нарушаться **способность ориентироваться в пространстве и во времени**, причем это расстройство бывает наиболее сильным при острых делириозных состояниях. В некоторых случаях при локальном повреждении мозга — например, из-за опухоли — такие изменения могут иметь весьма специфический характер, причем может оказаться нарушенным только какой-то один аспект функционирования мозга, в то время как все другие остаются совершенно неповрежденными. Автор, например, лечил пациентку, пострадавшую от отравления окисью углерода, которая совершенно не помнила событий недавнего прошлого и испытывала, кроме того, затруднения с арифметическими вычислениями, однако все остальные функции мозга были вполне нормальными. Со временем она до некоторой степени адаптировалась к такому дефекту, который так и не удалось полностью вылечить.

Расстройства интеллекта

409

При длительных заболеваниях, связанных с ослаблением интеллекта, часто довольно острой проблемой бывает расстройство поведения по отношению к друзьям и родственникам. Пациент становится несдержанным, отказываясь вести себя должным образом. Это может выражаться в каких-то открытых сексуальных притязаниях или в том, что пациент становится неспособным надлежащим образом пользоваться туалетом, покидая его с беспорядком в одежде, демонстрируя то, что не должно быть видно.

А теперь давайте подробнее обсудим все перечисленные выше синдромы.

Органические психозы

Органические психозы могут быть обусловлены многими медицинскими причинами. Часто при поступлении пациента в клинику с подозрением на такой диагноз его истинное заболевание удается установить, проведя такие простые отсеивающие тесты, как анализ крови, мочи, рентгенография и ЭЭГ. Кроме того, обычно присутствуют и какие-то дополнительные симптомы, указывающие на заболевание более общего характера. Однако в некоторых случаях такого рода симптомы проявляются слабо, и их легко упустить из виду, поскольку в картине доминирует

психотическое состояние. Такие психотические состояния могут мимикрировать под шизофрению или маниакально-депрессивное заболевание. У пациента могут быть отчетливо выражены истерические черты, тревожность или возбужденность. Иногда проявляется весь диапазон симптомов, однако, как правило, опытный врач замечает, что состояние больного не совсем типично. Возможно, оно слишком разнородно по характеру, и за всем этим усматривается незначительное ослабление интеллекта или памяти, что должно насторожить врача. Эти признаки в сочетании с какими-то необычными физическими проявлениями могут указать верный след. Конечно, здесь очень важно выделить эти особенности из общей картины психоза, поскольку лечение психоза без учета лежащей в основе заболевания причины приведет просто к облегчению симптома, но не решит реальную проблему. Именно

410

Психиатрия

поэтому у большинства направляемых в больницу пациентов необходимо проводить целый ряд рутинных тестов в надежде обнаружить что-то необычное в их состоянии.

Делирий

Делириозные состояния особенно часто встречаются у детей и престарелых пациентов. В наши дни такие состояния редко бывают следствием острой инфекции, поскольку инфекционные заболевания удается контролировать антибиотиками, не допуская появления бреда у пациентов. Чаще всего делириозное состояние можно встретить в палатах больниц общего профиля, где с ними отлично справляются, по крайней мере, на начальных стадиях заболевания, пока не выявлена основная его причина. Однако в некоторых случаях делириозное состояние проявляется в абортивной форме даже после того, как ликвидирована лежащая в его основе причина, и тогда лучше перевести больного в психиатрическое отделение.

Симптомами, как правило, бывают дезориентация, спутанность сознания, опасения и страх, связанные с галлюцинациями, которые обычно бывают зрительными, а не слуховыми. Пациент не способен связать переживаемые им ощущения со своим прошлым опытом и склонен давать событиям параноидную интерпретацию.

Молодой человек находился в тяжелом состоянии с очень высокой температурой, причину которой определить не удалось, и поэтому его направили в больницу для обследования. Ночью он начал кричать и разбудил всех в палате. Он прогнал прибежавших на крик медсестер, которые пытались его успокоить. Пациенту казалось, что его убивают, он выглядел очень испуганным и метался из угла в угол. В конце концов его успокоили, но в течение последующих 48 часов у него наблюдалась перемежающаяся спутанность сознания с дезориентацией как в пространстве, так и во времени и частичное нарушение памяти. Был созван консилиум психиатров для определения способа лечения делириозного состояния пациента, и вскоре была

Расстройства интеллекта

411

г найдена причина лихорадки, которую впоследствии лечили Ф антибиотиками. В течение следующих трех дней под I воздействием комбинированной терапии физическое и психическое расстройства пациента пошли на убыль.

Самая мягкая форма заболевания проявляется в том, что пациенту **трудно удерживать внимание**, особенно вечером и ночью. За этим следует **эмоциональная лабильность** с выраженным беспокойством и неспособностью воспринимать информацию и сохранять память о событиях. Дезориентация проявляется более отчетливо, когда пациент попадает в незнакомую обстановку. Ритм сна обычно нарушен. Наблюдается помрачение сознания, зачастую с флуктуациями уровня сознания и способности понимать, которые изменяются от часа к часу.

Продолжительное заболевание может спровоцировать состояние, называемое **органической уязвимостью**. При этом в благоприятных условиях мозг полностью справляется с управлением ситуацией, но при малейшем ужесточении условий появляется нарушение памяти и дезориентация, а в ряде случаев родственники пациента могут заметить у него некоторую спутанность сознания. Спусковой пружиной для возникновения такого состояния может послужить какая-то случайная инфекция, например, бронхит, или несильный сердечный приступ, слабый удар и еще множество самых разных факторов нездоровья. Спутанность сознания наблюдается у пациента только по ночам, а днем он выглядит психически здоровым. Тем не менее, часто такое состояние проявляется следующими симптомами: головной болью, приступами депрессии или ипохондрии, быстрой утомляемостью и колебаниями настроения. Могут наблюдаться эмоциональная лабильность, раздражительность, деструктивное поведение, уменьшение переносимости алкоголя и навязчивое внимание к рутинным действиям. Часто

пациенту трудно подбирать слова для обозначения вещей или вспоминать имена.

Деменция

Более поздняя стадия этого хронического заболевания представляет собой развитие истинной деменции. Это конечная точка

412

Психиатрия

Расстройства интеллекта

413

в ряду нескольких органических расстройств, в которой происходит хотя и медленное, но явно прогрессирующее нарушение функционирования интеллекта, а также снижение эмоциональной и социальной адаптации.

При диагностировании ранней стадии деменции, независимо от ее причины, полезно провести определенные обследования состояния пациента. На ЭЭГ часто проявляется неспецифическая аномалия генерализованного типа. Психологическое обследование выявляет некоторую степень ослабления интеллекта, и на ранних стадиях заболевания это часто обнаруживается как неспособность пациента справляться с формированием понятий, даже если способность усваивать конкретные знания все еще остается сравнительно ненарушенной.

Жизненно важно распознать возможность деменции как можно раньше, даже если речь идет о престарелых людях, поскольку доказано, что это позволяет в некоторых, хотя и редких, случаях повернуть процесс развития болезни вспять и излечить заболевание, что невозможно сделать, когда болезнь запущена. Для выявления причины заболевания очень полезно провести обследование пациента в условиях клиники, даже если есть опасность, что изменение обстановки может вызвать временное усиление спутанности сознания. Быстрая постановка диагноза позволяет определить метод лечения основного, определяющего состояние пациента заболевания, что для психиатров очень важно. Однако не менее важны проблемы, связанные с долговременной перспективой, особенно в тех случаях, когда оказывается, что заболевание является деменцией сенильного типа или деменцией, обусловленной уплотнением стенок артерий, то есть такими формами, которые на сегодняшний день не излечиваются. Они составляют группу деменции старческого возраста, и часто конечным их результатом является долговременное пребывание пациента в клинике. Для замедления процесса развития заболевания и облегчения некоторых связанных с ним симптомов можно использовать лекарственную терапию. Так, лекарства могут улучшить кровообращение мозга или его метаболизм. Кроме того, лекарства следует применять для успокоения пациентов, поскольку вследствие спутанности сознания они становятся чрезмерно возбужденными, и с ними трудно справиться, особенно в домашних условиях.

, Необходимо оказывать поддержку родственникам пациента, ,Если предполагается оставить его жить среди общества, а для одиноких пациентов временным выходом из положения может быть проживание в находящихся в ведении местных властей учреждениях для престарелых. И все же примерно треть всех стационарных пациентов клиник приходится на психогериатрических больных с проблемами рассматриваемого типа, и обычно содержание таких пациентов в клинике обусловлено невозможностью их проживания в обществе из-за рассеянности, недержания мочи или агрессивного поведения по отношению к семье, которая старается помочь им, что в конце концов приводит к необходимости госпитализации. Дневные стационары для престарелых могут отсрочить такое решение.

До сих пор мы говорили о заболеваниях, при которых проявляется ослабление интеллекта, а теперь рассмотрим те заболевания, конечным результатом которых является деменция.

Деменции составляют обширную и очень важную часть работы психиатрических клиник. Больные с таким диагнозом занимают 15-20 процентов всех больничных коек в стране. Более того, острота этой проблемы нарастает, поскольку средняя продолжительность жизни увеличивается, и с помощью современных методов лечения физические заболевания престарелых пациентов лечатся все более успешно. Таким образом, пациент, страдающий необратимой деменцией, может занимать больничную койку в течение нескольких лет.

Для ухода за престарелыми пациентами, страдающими спутанностью сознания и плохо контролирующими свои естественные потребности, требуется значительное количество санитарок для того, чтобы успевать мыть их и менять белье. Кроме того, для этой работы нужны люди, работающие по призванию, поскольку они лишены такого вознаграждения, как постоянное улучшение состояния больных. Пациент, страдающий деменцией, часто остается в клинике по

социальным причинам, и, как уже говорилось, количество требующихся для них коек в психиатрической клинике конкретного района во многом зависит от совершенно посторонних проблем, в частности от количества мест в гериатрических больницах и в учреждениях для престарелых, находящихся в ведении районного третьего отдела.

414

Психиатрия

В настоящее время таких учреждений не хватает, поэтому составляются списки очередников, что вынуждает одиноких престарелых больных жить в слишком напряженной обстановке со своими родственниками или в собственной квартире в полном одиночестве, в то время как им нужен круглосуточный уход. Печально, что так много денег вкладывается в работу больниц, имеющих дело с острыми заболеваниями, и так мало средств выделяется для граждан старшего возраста, которые проработали всю жизнь на благо общества, платили налоги, идущие в бюджет службы здравоохранения, а теперь их оставляют умирать в бедности, без ухода, поскольку общество не в состоянии обеспечить их старость.

Термин деменция обозначает не более чем конечный результат большого количества заболеваний с разной этиологией. То есть он служит названием синдрома, для которого характерны нарушения памяти и способности ориентироваться, забывание недавних событий, а также потеря социального самоосознания вследствие ослабления функционирования интеллекта.

Следует сказать, что многие причины, способные вызывать деменцию, сегодня стали редкостью. Подавляющее большинство случаев деменции попадает в те категории, которые будут описаны в этой главе, причем наиболее распространены деменция, связанная с уплотнением стенок артерий, **или атеросклерозом**, и так называемая **сенильная деменция**, при которой происходит постепенное разрушение и отмирание клеток мозга.

По определению*, сенильная деменция — это заболевание, которое начинается в возрасте выше 65 лет. Аналогичное заболевание у людей более молодого возраста носит название **пресенильной деменции**, и оно, безусловно, встречается реже. Часто в этиологии заболевания присутствует фактор наследственности. Некоторые виды пресенильной деменции фактически идентичны сенильной деменции, однако другие ее типы выражают себя несколько по-иному, и видимая под микроскопом патология нервных клеток тоже выглядит иначе. В настоящее время оба эти заболевания часто объединяют в одно, носящее название болезнь Альцгеймера.

Расстройства интеллекта **Сенильная деменция**

415

* *senilis* — старческий (лат.)

При сенильной деменции, несмотря на то, что она появляется во второй половине шестого десятка, тоже доминирует фактор наследственности. Конечно, не всем членам семьи грозит такое заболевание, • хотя бы потому, что они могут умереть раньше того возраста, когда обычно развивается сенильная деменция. Примерно 4 процента людей старше 65 лет страдает от этого заболевания, при котором, как правило, происходит дегенерация структуры мозга. Средний возраст, ! при котором начинается сенильная деменция, составляет 70 лет, и он < постоянно увеличивается. Это заболевание чаще встречается у жен- шин, чем у мужчин, и в настоящее время нет способов его излечения. Обязательность госпитализации пациентов зависит от ряда социальных факторов и от скорости прогрессирования заболевания в плане нарастания спутанности сознания, неспособности пациента контролировать мочевой пузырь и кишечник и снижения социальной адекватности. Многое зависит и от того, обеспечен ли присмотр за престарелым пациентом, а также от возможностей помощи со стороны общества, например, от количества медсестер и санитарок в районе.

Хотя не существует эффективных методов лечения этого заболевания, все же для пациента можно сделать многое, особенно на ранних стадиях болезни, чтобы помочь ему справляться с деменцией. Важно распознавать заболевание как можно раньше и разъяснять родственникам необходимость терпимо относиться к раздражительности пациента, обусловленной тем, что он уже не способен усваивать новую информацию, плохо помнит недавние события, хотя прошлую жизнь может помнить хорошо. Если пациент остается в привычной для него обстановке, этим устраняется тревожность, неизбежно сопровождающая переезд в незнакомую среду, где он, скорее всего, не сможет находить дорогу в туалет и перестанет по этой причине справляться со своими естественными потребностями должным образом. Если же помещение в клинику или переезд на новое место жительства стали необходимостью, такие проблемы можно предотвратить, регулярно

сопровождая пациента в туалет.

Как только установлено, что в этиологии деменции пациента нет таких причин, которые можно было бы излечить, в дальнейшем

416

Психиатрия

можно использовать лекарственную терапию, направленную на то, чтобы остановить процесс разрушения мозга или, по крайней мере, его замедлить, чтобы улучшить настроение и поведение пациента путем облегчения симптомов заболевания. Так, престарелым пациентам, страдающим от депрессии, могут быть назначены антидепрессанты, а для контроля агрессивного или раздражительного поведения можно использовать фенотиазины, например, тиоридазин. Противосудорожные препараты могут быть полезны тем, у кого в результате дегенерации нервных клеток иногда случаются припадки, — такой приносящий страдания аспект болезни время от времени может проявляться на поздних ее стадиях. Кроме того, уже разработаны и более специализированные препараты, предназначенные для улучшения метаболизма клеток мозга, такие, как циклоспазмол и гидергин. Эти препараты на ранних стадиях деменции могут значительно уменьшить спутанность сознания пациента.

Муж и друзья женщины 73 лет на протяжении двух лет замечали постепенное ухудшение ее способности помнить недавние события. Она стала забывчивой, разбрасывала вещи по дому, а потом теряла их, не помнила, что ей только что сказали, и просила повторять сказанное, часто одну и ту же историю могла рассказывать многократно людям, которые ее уже слышали. Однако она достаточно хорошо ориентировалась в привычной для нее обстановке до того момента, когда муж ее скоропостижно скончался от сердечного приступа.

У нее не было ни детей, ни близких родственников, которые могли бы помочь ей, и теперь, когда она лишилась поддержки, ее состояние становилось все хуже. Выяснилось, что она неспособна ходить за покупками, готовить пищу и выполнять другую работу по дому — ранее это делал или помогал делать муж. Ей пришлось переехать в дом для престарелых, находящийся в ведении местных властей, и здесь, в незнакомой обстановке, у нее резко усилилась спутанность сознания, она забывала дорогу в свою комнату или в столовую и, не находя дорогу в туалет, стала испытывать проблемы со своими естественными потребностями. Поведение ее все больше расстраивалось, она нуждалась в помощи при одевании. Наконец, через несколько

Расстройства интеллекта

417

месяцев ее пришлось перевести в палату для престарелых местной психиатрической клиники.

Предполагаемая продолжительность жизни больных, находящихся в таком состоянии, составляет от 2 до 5 лет.

Атеросклеротическая деменция

При атеросклеротической деменции основную проблему составляет ухудшение кровоснабжения мозга вследствие уплотнения стенок артерий, что вызывает вторичные дегенеративные процессы в артериях. Это, в свою очередь, ведет ко вторичной дегенерации нервных клеток.

Отличие этого типа деменции от других ее форм состоит в особенностях картины прогрессирования болезни. Атеросклеротическая деменция часто прогрессирует ступенчато, с периодами отсутствия изменений или небольшого улучшения состояния пациента, перемежающимися редкими эпизодами острого ухудшения, которые могут провоцироваться микроинсультами, нарушением кровообращения вследствие умеренного по силе сердечного приступа и так далее. В результате наступает резкое ухудшение функционирования мозга, при этом симптомы могут быть различными, в зависимости от места повреждения.

Это заболевание чаще всего развивается в возрасте около 60 лет, причем у мужчин оно бывает чаще, чем у женщин. В 50 процентах случаев у пациентов повышается кровяное давление и развивается состояние, напоминающее диабет поздней стадии. Встречается также болезнь Паркинсона с ее типичным тремором, нарушением походки и замедленностью движений. Течение болезни может флуктуировать в соответствии с поступлением в организм кислорода точно так же, как это бывает при органической уязвимости. Такие флуктуации могут быть связаны с сопутствующими инфекционными процессами в грудной клетке или с заболеванием почек.

Мужчина 68 лет в прошлом, в возрасте 61 года, перенес сердечный приступ средней тяжести, после которого благополучно поправился. Два года назад у него был инсульт с

14 Зак. №9 453 Хэзлем

418

Психиатрия

потерей речи и параличом правой стороны тела, который прошел через несколько дней, оставив лишь небольшие изменения в организме. Кровяное давление у него было высоким, но поддавалось контролю медикаментами. Он заметил, что стал забывчивым, уже не мог закончить кроссворда или поиграть в бридж, как раньше. Начались головные боли, и несколько раз он столкнулся с затруднением в ориентировании в привычной для него обстановке, и ему пришлось прибегнуть к помощи окружающих. Было несколько приступов расстройства зрения, а однажды утром, проснувшись, он обнаружил неясность речи и слабость в правой руке. Пациент был помещен в клинику, где были выявлены явные нарушения памяти и ориентации. Он не мог вспомнить свой адрес, место, куда он попал, и в течение нескольких дней не узнавал приходившей к нему сестры. Симптомы становились все более отчетливыми, но потом прекратились, осталось только значительное нарушение памяти. Пациента выписали домой, но через два месяца у него случился новый приступ, только на этот раз пораженной оказалась левая сторона тела. После этого приступа наступило некоторое улучшение способности двигаться, но все же он не мог ходить без посторонней помощи. Он помнил события детства и Второй мировой войны, но не мог запоминать новую информацию, кроме того, появилась эмоциональная лабильность. Он часто плакал и начинал шуметь по самому незначительному поводу. Пациент оставался в этом состоянии на протяжении 18 месяцев без какого бы то ни было ухудшения, если не считать появления затруднений с контролем естественных потребностей. И все это время он нуждался в уходе в больничных условиях. Потом у него случился еще один тяжелый инсульт, после которого он уже не оправился и через несколько дней умер.

Пресенильная деменция

К пресенильной деменции обычно относят четыре заболевания, которые развиваются в среднем возрасте. Они получили

свои названия по фамилиям описавших их в конце прошлого века врачей: (а) **болезнь Альцгеймера**, (б) **болезнь Пика**, (в) **болезнь Якоба-Крейцфельда** и (г) **хорея Гентингтона**.

Хотя имеются некоторые отличия в факторах наследственности и небольшие различия в симптоматологии этих заболеваний, обусловленные типом дегенеративных нарушений мозга и размером поврежденной области, тем не менее первые два заболевания на первый взгляд очень похожи на сенильную деменцию, если не принимать во внимание тех различий в состояниях больных, которые обусловлены разницей в возрасте. При болезни Якоба-Крейцфельда, кроме деменции, наблюдается тенденция к поражению спинного мозга с появлением аномалий в движениях.

Хорея Гентингтона — интересный, хотя, к счастью, редкий тип пресенильной деменции. Это преимущественно наследственное заболевание (заболевает 50 процентов потомков больного), поэтому было проведено много исследований на уровне семей. В большинстве психиатрических клиник можно встретить лишь несколько случаев этой болезни. Трагедия пациента состоит в том, что это заболевание обычно не проявляется до тридцати-сорока лет, поэтому человек успевает вступить в брак и родить детей. До сих пор не удается идентифицировать носителей этого заболевания, то есть нельзя заранее узнать, можно ли человеку иметь детей. Все еще непонятна причина, вызывающая дегенерацию базальных ганглий, и нет эффективного метода лечения. Заболевание характеризуется прогрессирующей деменцией, сопровождающейся типичным нарушением движений, которое называется хореей. Обусловлено дегенерацией определенных центров головного мозга. Болезнь была описана в 1872 году Георгом Гентингтоном, ее распространенность составляет 0,04 случая на 1000 человек населения.

Женщина 34 лет, домохозяйка привлекательной наружности, имеющая двоих детей, заметила, что стала какой-то неуклюжей: время от времени разбивает фаянсовую посуду на столе или роняет вещи. Выяснилось, что это происходит из-за того, что изредка ее конечности совершают непроизвольно-резкие движения. У нее начались приступы депрессии с плаксивостью и раздражительностью. В семье заметили, что она стала меньше заботиться о своей внешности и чистоте дома, кроме того, она начала курить — все это

14*

было совсем не в ее характере. В течение примерно двух лет нарастало нарушение движений, ослабление интеллектуальных функций и изменение личности. Попытка суицида в состоянии депрессии привела ее в клинику, где врачи отметили необычность ее движений и решили исследовать

историю семьи. Было обнаружено, что дедушка пациентки умер на четвертом десятке своей жизни от заболевания типа деменции, которое сопровождалось нарушением движений, но его дочь, то есть мать пациентки, умерла в 35 лет, поэтому нельзя было узнать, страдала ли она таким заболеванием. Однако вероятность этого не исключалась, и пациентке был поставлен диагноз хорея Гентингтона. Она оправилась от приступа депрессии, но в последующие 12 месяцев, несмотря на лечение, продолжалось ухудшение ее интеллекта и прогрессировал гиперкинез. У нее развились ненормальные привычки, поэтому требовался постоянный уход в больничных условиях. Впоследствии у нее оказались пораженными глотательные мышцы, а затем развилась пневмония с удушьями при глотании.

Существует множество редко встречающихся разновидностей пресенильной деменции. Некоторые являются наследственными заболеваниями, другие возникают вследствие аномалий метаболизма, инфекции или черепно-мозговой травмы. Деменция может развиваться после менингита или энцефалита, а также вследствие опухоли. В некоторых случаях дегенерация нервных клеток может быть следствием интоксикации при заболеваниях, затрагивающих какие-то другие части организма, если уровень интоксикации достаточно высок, что бывает, в частности, при хроническом отравлении такими веществами, как тяжелые металлы типа свинца или меди. Причиной может быть и хроническая недостаточность печени.

Прогрессивный паралич

Один из видов деменции сыграл особенно важную роль в истории психиатрии. Это деменция, развивающаяся в результате оставленного без лечения продолжительного инфицирования си-

Расстройства интеллекта

421

филисом, одной из венерических болезней. Если переносчик болезни, спирохета, попадает в центральную нервную систему, возникает хронический менингоэнцефалит с постепенным ухудшением функционирования мозга вследствие дегенеративных изменений в центральной нервной системе.

Старое название болезни звучит как «общий паралич душевнобольных» (General Paralysis of the Insane, GPI). Открытие эффективного способа его лечения было первым важным прорывом в понимании того, что заболевания, ранее считавшиеся чисто психическими, могут быть обусловлены физическими причинами. Это привело к возможности излечения и выписки значительного числа пациентов, которые прежде, в конце прошлого века, стали бы постоянными пациентами клиник для душевнобольных. Это открытие мгновенно повысило престиж психиатрии.

Впервые заболевание было описано Хэзлемом в 1798 году. Он работал аптекарем в Вифлеемской лечебнице в Лондоне в то время, когда деменции составляли нечетко определяемую группу заболеваний, к которой относили общий паралич душевнобольных, сенильную и атеросклеротическую деменции и поздние стадии *dementia praecox*, которая, конечно же, представляла собой псевдодеменцию, будучи результатом длительной шизофрении.

В конце прошлого века на долю прогрессивного паралича приходилось 20 процентов всех больных психиатрических клиник. Микроорганизм, вызывающий заболевание, был выделен в 1913 году Ногухи и Моором, однако и прежде было известно, что после того, как через старые, переполненные приюты прокатывалась волна эпидемии тифа или малярии, наступало резкое улучшение состояния больных параличом. Поэтому первоначальный метод его лечения основывался на идее о том, что вызывающий заболевание микроорганизм, скорее всего, убивается высокой температурой, сопровождающей острую лихорадку, то есть болезнь можно лечить, вызывая у пациента жар. Впоследствии правильность этой идеи подтвердилась, и пациентов намеренно заражали малярией, чтобы вызвать у них лихорадку. Тот же самый эффект давало и впрыскивание туберкулина.

С открытием пенициллина и других антибиотиков лечение стало намного более целенаправленным, и, кроме того, поскольку в настоящее время венерические заболевания в большинстве случаев излечиваются на ранних стадиях, этот вид деменции

422

Психиатрия

встречается очень редко. Тем не менее, иногда это заболевание все же неожиданно обнаруживается, и поэтому во всех случаях деменции для его остеивания проводят анализ крови пациентов. Прогрессивный паралич отличается от других типов деменции одна особенность: грандиозность той системы бреда, которая может развиваться при этом заболевании. Пациент

может считать себя миллионером или членом королевской семьи. Может встречаться и конфабулез.

Мужчина 63 лет, проживавший в какой-то лачуге, был обнаружен в невменяемом состоянии в заброшенном доме и доставлен в отделение полицейским. Он высказывал грандиозные идеи, что он миллионер, много выиграл в <арты и собирается купить клинику. Однако оказалось, что память его расстроена. Он не мог правильно назвать дату или вспомнить недавние события и, как было выявлено позже, неточно излагал некоторые события своей жизни. При физическом обследовании у него были обнаружены изменения в реакции зрачков и рефлексы, характерные для определенной степени дегенеративных изменений в центральной нервной системе. Анализы крови установили наличие давней сифилитической инфекции. Обследование у венеролога подтвердило диагноз прогрессирующего паралича. Приостановить развитие болезни удалось с помощью лечения пенициллином, в результате чего несколько улучшилось психическое состояние пациента, а бредовая система поддавалась контролю с помощью фенотиазинов. К сожалению, даже после трех месяцев лечения осталась умеренная степень деменции, которая уже, вероятно, не будет прогрессировать, оставаясь на постоянном уровне. Во всяком случае, пациент чувствовал себя настолько хорошо, что его можно было выписать из клиники и определить в дом для престарелых.

Эпилепсия

Теперь мы перейдем к следующему заболеванию, имеющему достаточно важное значение в психиатрии, а именно к эпилепсии.

Расстройства интеллекта

423

К эпилепсии относят разнообразные типы состояний, сопровождающихся припадками с изменением сознания и дисфункцией коры мозга, при этом на электроэнцефалограммах отражаются происходящие в мозге пароксизматические электрические разряды. Это не болезнь как таковая, а скорее симптом, поскольку тип ее начального развития, последующее течение и прогноз существенным образом зависят от основного заболевания, которым может быть дегенерация клеток мозга, энцефалит и так далее.

С эпилепсией обычно имеют дело невропатологи, хотя она по многим причинам относится и к области психиатрии. Во-первых, распространенность эпилепсии у психиатрических пациентов выше, чем в целом среди населения, поскольку припадки эпилептического типа нередко возникают вследствие поражения мозга или его недоразвитости, например, их можно наблюдать у многих пациентов больниц для умственно отсталых. Во-вторых, такие припадки могут сопровождать и тот тип поражения мозга, который наблюдается при деменциях, то есть ими могут страдать и пациенты психогериатрической группы. В-третьих, было установлено, что среди пациентов, страдающих заболеваниями типа шизофрении, припадки встречаются лишь немного чаще, чем в эквивалентной контрольной группе. В-четвертых, у пациентов с явно идиопатической эпилепсией, особенно когда она является длительной и тяжелой, могут развиваться расстройства мышления, настроения или поведения, поэтому мнение психиатра желательно.

На эту проблему можно посмотреть и с другой стороны, а именно взять группу пациентов, страдающих эпилепсией, и выяснить, какие психические проблемы у них возникли в результате эпилепсии. Часто встречаются изменения личности и неврозы. И это неудивительно, если учесть то, как именно припадки воздействуют на весь образ жизни пациента, особенно если это ребенок. Иногда ему приходится прерывать учебу в школе. Эпилептикам недоступны многие занятия как в профессиональной сфере, так и в сфере отдыха. Кроме того, при виде припадка люди часто пугаются, и это мешает больным эпилепсией вести нормальную социальную жизнь и заводить друзей. В некоторых случаях развивается параноидный тип личности, когда пациенту кажется, что все настроено против него, причем это состояние может переходить в настоящий психоз, похожий на шизофрению.

424

Психиатрия

Второй проблемой является повреждение мозга. Многолетняя и тяжелая эпилепсия с частыми припадками, которые трудно контролировать, может со временем привести к умеренной деменции вследствие того, что больной постоянно падает, ударяясь головой, к тому же во время припадка мозг испытывает временное кислородное голодание. Таким образом, эпилептик ощущает нечто вроде синдрома опьянения от удара, которое хорошо известно профессиональным боксерам.

При эпилепсии встречаются еще три состояния, при которых пациент немедленно доставляется в больницу. Одним из них является **эпилептическая fuga**, когда припадок сопровождается потерей памяти, и у пациента проявляется автоматическое поведение, или «автоматизм», то есть он совершает определенные действия, не вполне их осознавая и немедленно забывая о том, что делал. Это состояние встречается редко, однако если действия пациента при этом агрессивны, то это может привести к правонарушениям, и тогда встает вопрос о судебной ответственности.

Второе, очень редко встречающееся состояние может развиваться у эпилептика после припадка. Оно называется **эпилептический фуор**. Поведение пациента становится крайне ненормальным — неистовым и в какой-то мере деструктивным. Это тот случай острой необходимости, когда выдается распоряжение о немедленной доставке пациента в клинику для освидетельствования.

Молодой человек 19 лет с эпилепсией в истории болезни однажды вечером был в гостях у приятеля. Приятель почувствовал неладное, когда юноша поднял крик и упал на пол, загибая руками и ногами и так прикусив язык, что изо рта потекла кровь. Приятель встревожился и побежал звать на помощь, но когда он вернулся, то обнаружил, что юноша в состоянии измененного сознания причинил большой ущерб квартире и выбросил телевизор прямо в окно. Сумма ущерба составила около 600 фунтов. Чтобы получить возмещение убытков, приятель вынужден был обратиться в суд, и юношу обвинили в преднамеренном нанесении материального ущерба. Поскольку действия его не были на самом деле намеренными, так как в состоянии помрачения сознания он не понимал, что делает, ему посоветовали подать ходатайство о пересмотре решения. Адвокат сказал, что решение о невиновности

Расстройства интеллекта

425

может быть вынесено только в том случае, если юноша будет признан душевнобольным, поэтому суд выдал распоряжение о принудительном препровождении обвиняемого в клинику на неопределенный срок.

Третий тип эпилепсии называется **височной эпилепсией**, при которой у пациента вместо развернутой формы *grand-mal*, или больших припадков, наблюдаются эпизодические состояния измененного сознания, иногда с галлюцинациями или деперсонализацией, очень сильно напоминающие те, что бывают при состояниях тревожности. Эта связь между некоторыми видами состояний фобической тревожности и необычными симптомами височной эпилепсии стала поводом для проведения некоторых интересных исследований. Причина столь необычного поведения пациентов заключается в том, что припадок, или судорожный разряд в центральной нервной системе, ограничивается височной долей мозга, которая контролирует аспекты поведения. То есть это состояние можно было бы назвать психомоторным приступом.

Юноша 16 лет был привезен в клинику матерью. До этого в течение двух лет у него наблюдалось деструктивное поведение в школе. Он отличался невнимательностью и часто нарушал распорядок дня. Ему трудно было концентрироваться, поэтому он плохо справлялся с уроками. Во время собеседования было замечено, что он два или три раза оглядывал комнату, делая это демонстративно, простирая руки над головой, то есть его поведение явно отклонялось от нормы. Поначалу это определили как болезненно-манерное поведение, однако типичность такого паттерна поведения заставила психотерапевта продолжить обследование и установить со слов матери, что в школе и в других местах мальчик часто поступал не по правилам, и это вошло у него в привычку. Склонность к повторению подобного поведения привела врача к мысли о возможном повреждении височной доли коры, и действительно дальнейшее исследование электроэнцефалограммы выявило аритмию височной доли. После лечения карбамазепином не только прекратились приступы, но и поведение мальчика стало более нормальным, способность концентрироваться улучшилась, и он смог успешно учиться в школе.

426

Психиатрия

Кроме *grand-mal*, или **большой эпилепсии**, существует и такой тип эпилептических судорожных припадков, как *petit-mal*, или **малая эпилепсия**, которая встречается в детском возрасте и может проявляться в сложно распознаваемой форме расстройства поведения ребенка в школе.

Наконец, рассмотрим некоторые медико-правовые осложнения, с которыми может встретиться психиатр. Одно из них связано с правилами вождения транспорта. Например, эпилептик может получить права на вождение только в том случае, если в течение двух лет перед этим у него не было припадков в дневное время, независимо от того, лечится он лекарствами или нет.

Коммерческие права на вождение запрещено выдавать любому, кто страдал большой эпилепсией после трехлетнего возраста. Брак может быть признан недействительным, если один из партнеров скрыл факт эпилепсии. Страхование жизни больного эпилепсией обычно требует более высокой страховой премии. Существует Британская ассоциация эпилептиков, назначение которой состоит в помощи людям, страдающим эпилепсией, в трудоустройстве и в решении иных связанных с заболеванием проблем.

Вопросы лечения эпилепсии выходят за рамки нашей книги, за исключением контролирования нарушений поведения у пациентов с расстройствами личности, чьи энцефалограммы выявляют существенные аномалии. В этих случаях, в частности при височной эпилепсии, используется лекарственная терапия. Например, для таких пациентов полезно пробовать лечение карбамазепином.

Припадки, связанные с отменой лекарств

Последним фактором, который иногда может вызывать припадки у пациентов с острой формой заболеваний, является неоправданно быстрая отмена седативных препаратов. Если центральная нервная система достаточно долго находилась под воздействием большой дозы седативного препарата или транквилизатора, то прекращение его приема вызывает временный рефлекс чрезмерной активности нервных клеток, что может у некоторых людей спровоцировать припадок.

О возможности такого

Расстройства интеллекта

427

необычного эффекта должны знать все практикующие врачи и медсестры,, хотя, конечно, они не всегда знают о пациенте все детали, поскольку он мог принимать седативные препараты самовольно и не признаться в этом врачу по каким-то своим причинам. То есть в клинике не всегда есть возможность проследить, чтобы пациент прекращал прием таких лекарств постепенно, если по каким-то причинам это желательно сделать. Припадок может случиться при отмене таких седативных препаратов, как барбитураты и другие снотворные, малых транквилизаторов группы бензодиазепинов, а также некоторых других лекарств из тех, о которых мы говорили в предыдущих главах. Кроме того, такую реакцию может вызывать и алкоголь.

Опухоли

Еще одной важной, хотя и немногочисленной, группой заболеваний, которые необходимо рассмотреть при обсуждении проблемы ослабления интеллекта, являются опухоли, образующиеся под черепной коробкой или непосредственно в веществе самого мозга. В зависимости от локализации опухоли может быть множество самых разнообразных и необычных клинических синдромов с симптомами, напоминающими истерию или шизофрению, которые сопровождаются ослаблением интеллекта.

Четыре процента от всех опухолей мозга обнаруживаются в психиатрических клиниках, причем сорок процентов из них оказываются неожиданными. У 70 процентов пациентов с опухолями мозга проявляются признаки психического расстройства, хотя, конечно, опухоли встречаются достаточно редко, поэтому эта группа невелика по сравнению с общим числом случаев ослабления интеллекта. Кроме наиболее общих признаков ослабления интеллекта, часто встречаются признаки **повышенного внутричерепного давления**. Симптомами этого являются снижение alertности, измененные состояния сознания, тяжелые головные боли, усиливающиеся, как правило, когда пациент ложится, и несколько облегчающиеся при вставании, а также признаки, которые врач может распознать по состоянию глаз, если воспользуется офтальмоскопом, чтобы осмотреть глазное дно. Опухоли,

428

Психиатрия

затрагивающие лобную долю мозга, обнаружить особенно сложно. Психические изменения начинаются рано, как правило, они сопровождаются головными болями, а часто и неуверенной походкой. Проявляются некоторое ослабление интеллекта, потеря ощущения уместности поведения, а иногда дурашливое лабильное настроение.

Черепно-мозговые травмы

Еще одной проблемой, с которой встречаются психиатры, являются последствия черепно-мозговых травм. Острые приступы потери сознания и ретроградная амнезия встречаются довольно редко. Однако некоторые виды травмирования головы могут оставлять под черепом кровоизлияния, называемые **субдуральной гематомой**. Если она вовремя не распознана и начинает увеличиваться в размерах, то у пациента могут появиться симптомы психического заболевания. Кроме того, после серьезных

повреждений мозга может развиваться простая деменция. Такие последствия часто бывают у профессиональных боксеров и у людей, страдающих тяжелой эпилепсией.

Последствием травмирования головы также может быть истерическое заболевание, имеющее название «невроз компенсации». Он обычно связан с не очень сильными травмами головы и характеризуется головными болями и потерей жизненного тонуса. Вторичная выгода для пациента может быть связана с компенсациями ущерба от несчастного случая через страхование, а также с некоторыми предусмотренными законом положениями, которые могут способствовать закреплению синдрома, причем в действительности этот эффект, как правило, бывает обратно пропорционален тяжести повреждения. Обычно сложно достичь успеха в лечении заболевания до тех пор, пока суд тем или иным образом не решит вопросы компенсации. К сожалению, суды зачастую не хотят этого делать до прояснения картины последовавшей после травмы несостоятельности пациента, а это может затягиваться на много месяцев, что, конечно, мешает лечению. Обычно при лечении таких пациентов эффективна психотерапия, однако при этом могут оказаться существенными и медико-

Расстройства интеллекта

429

правовые проблемы. В этих случаях сложно отличить симуляцию от подлинного симптома психогенного происхождения, поэтому важно отдавать себе отчет в том, насколько сильно мотивирован пациент на закрепление своего симптома.

Органические психозы

Теперь мы кратко рассмотрим те заболевания общемедицинского профиля, при которых, в основном, повреждаются ткани, находящиеся вне пределов центральной нервной системы, но которые, тем не менее, могут представлять интерес для психиатра, поскольку доминантными симптомами являются ослабление интеллекта или психотическое состояние, мимикрирующее под истинный психоз. Хотя такие случаи относительно редки, врач, специализирующийся по психиатрии, всегда должен помнить о такой возможности.

Эти заболевания можно классифицировать следующим образом:

1. Органические психозы могут быть результатом эпилепсии, опухоли или травмы мозга, о чем мы уже говорили.
2. Психоз может вызываться инфекцией или активным воспалительным процессом в веществе мозга. Это бывает при энцефалитах, когда центральная нервная система поражена вирусом, а также при менингите, когда вследствие бактериальной инфекции нарушается поступление омывающей мозг жидкости. Это могут быть такие распространенные инфекции острого типа, как грипп или корь, либо хронические, например, туберкулез или сифилис. Вещество мозга может также пострадать от заражения червями-паразитами, например, при цистицеркозах.
3. Расстройства дегенеративного типа, такие, как болезнь Паркинсона или хорея Гентингтона, воздействуют на базальные ганглии. Сюда же следует отнести и пресенильные деменции.
4. Наследственные дегенеративные заболевания, такие, как атаксия Фридрейха и еще некоторые заболевания, связанные с дегенерацией коры.

430

Психиатрия

5. Моторно-невротические заболевания.
6. Рассеянный склероз, рассеянная волчанка и другие болезни соединительной ткани.
7. Есть еще большая группа расстройств метаболизма и эндокринной системы, при которых может быть поставлен ошибочный диагноз состояния тревожности, психоза или деменции, если на ранних стадиях не удастся выявить истинную причину заболевания. К таким расстройствам относятся серьезные последствия недоедания, снижение уровня сахара в крови, как при опухолях поджелудочной железы, и повышение уровня сахара в крови, как при диабете. Психическим расстройством может сопровождаться и недостаток витамина B12, как, например, при злокачественной анемии; к такому же результату могут приводить и заболевания щитовидной железы, когда она производит слишком много гормона, как, например, при болезни Гревса, или когда производство гормона недостаточно, как при микседеме. Расстройства настроения, а также явно выраженные ипохондрический или истерический симптомы, могут вызываться болезнью Аддисона, когда поражаются надпочечники, и синдромом Шихена, при котором поражается гипофиз. Картину, напоминающую ранние стадии деменции, может вызывать повышение концентрации мочевины в крови, например, при почечной недостаточности, а также повышение уровня токсинов в крови вследствие заболеваний печени. Следует иметь в виду и специфические виды метаболизма, как, например, при порфириновой болезни, серьезные нарушения электролитического баланса, а также тропические болезни.

8. Некоторые хронические инфекционные заболевания можно принять за состояние тревожности, поскольку они могут вызывать очень широкий круг симптомов, включая общее недомогание, головную боль и боли в других частях тела. Кроме уже упоминавшихся сифилиса и цистицеркоза, необходимо иметь в виду бруцеллез и эндокардит.

9. Источником недомогания и спутанности сознания может быть отравление лекарствами, причем пациенты не всегда говорят об этом врачу, если чувствуют, что у них появилась зависимость от препарата, в приеме которого они не хотят сознаваться. Часто, как мы уже говорили, это бывает алкоголь или барбитураты, однако возможны и бромиды, входящие в состав многих седативных препаратов, и редко встречающиеся отравления свинцом,

Расстройство интеллекта

431

таллием и окисью углерода, что может случаться при протекании выхлопной трубы автомобиля, в результате чего водитель и пассажиры постоянно получают небольшую дозу отравляющего яда. Источником необычных симптомов могут быть и такие широко распространенные препараты, способные развивать привыкание, как амфетамины, гашиш и ЛСД, не говоря уже о сильнодействующих наркотиках типа опиума или кокаина.

Энцефалиты

Энцефалит возникает в результате вирусной инфекции, захватившей центральную нервную систему. Во многих случаях заболевание имеет умеренную тяжесть, и возможно полное выздоровление пациента. Однако при тяжелой степени заболевания может наступить смерть. Иногда процесс длится долго, проявляясь в незначительном снижении интеллекта или изменении личности, причем в последующие годы может развиться болезнь Паркинсона. Часто сообщалось о том, что при этих заболеваниях развиваются шизофреноподобные психозы. Следствием пережитого в детстве энцефалита могут быть некоторые виды расстройства поведения в юношеском возрасте. С этой точки зрения особый интерес представляет **эпидемия летаргического энцефалита**, которая распространилась в Англии в конце Первой мировой войны. Следствием этой эпидемии было множество заболеваний, и во многих психиатрических клиниках до сих пор еще говорят о старых пациентах, страдающих от неизлеченных последствий болезни, перенесенной ими в то время.

Заболевания щитовидной железы

Заболевания щитовидной железы имеют для психиатрии особое значение, поскольку умеренная степень гиперактивности этой железы может имитировать под состояние тревожности или депрессивную реакцию. Поэтому важно с помощью соответ-

432

Психиатрия

ствующих анализов крови и иных способов исследования отсеивать возможность этих заболеваний в тех случаях, когда состояние пациента не поддается лечению обычными анксиолитиками. Заболевание этого типа, конечно, может сопровождаться тревогой, возникающей в качестве вторичной реакции. Если щитовидная железа работает недостаточно активно, как при микседеме, пациент становится медлительным и вялым. Такое состояние может походить на раннюю стадию деменции, когда симптомы вызваны ослаблением интеллекта, его можно перепутать с заторможенной депрессией престарелых, которую в старых книгах называли **микседемное сумасшествие** (mυxоedema madness). Важнее всего то, что лежащие в основе этих заболеваний расстройства известны, и их довольно просто вылечить.

Гипогликемия

Представляет интерес и такое заболевание, как **гипогликемия**, или снижение содержания сахара в крови, что бывает у некоторых диабетиков и у пациентов, которые страдают опухолями поджелудочной железы, провоцирующими перепроизводство инсулина. Симптомы заболевания могут прогрессировать от ощущения голода, беспокойства и слабости до агрессивности, автоматизма движений, изменения сознания, а в острой фазе и до состояния бреда. Обычно диагноз этого заболевания можно поставить на основании того факта, что симптомы проявляются, когда пациент достаточно долго не принимал пищи, и уровень сахара при этом, конечно же, низок. Если введение глюкозы устраняет симптомы, то это может стать ключом к диагнозу. В противном случае заболевание можно спутать с эпилепсией или просто с расстройством поведения, которому присущи черты истерии.

Миалгическая энцефаломиелопатия

Это заболевание, называемое также поствирусным синдромом, известно уже давно. Оно часто

может мимикрировать под
Расстройства интеллекта
433

депрессию или ипохондрию и поэтому может быть перепутано с этими заболеваниями. Действительно, пациенты с миалгической энцефаломиелопатией часто жалуются на болезненное настроение, однако ключевым симптомом здесь является мышечная слабость и чрезмерная утомляемость, ощущаемая даже при минимальной физической активности. Считается, что это результат продолжительной активности вирусов определенных типов, которые остаются активными в организме и воздействуют главным образом на метаболизм в мышцах. Доказана связь между предрасположенностью к этому заболеванию и перенесенным в прошлом депрессивным заболеванием. Лечение в основном симптоматическое, то есть пациенту предлагается избегать чрезмерной физической нагрузки и больше отдыхать. Предпринимались попытки лечить заболевание с помощью противовирусных средств и инъекций гаммаглобулина.

Злокачественная анемия

Обычно она проявляется в виде изменений в составе крови, которые определяются как анемия. Иногда поражается спинной мозг, могут наблюдаться слабость и изменение чувствительности конечностей. Однако бывает и так, что заболевание, развившись в результате недостатка витамина В12 в центральной нервной системе, дает впоследствии невротические симптомы: депрессию и незначительное ослабление интеллекта. В старых учебниках это заболевание называлось **мегалобластное сумасшествие** (megaloblastic madness). Слово «мегалобластный» происходит от названия того типа клеток крови, которые обнаруживаются под микроскопом в крови больного злокачественной анемией.

Интоксикация бромидами

Это состояние тоже сыграло интересную роль в истории психиатрии, поскольку бромиды еще несколько лет назад широко

434

Психиатрия

назначались пациентам в качестве седативных препаратов. Они медленно выводятся из организма, и поэтому за несколько недель может накопиться токсичная доза, что вызовет появление симптомов бромизма. Они проявляются как раздражительность, потеря способности к концентрации и к быстрому пониманию, что приводит к физическому беспокойству и спутанности сознания. Кожа становится сухой, возникает тремор, а иногда за этим следуют бред и галлюцинации. В прежние времена это заболевание ошибочно пытались лечить с помощью дальнейшего успокоения пациента, используя бромиды, замыкая тем самым порочный круг и закрепляя синдром. Бромид все еще входит в состав некоторых лекарственных средств, но в подавляющем числе случаев он заменен новыми препаратами.

Расстройства интеллекта

435

своей профессии, поэтому у несчастных появлялась **тряска шляпника**, или **безумие шляпника**. Общество приглашенных на чай сумасшедшим Шляпником в произведении Льюиса Кэрролла было, без сомнения, как раз случаем хронического отравления ртутью!

Отравление марганцем может сильно напоминать хорею Гентингтона, поскольку марганец действует на базальные ганглии мозга. Необходимо упомянуть и отравление таллием или мышьяком, поскольку время от времени происходят не всегда случайные отравления этими веществами. Пациенты с такими отравлениями попадают в палаты психиатрических клиник с психиатрическими симптомами, при этом могут быть упущены лежащие в основе этих симптомов причины.

Отравление свинцом и ртутью

Теперь рассмотрим отравление тяжелыми металлами. Острое **отравление свинцом** может произойти у детей вследствие попадания свинца из распыляемых красок или при пользовании содержащими свинец игрушками, однако психиатр чаще встречается с хронической формой этого отравления, которое может наступить в результате многократного введения в организм небольших количеств тяжелых металлов, что бывает при пользовании свинцовыми водопроводными трубами или, как в известном случае, из-за содержащей свинец тары для сидра. При хроническом отравлении свинцом у пациентов проявляется потеря аппетита, желудочные спазмы, головная боль и запоры, что в какой-то мере может напоминать симптомы депрессии или ранней стадии деменции. Часто наблюдается апатия, за которой может последовать делириозное состояние. Если обстоятельства появления заболевания неясны, то причина его может быть упущена, однако

правильный диагноз можно поставить, проведя соответствующие анализы крови.

Симптомы этого типа может давать и отравление другими тяжелыми металлами. Чаще всего это бывает ртуть, отравление которой, возможно, объясняет состояние *сумасшедшего шляпника*. В старые времена изготовители шляп использовали ртуть в

Обследования и лечение

Наше обсуждение того, как проявляются заболевания общего или хирургического профиля, с которыми может сталкиваться психиатр, неизбежно будет неполным, иначе эта книга, вопреки ее первоначальному предназначению, превратилась бы в мини-учебник по общей медицине. Тем не менее, взаимосвязь между психиатрическими заболеваниями и остальными болезнями настолько тесная, что пациенты со смешанными состояниями, в зависимости от симптомов, оказываются в самых разных отделениях больницы. Поэтому если состояние пациента, поступившего в психиатрическое отделение, позволяет предположить наличие какого-либо заболевания общего профиля или имеются хоть малейшие сомнения, необходимо провести соответствующие стандартные отсеивающие тесты, которые в большинстве случаев дают возможность достаточно просто исключить, по крайней мере, большинство из заболеваний общего характера.

Эти отсеивающие тесты можно разделить на три группы. К первой относятся тесты, отсеивающие самые распространенные заболевания. Тесты второй группы исключают более специфические проблемы, а третьи — специфические и редко встречающиеся аномалии.

436

Психиатрия

Обычно сначала проводится стандартный анализ мочи на сахар, белок и кровь, который успешно исключает диабет и заболевания, поражающие почки и почечный тракт. Полный анализ крови проводится для оценки уровня гемоглобина, количества и скорости оседания лейкоцитов. Нормальное содержание красных кровяных телец исключает различные типы анемии. Нормальное содержание белых кровяных телец отсеивает генерализованные инфекции в организме, которые вызвали бы повышение концентрации разных типов этих телец. Нормальная скорость оседания исключает возможность генерализованной инфекции и воспалительных процессов, которые вызываются ревматоидными заболеваниями или заболеваниями соединительной ткани. Если устанавливается нормальный уровень реакции Вассермана, то это исключает возможность сифилиса. Наконец, стандартное рентгеновское обследование грудной клетки исключает возможность заболеваний дыхательной системы, включая туберкулез, раковые новообразования в легких и другие болезни легких или сердца.

Эти простые тесты могут многое прояснить в картине заболевания, особенно когда решается вопрос о ранней деменции. В случае, если один из тестов выявит аномалию или возникнут дальнейшие сомнения, то начинают проводить вторую серию тестов.

Вторая серия тестов включает анализы крови, разработанные так, чтобы оценить функционирование печени, щитовидной железы (тест может выявить микседему или тиреотоксикоз), уровни электролитов в крови, концентрацию сахара в крови, уровни витамина В12 (чтобы исключить злокачественную анемию), и, может быть, следует провести анализы для дальнейшего исследования работы почек. Для исключения таких возможных расстройств в центральной нервной системе, как опухоли, болезни гипофиза или эпилепсия, может понадобиться рентгенография черепа и электроэнцефалография.

Третья серия тестов проводится по показаниям, полученным из первых двух серий. Например, может быть выявлен прострел в пояснице или понадобится проведение более детальных анализов крови и мочи для выявления каких-то редких заболеваний.

Лечение перечисленных в этой главе заболеваний, объединенных как болезни общего профиля, может быть двояким. Во-

Расстройства интеллекта

437

первых, чтобы излечить вторичные психиатрические симптомы, важнее всего лечить лежащую в основе недомогания болезнь. Возможно, пациента придется перевести в другое отделение больницы.

Однако одновременно нужно проводить и симптоматическое лечение определенных психиатрических симптомов, связанных с делириозным состоянием или токсическими психозами, чтобы как можно скорее облегчить страдания пациента. Обычно назначается временное лечение с помощью транквилизаторов типа феноти-азинов или бензодиазепинов, а для контроля возбуждения и спутанности сознания используют хлорметиазол. Для улучшения сна и предотвращения усиления спутанности сознания в ночное время пациенту нужно давать соответствующее седативное средство. Барбитураты и бензодиазепины для престарелых пациентов обычно в этом случае не подходят, поскольку они способствуют повышению спутанности сознания ночью и усиливают сонливость в дневное время. Лучше использовать хлорметиазол или небольшие дозы одного из седативных

фенотиазинов, например, тиори-дазина или промазина.

Литература

Herrington, R. N., *Current Problems in Neuro-Psychiatry*, BJP Special Publication No. 4, Headley, Ashford, 1969.

Post, F., *The Clinical Psychiatry of Late Life*, Pergamon, Oxford, 1965.

Вопросы

1. Чем отличается делирий от деменции?
2. Каковы отличительные особенности сенильной деменции? Как можно отличить ее от атеросклеротической деменции?
3. Что такое эпилепсия? Какие психиатрические проблемы могут быть с ней связаны?

18 Психосексуальные расстройства: дисгармония во взаимоотношениях партнеров

Краткая характеристика

Классификация

1. Недостаточность возбуждения или эрекции.
2. Неспособность испытывать оргазм.
3. Расстройства эякуляции.
4. Вагинизм.

Этиология

1. Тревожные опасения относительно проведения полового акта приводят к возникновению порочного круга угнетения ответной реакции парасимпатической вегетативной нервной системы и к избыточному стимулированию симпатической вегетативной нервной системы.
2. Утрата интереса к партнеру.
3. Недостаточное владение техникой акта.
4. Физические, или органические, причины, включая нейро-логические заболевания, периферийную невропатию и гормо-нальные расстройства.
5. Психиатрическое расстройство — депрессия.
6. Вторичные последствия приема лекарственных препаратов, предназначенных для других целей.

Лечение

1. Программы фокусирования ощущений, проводимые в три этапа: стимулирование наслаждения негенитальным путем, наслаждение с помощью гениталий и половое сношение.

Психосексуальные расстройства: дисгармония

439

2. Консультирование и психотерапия.
3. Лекарственные препараты: гормональные препараты, ^фродиазиаексы и анксиолитики.
4. Сексуальные приспособления.

Описание

Проблемы сексуальных расстройств часто встречаются в психиатрической практике. Так, обзорное исследование, проведенное в Йорке в 1972 году, показало, что примерно 20 процентов пациентов, направленных в обычные психиатрические клиники на амбулаторный прием, имело психосексуальные проблемы, которые представляли собой либо отдельное заболевание, либо были доминирующей частью того состояния, по поводу которого пациенты были направлены в клинику.

Психосексуальные проблемы действительно распространены чрезвычайно широко, и в их решении могут принимать участие самые разные специалисты, включая семейного врача, сотрудников клиник, специализирующихся на консультировании семейных отношений, специалистов по планированию семьи, гинекологов, работников социальных служб и так далее. Большое количество людей с такими проблемами получает помощь по почте, например, через советы в определенных колонках журналов, а еще большее количество людей вообще не ищет помощи, стесняясь или думая, что их проблемы не совсем те, с которыми можно обращаться за помощью к специалистам. К счастью, в наши дни картина постепенно меняется, и во многих регионах открываются клиники, как в системе службы здравоохранения, так и вне ее, специализирующиеся на помощи людям, страдающим психосексуальными расстройствами.

Во многих клиниках, находящихся в составе службы здравоохранения, объединены услуги психиатров, клинических психологов и социальных ра-; ботников с целью проведения совместной терапии по схемам, предложенным Мастерсом и Джонсон в Соединенных Штатах. Однако для лечения таких проблем полезно иметь и специализированные клиники, поскольку их лечение требует больших затрат времени. Кроме того, эти проблемы стоят несколько в стороне от

440

Психиатрия

общей массы психиатрических заболеваний, даже если они и включают достаточно большую долю собственно психиатрических расстройств. В таких клиниках, скорее всего, должны лечиться пациенты, не направляемые на амбулаторный прием в обычные психиатрические отделения, то есть здесь несколько иной контингент пациентов.

Психосексуальные расстройства можно разделить на две основные группы. Существуют такие нарушения функционирования, которые связаны главным образом с **проблемами взаимоотношений партнеров**, — это, например, импотенция и фригидность; но есть и такие, которые часто рассматриваются как «отклонения». В этих последних расстройствах сексуальная проблема состоит в искажении сексуальной реакции индивидуума, и их мы будем называть **аномалиями сексуального поведения**.

Некоторые авторы попытались классифицировать психосексуальные расстройства на основании способности пациента вступать в зрелые сексуальные отношения. В такой классификации одно из крайних положений шкалы будут занимать те люди, которые неспособны установить какие-либо сексуальные отношения с другим человеческим существом. Они прибегают к сексуальному фантазированию, при котором потребность в коммуникации минимальна. К этим людям относятся, например, те, кто в качестве формы разрядки использует мастурбацию в одиночестве. Следующую группу составляют люди, которые допускают ограниченное участие партнера, но участие это минимально. Сюда относятся такие отклонения, как эксгибиционизм, вуайе-ризм и фроттаж.

Третья группа объединяет тех людей, которые вполне принимают партнерские взаимоотношения, но для возбуждения им необходимы особые условия. Сюда относятся проституция и различные девиантные практики, такие, как садомазохистские наклонности, рабская покорность или фантазирование об изнасиловании.

К четвертой, стоящей особняком, группе относят гомосексуализм, когда взаимоотношения с партнером являются полными, но не гетеросексуальными. В эту же группу включают и тех людей, для которых нормальные гетеросексуальные отношения возможны, но при этом у них есть тенденция к девиантному поведению

Психосексуальные расстройства: дисгармония

441

— это могут быть, например, разные типы фетишизма. Наконец, имеется группа людей, практикующих нормальные гетеросексуальные отношения, но при этом у одного из партнеров недостаточная способность к достижению нормального удовлетворения через оргазм для себя или для партнера. В данной главе мы и рассмотрим эту последнюю группу. Аномалии сексуального поведения будут обсуждаться в главе 19.

Мужские и женские проблемы

Проблемы партнерских взаимоотношений можно подразделять в зависимости от типа обнаруживаемой дисфункции.

К первой группе относятся те пациенты, у которых отсутствует либидо или сексуальный интерес которых наталкивается на отсутствие такого интереса у партнера, — то есть их основная проблема является не сексуальной и даже не психиатрической, а заключена целиком в «невозможности любви» между партнерами рассматриваемой пары. Поэтому здесь любая сексуальная дисгармония будет носить вторичный характер по отношению к этой основной проблеме.

Кроме этого, у мужчин может быть три типа проблем: недостаточность эрекции, неспособность достигать кульминации и преждевременная эякуляция. У женщин тоже имеется три аналогичных вида проблем: недостаточность сексуального возбуждения, неспособность достигать кульминации и заболевание, называемое вагинизмом, заключающееся в неспособности допускать проникновение полового члена.

Сексуальное возбуждение у представителей обоего пола развивается в результате действия разнообразных стимулов. Оно может возникать вследствие эротических мыслей или визуальных

представлений, которые можно, например, черпать из фильмов или из чтения эротических книг. Возбуждение может быть следствием провокационного сексуального поведения одного из партнеров или следствием стимуляции во время предварительной любовной игры. Здесь, вероятно, имеются сексуальные различия, связанные с культурными традициями. Например, мужчин предпочтительно возбуждают визуальные стимулы, поэтому в парт-

442

Психиатрия

нерских взаимоотношениях на мужчину действует кокетство женщины, ее манера одеваться и ее способность к сексуальному заигрыванию. Женщину больше возбуждают действия партнера и его реакция на ее поведение. Другими словами, женщина возбуждается от осознания возбужденности своего партнера и вытекающего из этого ухаживания и поцелуев. Конечно, это правило не абсолютно и не жестко, но все же это достаточно общее правило.

Даже при адекватном возбуждении индивидуум может быть неспособным к достижению удовлетворительного оргазма. К этому приводят разные причины, однако обычно это обусловлено неспособностью партнера к адекватному стимулированию или некоторыми психологическими причинами, мешающими полному развитию ощущений во время полового акта. Может быть страх беременности и тому подобное, но чаще всего это просто неспособность одной из сторон правильно понять потребности партнера и незнание того, как нужно эти потребности удовлетворять. Обычно это бывает связано с неумением общаться, которое поначалу часто бывает обусловлено застенчивостью, но из-за нее контакт между партнерами ослабевает, и в результате между ними возникает барьер.

Однако неспособность испытывать оргазм может быть в первую очередь обусловлена и неспособностью индивидуума развить должным образом свое возбуждение.

Механизм возбуждения

У мужчин сексуальное возбуждение проявляется в эрекции пениса, которая зависит от стимуляции соответствующей ткани и управляется вегетативной нервной системой, в частности группой нервов, которые называются **парасимпатическими**. Эти же нервы контролируют и более спокойные функции организма, обеспечивающие работу таких внутренних систем, как, например, пищеварение. Когда стимуляция достигает достаточно высокого уровня, в игру вступает механизм, вызывающий оргазм, который у мужчин управляет и семяизвержением. Этот механизм контролируется другой группой нервов в составе вегетативной нервной

Психосексуальные расстройства: дисгармония 443

системы, а именно **симпатической нервной системой**, которая в других частях тела управляет также реакциями организма на внешние стрессы, такими, как страх, в результате чего увеличивается частота пульса, повышается скорость кровотока и кровяное давление, а это улучшает кровоснабжение мышц, расширяет зрачок и вызывает другие реакции, проявляющиеся у человека в оборонительной ситуации.

Обе части вегетативной нервной системы находятся под контролем того участка головного мозга, который связан с эмоциональными состояниями, то есть под контролем лимбической системы. Обычно эти части работают в антагонизме друг с другом. Так, механизмы «жевания» и «подготовки организма к обороне» мешают друг другу, то есть во время своей работы каждый из этих механизмов стремится подавить другой механизм.

В применении к сексуальным проблемам это означает, что трудно сохранить состояние эрекции, убегая в поле от быка. Равным образом, неуместно занимать оборонительную позицию, находясь в объятиях любовника, — как правило!

Препятствие возникает, когда развивается состояние тревожности. Тревожность — это такой тип реагирования страхом, который управляется через симпатическую систему и может легко появляться из-за боязни своей несостоятельности после эпизода импотенции. У женщин неспособность испытывать оргазм также может быстро привести к развитию состояния тревожности. Это еще больше угнетает парасимпатическую систему, уменьшает уровень возбуждения или эрекции у мужчины и может спровоцировать преждевременную эякуляцию, когда возбуждение еще не развилось в полной мере. Быстро формируется порочный круг, при котором возрастание тревожности стимулирует более высокий уровень симпатической стимуляции и приводит к более высокому уровню парасимпатического угнетения, при этом все больше падает уровень возбуждения и возрастает тревожность, что приводит к еще большей сексуальной несостоятельности.

У женщин сексуальное возбуждение проявляется через эрекцию клитора, который с точки зрения

развития организма является женским эквивалентом пениса, хотя он имеет меньшие размеры и через него не идет канал от какой-либо внутренней емкости. Во влагалище женщины появляется поток смазочного вещества, облегчающий проникновение пениса, кроме того, возникает некоторая

Психиатрия

444

эрекция тканей внутренних губ и стенок влагалища, которые становятся чувствительными и похожими на губку.

Недостаточность возбуждения может вызываться рядом причин. Чаще всего это связано с тем, что женщина не испытывает эротического интереса к партнеру. Это может обуславливаться тем, что она потеряла к нему уважение, или тем, что она уже «не включается» в ответ на его авансирование. Второй, и очень распространенной, причиной является плохое владение техникой полового акта со стороны мужчины, который ошибочно полагает, что женщина стимулируется в основном за счет вагинального возбуждения, и, будучи неопытным в предварительной любовной игре или просто не придавая ей большого значения, он оказывается неспособным до введения пениса достаточно возбудить женщину. На самом же деле многие женщины более успешно возбуждаются за счет стимуляции клитора, чем влагалища, и в этих случаях выбранная парой при совокуплении позиция может не обеспечивать необходимой стимуляции клитора или не дает клитору достаточно времени для развития оргазма. Если на этой стадии возбуждения женщины мужчина испытает преждевременный оргазм и перестанет стимулировать партнершу, несмотря на то, что она еще не достигла состояния высокого возбуждения, она оргазма не испытает. Поначалу это просто лишает женщину способности переживать оргазм, но со временем, если она постоянно не получает удовлетворения, развивается неспособность к сексуальному возбуждению — и это еще один порочный круг! Утрата способности возбуждаться приведет к уменьшению чувствительности, поскольку стенки влагалища будут оставаться сухими, а клитор, поскольку он не увеличивается в размерах, перестанет получать тот же самый уровень стимуляции, который он чувствовал бы в состоянии эрекции. Если такая ситуация повторяется вновь и вновь, может наступить полная потеря либидо, и у женщины разовьется отвращение к любым прикосновениям партнера, поскольку они могут означать стремление к половому акту, который вновь грозит закончиться разочарованием.

Другой причиной неспособности женщины переживать оргазм является потеря чувствительности в результате рождения ребенка или **снижение производства эстрогена** во время менопаузы. Утрата эстрогена приводит к сухости стенок влагалища и к атрофии тканей, что делает весь процесс полового акта болезненным.

Психосексуальные расстройства: дисгармония

445

ным. Иногда после рождения ребенка происходит разрыв каких-то связок в области таза, и возникающей при половом сношении боли — это состояние называется диспареунией — оказывается достаточно, чтобы снизить возбуждение и затруднить достижение полного наслаждения. Кроме того, может развиваться дисбаланс некоторых половых гормонов, например, пролактина.

Неспособность партнеров обоего пола достигать кульминации полового акта и потеря либидо иногда обусловлены каким-то физическим заболеванием. Наиболее часто это высокое кровяное давление, диабет и заболевания, воздействующие на центральную нервную систему, например, рассеянный склероз. При утрате либидо часто встречаются и психические заболевания, в частности депрессия эндогенного происхождения.

Важной причиной утраты сексуальной функции могут быть и лекарства, в частности антидепрессанты. Тот факт, что при лечении антидепрессантами часто наступает задержка развития эякуляции, послужил причиной использования этих препаратов для предотвращения преждевременного семяизвержения. К другим распространенным лекарствам, которые могут приводить к утрате способности к возбуждению, относятся фенотиазины, в частности те, что содержат пиперидиновую боковую цепь, например, тиори-дазин, а также некоторые гипотензивные средства, используемые при лечении гипертонии, например, метилдопа. Контрацептивные таблетки тоже могут приводить к утрате либидо.

Недостаточность эрекции или возбуждения

Терминов «импотенция» и «фригидность» лучше избегать как недостаточно точных и часто

понимаемых разными людьми по-разному. Кроме того, эти слова приобрели достаточно оскорбительную окраску: фригидная леди — это женщина, не желающая ложиться в постель с мужчиной, который ее хочет! Тем не менее, механизмы возбуждения представителей обоего пола имеют больше сходства, чем различия.

Недостаточность эрекции или сексуального возбуждения может быть первичной или вторичной, полной или частичной. Дисфункция может существовать с самого начала сексуальной

446

Психиатрия

активности индивидуума или развивается после некоторого периода нормального функционирования. Кроме того, такое расстройство может появляться не всегда, например, лишь с конкретным партнером. То же самое, конечно, приложимо и к противоположному полу, причем подразумеваются аналогичные причины возникновения расстройства.

Распространенными причинами развития недостаточности возбуждения у представителей обоих полов является отсутствие интереса к партнеру или тревога относительно своей компетентности в проведении сексуального акта. Мы уже говорили об этом при первоначальном обсуждении причин такой ситуации. Эта тревожность может довольно быстро вызывать появление вторичной несостоятельности, даже если исходная проблема вызывается совсем иными причинами. Первичная полная неспособность к возбуждению у мужчин встречается крайне редко и обычно бывает связана либо с какой-то физической проблемой органического происхождения, имеющей отношение к развитию гениталий или управляющей ими нервной системы, либо с глубоко скрытой психологической озабоченностью. В этом случае важно проведение физического обследования пациента. Иногда при этом обнаруживается нарушение сексуальной ориентации, например, индивидум может оказаться латентно гомосексуальным.

Молодой человек, служивший в армии в Сингапуре, проводил вечер в компании своих друзей, которые заводили сексуальные знакомства с женщинами из местного бара. Это не было в характере нашего героя, однако он не хотел выглядеть простаком в глазах своих приятелей и поэтому однажды оказался в спальне весьма опытной женщины. Он чувствовал себя смущенным и немного тревожился о том, как бы не подхватить какую-нибудь болезнь, в результате чего при попытке полового акта оказался неспособным к эрекции. Женщина была разочарована и не жалела слов по поводу его потенции и некомпетентности. В будущем он избегал подобных ситуаций, но к концу своей службы влюбился, был помолвлен и, наконец, вступил в брак с одной из местных девушек. Им негде было проводить свой медовый месяц, и капрал из его взвода предложил им воспользоваться в выходные дни резервной комнатой своего дома. Эта пара не вступала в половые отношения до

Психосексуальные расстройства: дисгармония

447

первой ночи медового месяца. Воспоминания новобрачного о его прошлом неудачном опыте, присутствие в соседней комнате его непосредственного начальника с женой, а также выпитое вино привели к тому, что он вновь оказался несостоятельным, и девственная плева невесты осталась нетронутой.

После двух или трех неудачных попыток его тревога возросла, появились мысли о том, не является ли он гомосексуалом или не стал ли он несостоятельным навсегда. Он впал в депрессию, а жена не могла понять причину его проблемы. Эрекция была нормальной, но только до момента введения пениса. В конце концов он вынужден был искать совета у медицинского специалиста, и психиатр армейской части, проконсультировав супружескую пару, смог устранить проблему с помощью процедуры фокусирования ощущений.

Неопытный партнер не всегда может распознать истинный уровень возбуждения женщины, поэтому в некоторых случаях при первых половых актах возникающее у партнерши сопротивление, связанное с отсутствием у нее наслаждения, объясняется плохой техникой партнера. Но если возбуждение имеется, и уровень его нормален, по крайней мере, при некоторых обстоятельствах, то есть, говоря иными словами, если расстройство носит частичный характер, то чаще всего оно бывает обусловлено психологическими проблемами.

Исчезновение способности возбуждаться после нескольких лет нормальной половой жизни может свидетельствовать о нарушении взаимоотношений партнеров, а в среднем возрасте это может быть обусловлено какими-то расстройствами органической природы. К последним относятся гормональные нарушения, развитие какого-то физического заболевания, воздействующего на вегетативную нервную систему, или таких психических расстройств, как депрессия, а также побочные эффекты приема некоторых широко распространенных лекарств, назначаемых для

лечения других заболеваний.

В последнем случае чаще всего это могут быть препараты для лечения гипертонии, психотропные лекарства, воздействующие на функцию моноаминов, например, фенотиазины или антидепрессанты, и гормональные препараты, включая контрацептивные таблетки. Пациента, который вынужден продолжать прием таких

448

Психиатрия

Психосексуальные расстройства: дисгармония

449

препаратов, необходимо предупреждать о возможных осложнениях со стороны сексуальной функции.

Дисфункция, связанная с оргазмом

И здесь проблема может быть первичной или вторичной, полной или частичной. У мужчин оргазм обычно происходит одновременно с эякуляцией, и часто эти две вещи считают совпадающими, хотя в функциональном плане они управляются разными отделами нервной системы. На самом деле процесс эякуляции достаточно сложен, и в некоторых случаях нарушение этой функции может происходить независимо от оргазма. Так, может быть оргазм без эякуляции, равным образом может быть и эякуляция без оргазма, хотя такая ситуация встречается довольно редко. Механизм оргазма у женщин принципиально тот же самый, хотя у них, конечно же, нет процесса эякуляции, а сокращение мышц влагалища, вероятно, предназначено для того, чтобы способствовать продвижению спермы по направлению к матке.

Говоря о первичной неспособности к оргазму, мы имеем в виду, что индивидуум никогда не испытывал оргазма ни при каком из способов его достижения, то есть ему не удалось достигать оргазма ни с помощью гетеросексуального полового сношения, ни сексуальными ласками, ни гомосексуальным образом, ни с помощью мастурбации, ни в эротическом сне. Поскольку большинство людей экспериментирует с мастурбацией — по крайней мере, в какой-то период своей жизни, обычно в юности, — то маловероятно, особенно для мужчин, гениталии которых открыты и удобны для этой цели, чтобы индивидуум никогда не испытывал оргазм хоть каким-то путем. И здесь такое слабое либидо может быть обусловлено какими-то физическими причинами. Однако в некоторых редких случаях бывает, что человек оказывается в сексуальной связи принудительно или в угнетающей его атмосфере, когда он осуждает свое поведение, и это может по психологическим причинам способствовать развитию его неспособности к сексуальной реакции.

Первичная неспособность испытывать оргазм встречается несколько чаще у женщин и также может быть результатом

подавления сексуального выражения или следствием неадекватно проводимой партнером любовной игры. И все же у молодых и неопытных людей, особенно женского пола, довольно широко распространена вторичная полная неспособность испытывать оргазм, вызываемая неадекватным возбуждением, но эта проблема обычно легко решается с помощью консультирования.

Постепенное ослабление способности переживать оргазм одинаково распространено как среди пожилых мужчин, так и среди более молодых, что в равной мере относится и к ослаблению эрекции. При хороших взаимоотношениях между партнерами это не составляет большой проблемы, пока партнеры осознают причину и не делают попыток вытолкнуть эту трудность за пределы того, что составляет индивидуальную практику. В проблеме это превращается только тогда, когда по этому поводу развивается тревожность.

Те же самые рассуждения применимы и к частичной потере способности к оргазму или адекватному возбуждению, что имеет вторичный характер. Так, эта проблема может быть обусловлена снижением либидо по психологическим причинам или потерей интереса к партнеру, но она может быть связана и с постепенным развитием какого-либо органического заболевания.

Некоторые лекарства, в частности антидепрессанты, могут мешать эякуляции у мужчин, а после операций на простате эякуляция может производиться в мочевого пузырь, и, таким образом, оргазм будет происходить без извержения спермы. Некоторые серьезные операции на брюшной полости, например, илеостомия, могут приводить к повреждению нервов, идущих к половым органам, что вызовет нарушения сексуальной функции, в том числе и постоянные. В этом случае для пары могут быть полезны вспомогательные средства или протезы, позволяющие продолжать сравнительно нормальную половую жизнь.

Женщина 30 лет, имевшая в прошлом нормальный сексуальный аппетит, обнаружила, что после периода депрессии с последующим лечением с помощью имипрамина она перестала испытывать оргазм даже при нормальном уровне возбуждения. Возникло предположение, что это может быть связано с приемом лекарств, поскольку сама депрессия, вероятнее всего, была вызвана

трициклические антидепрессанты позволил ей восстановить половую функцию до нормы. Полная отмена антидепрессантов для нее была тогда еще преждевременной.

Расстройства эякуляции

Конечно, эти расстройства касаются только мужчин. Задержка эякуляции или неспособность эякулировать встречаются редко. Иногда бывает так, что эякуляция возможна за пределами влагалища при помощи мастурбации, но не в процессе самого полового акта, и это является собственно психологической проблемой. Полная потеря способности эякулировать бывает в некоторых, достаточно редких, случаях вследствие недоразвитости гениталий. Вторичная неспособность эякулировать может возникать после операций, затрагивающих мочеполовую систему.

В то же время, очень широко распространена преждевременная эякуляция, и обычно она бывает неотъемлемой частью обусловленной тревожностью неспособности к эрекции — как мы уже говорили, это разбалансировка работы двух ветвей вегетативной нервной системы, симпатической и парасимпатической, обусловленная реакцией страха. Быстро образуется порочный круг: тревожность по поводу проведения полового акта вызывает за счет активации симпатической части нервной системы частичную потерю способности к эрекции с преждевременной эякуляцией, а это ослабление половой функции приводит к возрастанию тревожности, что, в свою очередь, еще более усиливает расстройство функции. Таким образом, находящийся в тревожном состоянии мужчина быстро приходит во время гетеросексуального полового сношения к преждевременной эякуляции, происходящей даже еще до попыток введения пениса и до наступления нормального оргазма. При этом часто в отсутствие попыток проведения полового акта сексуальная реакция бывает нормальной — например, при мастурбации.

Обычно в этом случае в качестве лечения эффективны упражнения с нормированным уменьшением чувствительности, в которых партнер выступает в роли терапевта — далее в настоящей главе мы будем говорить о разработанных Мастерсом и

Психосексуальные расстройства: дисгармония

Джонсон техниках фокусирования ощущений. При этом возможность контроля достигается постепенным увеличением уровня наслаждения в гениталиях, сначала вручную, а потом с помощью метода, названного Мастерсом и Джонсон техникой сдавливания, то есть путем перехода к половому акту, в котором женщина находится в позиции сверху. Это позволяет женщине, выступающей в данном случае в роли терапевта, определять скорость развития событий, так что мужчина освобождается от необходимости определять время, когда нужно начинать введение, а именно в этот момент тревожность часто и вызывает эякуляцию.

Вагинизм

Это заболевание, касающееся женщин, связано с неспособностью женщины допускать проникновение пениса. Сексуальное возбуждение при этом нормально, и есть возможность достигать оргазма с помощью сексуальных игр при наличии хороших отношений между партнерами. Однако когда мужчина пытается ввести пенис, наступает спазм мышц тазового дна, называемых лонно-копчиковыми мышцами, в результате этого спазма влагалище плотно блокируется на расстоянии примерно одного дюйма от его входа. Это не имеет ничего общего с прорывом девственной плевы, и обычно, когда пациентка приходит в клинику для консультации, обнаруживается, что плевы у нее к этому времени уже нет.

Распространенной причиной возникновения спазма мышц у части женщин является ощущение боли, хотя в некоторых случаях может быть и более глубоко сидящий страх психологического характера. Этот мышечный спазм не поддается контролю со стороны сознания, и попытки партнера насильственно преодолеть его ведут лишь к усилению боли в ответ на давление на эти мышцы, что, в свою очередь, приводит к возрастанию тревожности женщины и усиливает спазм. То есть образуется порочный круг.

Но, к счастью, и это заболевание легко поддается лечению, которое состоит в обучении пациентки сознательно расслаблять мышцы, обучении тому, как сознательно их контролировать. При этом используют вагинальные расширители с постепенным увеличением их размеров, что позволяет формировать уверен-15*

Психиатрия

ность пациентки в таком контроле. Как только пациентка уверенно почувствует возможность принять расширитель максимального диаметра, она может попытаться провести половой акт в позиции женщина сверху, которая позволяет ей контролировать скорость введения пениса.

Женщина 24 лет состояла в браке в течение двух лет. Брак никогда не был совершенным, хотя взаимоотношения супругов были хорошими — они наслаждались, стимулируя друг друга и доводя себя до оргазма. Проблемы, не было, если не было попыток ввести пенис, поскольку в этот момент жена пугалась, выгибала спину дугой, сжимая все мышцы. Физическое обследование у гинеколога показало, что девственной плевы уже нет и нет никакой физической аномалии, которая могла бы вызывать проблемы. Однако женщина ощущала себя неадекватной, и пара беспокоилась о том, полноценная ли у них семья, что заставило их искать дальнейшей помощи. Супруги получили разъяснения на языке поведенческих реакций с помощью соответствующих диаграмм, и врачу удалось их успокоить. На протяжении остальной части лечебного сеанса было проведено обследование женщины с введением самого маленького из шести расширителей вагины. Затем она тренировалась в пользовании этими сексуальными приспособлениями, учась вводить их и удалять. Приспособления представляли собой небольшие стеклянные трубочки с тупым концом диаметром с поперечник большого пальца. Дома она училась работать с ними до тех пор, пока не обрела уверенность, и на протяжении курса лечения, состоящего из трех сеансов, диаметр расширителей вагины постепенно увеличивали, пока не дошли до номера шестого. После этого она обрела уже такую уверенность в себе, что могла заменить расширитель номер шесть на своего мужа, то есть в результате лечения она смогла проводить половой акт с мужчиной при условии использования дополнительной смазки и позиции женщина сверху. Муж ее был очень доволен тем, что произошло, причем ему нужно было лишь лежать спокойно, стараясь продлить эрекцию без эякуляции. Супруги достигли успеха со второй попытки, и таким образом их проблема была решена.

Психосексуальные расстройства: дисгармония

453

Устранение дисгармонии во взаимоотношениях партнеров

Проблемы импотенции, фригидности и преждевременной эякуляции чрезвычайно распространены, и общество с этим мирится, особенно с дисгармониями в семьях, что прежде всего объясняется традиционным табу на свободное обсуждение сексуальных проблем и непониманием того, что сексуальные нарушения можно лечить. Достаточно заглянуть в средневековую литературу, например, в «Благоухающий сад» или «Кама-сутру», чтобы понять, что такие проблемы существуют у людей, по крайней мере, с начала письменной истории, и что для лечения сексуальных расстройств, как для лечения плешивости, предлагалось множество способов, большинство из которых, впрочем, приносило мало пользы.

Однако при современном общественном климате эти проблемы становятся все более открытыми для обсуждения, и в результате необходимо, наконец, осознать, насколько серьезны те проблемы, которые существуют в сфере взаимоотношений партнеров. В наши дни множество специалистов проводит консультации по таким проблемам, и человек может прийти за помощью в учреждение, занимающееся вопросами брака и планирования семьи, к семейному врачу или к иным специалистам.

Кроме того, открыто множество клиник — правда, некоторые из них уже на протяжении ряда лет функционировали в составе службы здравоохранения, — предоставляющих лечение в контролируемых условиях. По мнению автора, обсуждаемые расстройства должны лечить специалисты, имеющие соответствующее медицинское образование, а не просто доброжелатели, которые по той или иной причине интересуются данным вопросом, поскольку, хотя эти проблемы кажутся простыми, когда консультирование проводит подготовленный специалист, некоторые из них обусловлены лежащими в основе расстройства органическими заболеваниями, и без их обнаружения и надлежащего лечения все советы будут слишком поверхностными, а нередко и небезопасными.

Так, например, в среднем возрасте распространенной причиной импотенции и фригидности является депрессивное заболевание. Некоторые физические заболевания, такие, как диабет или гипертония, тоже могут быть причиной снижения либидо и

454

Психиатрия

потенции. И попытка лечить такое расстройство, не убедившись в том, что выявлены все возможные физические заболевания, была бы безответственным делом: без хотя бы краткого обследования больного с проведением одного или двух простых анализов невозможно установить, что проблема пациента в действительности является чисто эмоциональной.

Проведенное в Йорке в 1972-73 годах обзорное исследование всех направлений в клинике по поводу психосексуальных расстройств показало, что примерно в 30 процентах всех случаев такие расстройства сопровождаются каким-либо заболеванием или какой-либо физической неполноценностью. Кроме того, лечение зачастую требует проведения таких процедур, которые не под силу неквалифицированным работникам. Сюда относится назначение лекарственных препаратов и физическое обследование пациентов, поэтому, с учетом всех возможных медико-правовых осложнений, включая ответственность за угрозу физическим насилием, было бы неразумно начинать такого рода предприятия без соответствующих гарантий безопасности, которые Общество защиты медиков должно представлять практикующим врачам.

И в то же время многие из обсуждаемых расстройств удается свести к очень простой этиологии, поэтому лечение бывает достаточно несложным. Более глубокие психологические проблемы или серьезные физические заболевания, лежащие в основе таких расстройств, встречаются не так часто. Например, было установлено, что психотерапия аналитического типа не очень эффективна в лечении психосексуальных расстройств, и лечение их гормонами или разного типа афродизиаксами тоже в большинстве случаев оказывается бесполезным.

Лечебные программы

Лечебная практика Мастерса и Джонсон, проводимая в Соединенных Штатах на протяжении последних 15 лет, совершенно революционизировала область лечения многих проблем партнерских взаимоотношений. До тех пор, пока их клиника не установила основные нормы поведения и паттерны реакций партнеров в процессе сексуального возбуждения, весь этот пред-

Психосексуальные расстройства: дисгармония

455

мет в целом был окутан завесой из старых женских историй и недоразумений. Их новаторские исследования психологии сексуального реагирования проложили путь к формулированию терапевтической программы, приспособленной для партнерских пар, и к созданию классического учебника по лечению психосексуальных расстройств. Наверное, можно с уверенностью сказать, что сегодня большинство клиник моделирует свои лечебные программы, в большой мере основываясь на принципах, заложенных Мастерсом и Джонсон, в результате чего было достигнуто значительное повышение эффективности такого лечения.

Мастере и Джонсон основывают свой подход на обучении пар любовников. Они подчеркивают, что возникающие у пар проблемы являются трудностями партнерских взаимоотношений, и что лечение лишь одного из партнеров бессмысленно и равносильно попыткам искусственного разделения проблемы, которая является по сути проблемой пары как целого. Поэтому основное внимание уделяется обсуждениям за круглым столом между парой и двумя терапевтами, женского и мужского пола. В этом случае ни у одного из партнеров не может сложиться впечатление, что терапевт склоняется на сторону второго партнера по причине своего пола.

При обсуждении тщательно выявляется точная картина проблемы, чтобы установить, является ли неспособность к эрекции или к возбуждению первичной или вторичной — то есть была ли она с самого начала или возникла сравнительно недавно — и, кроме того, является ли эта неспособность полной или частичной, поскольку проблема может возникать в какие-то периоды времени и отсутствовать в другое время или существовать только у одного партнера. Этот последний пункт должен, конечно, обсуждаться в отдельных беседах с каждым из партнеров, что обычно делается до первого совместного собеседования. При этом учитывается, что пришедший с жалобами партнер не обязательно больше всего страдает от этой проблемы, поскольку проблемы, выявленной для пары, может и не быть при других обстоятельствах, например, при смене партнера.

При первом обсуждении за круглым столом после постановки диагноза очерчиваются принципы терапии и проводится несложное обучение в виде беседы или лекции по сексуальным проблемам. Вновь подчеркивается важность общения между партнера-

456

Психиатрия

ми. Иногда оно вообще невозможно для данной пары, а зачастую оно нарушено в результате продуцируемого самой проблемой стресса. Просто удивительно, как часто в клинике выясняется, что партнеры не имеют никакого понятия о потребностях друг друга, о том, что любит и не любит партнер. Все эти вещи необходимо выявить в ходе откровенных обсуждений во время терапевтического процесса.

Следующим этапом терапии является попытка научить партнеров простым приемам доставлять

друг другу наслаждение, которыми они смогут пользоваться, вернувшись домой. Эти приемы образуют то, что Мастере и Джонсон назвали техникой **фокусирования ощущений**. Реально это означает запрещение на некоторое время практиковать половой акт и возвращение к взаимоотношениям типа объятий, которые у партнеров, вероятно, были на этапе ухаживания. Основной трудностью при лечении импотенции и фригидности является вторичная тревожность в отношении проведения полового акта и необходимости достижения оргазма в подходящий момент. Партнеры обычно начинают следить за собой и поэтому не могут расслабиться, в результате чего, как мы уже говорили, тревожность способствует закреплению исходной проблемы, создавая тем самым порочный круг.

Таким образом, цель терапии состоит в том, чтобы создать непринужденную обстановку, когда не ожидается проведение полового акта, но партнеры могут просто лежать и наслаждаться ощущением ухаживания друг за другом, поначалу не используя области гениталий. При достижении необходимого расслабления после нескольких домашних занятий пара переходит ко второму этапу, на котором практикуется наслаждение с использованием областей гениталий, снова в необязательной манере, когда один из партнеров исполняет роль терапевта, а другой — пациента. Партнеры могут поменяться ролями, но все же тот из них, кто страдает расстройством — импотенцией, фригидностью или чем-то еще — должен преимущественно выступать в роли пациента, а второй должен во время терапевтической программы играть направляющую роль. Между тем, в клинике продолжают проводиться собеседования с терапевтом, на которых улаживаются все возникающие проблемы и даются дальнейшие советы.

Заключительная стадия этой части терапии наступает, когда партнеры обретают способность к нормальному возбуждению и

Психосексуальные расстройства: дисгармония

457

общению между собой. На этой стадии можно начинать попытки проведения полового акта с использованием тех же принципов нетребовательной попытки доставить наслаждение друг другу, которыми пара пользовалась на начальной стадии терапии. Здесь же могут применяться специальные техники — например, для коррекции проблем, связанных с преждевременной эякуляцией. При необходимости, для тех, кто страдает задержкой в достижении оргазма, можно начать практику получения навыков его ускорения с помощью стимулирования партнерами друг друга руками или такими приспособлениями, как вибраторы, чтобы повысить уровень возбуждения.

Кроме этих элементов поведенческой терапии, в терапевтической программе необходимо учитывать и другие факторы. Помимо психотерапии, для более сложных проблем следует применять лекарственные препараты и сексуальные приспособления.

Лечение с помощью медицинских препаратов

Лекарства могут потребоваться для лечения лежащего в основе психосексуального расстройства заболевания. Для этой цели используют антидепрессанты, когда пациент страдает депрессивным заболеванием, анксиолитики, когда имеется ясно выраженная вторичная тревожность и отмечается некоторое облегчение симптома, а также гормональные препараты.

На протяжении ряда лет отмечалось, что гормональная терапия в случае психосексуальных расстройств, как правило, неэффективна. Это обусловлено тем, что до недавнего времени не было простой возможности измерять уровень гормонов в организме, поэтому лечение производилось на основе догадок. Однако сегодня мы можем точно устанавливать наличие дефицита гормонов и после этого начинать лечение.

Есть множество причин, способных вызывать недостаток гормонов в организме. Во время менопаузы и в период после нее у женщин образуется недостаток эстрогена, что приводит к снижению либидо, а при длительном течении может привести к возникновению атрофического вагинита. В результате половой акт становится болезненным, и возникает диспареуния, однако это

458

Психиатрия

состояние после его диагностирования можно достаточно просто излечить. Для таких пациенток очень полезна терапия замещения гормона, проводимая на протяжении нескольких лет. Применяется один из имеющихся препаратов, и часто этого вполне достаточно для лечения женщины средних лет или пациентки с поздно развившейся фригидностью. Сегодня есть возможность измерять уровень эстрогена в организме, и это позволяет облегчить планирование лечения и определение дозы препарата.

Для мужчин терапия, направленная на замещение гормона, несколько сложнее. Низкий уровень тестостерона наблюдаются довольно редко, даже после так называемой мужской менопаузы, кроме того, импотенция не всегда бывает результатом снижения уровня этого гормона в организме. Однако иногда такое случается при повреждении яичек, возможно, вследствие острого вирусного инфекционного процесса у молодых людей, например, заражения свинкой, или после травмы. В этих случаях уровень тестостерона можно поднять, принимая его на протяжении нескольких месяцев или используя некоторую постоянную поддерживающую дозу. В результате возможно повышение либидо. В случае фригидности может быть полезно назначение тестостерона для орального приема в течение короткого времени с целью стимулирования возбудимости женщины. Этот препарат вызывает увеличение размеров клитора и повышает уровень сексуального ощущения в период приема препарата. Но его нельзя принимать долго, поскольку могут возникнуть вторичные осложнения, в частности формирование волосяного покрова по типу мужского. Поэтому он обычно назначается только на срок от четырех до шести недель в качестве вспомогательного средства в составе терапевтического процесса.

Еще одной группой препаратов, повышающих сексуальное желание, являются лекарства, которые действуют как альфа-адренергические блокаторы. Хорошо известным и проверенным средством, недавно прошедшим период реабилитации, является **иохимбин**. Этот алкалоид повышает чувствительность пещеристой ткани и в определенной мере повышает сексуальное желание. Часто во время программы обновления сексуального взаимопонимания этот препарат бывает полезен для приведения пациента на несколько недель в состояние «изнурения», однако он может с успехом использоваться для некоторых пациентов и при долго-

Психосексуальные расстройства: дисгармония

459

временном приеме. В последнее время проходит испытания ряд недавно синтезированных препаратов того же химического типа. На рынке имеется ряд кремов, зачастую производимых теми же фирмами, которые выпускают сексуальные приспособления. В рекламе говорится, что эти кремы позволяют задерживать оргазм, увеличивают сексуальное возбуждение или ускоряют оргазм — в зависимости от требуемого эффекта. Можно предположить, что некоторые из этих кремов содержат локальное анестезирующее вещество, а в состав других входит кожный стимулятор типа Вик (Vick), который надо втирать в грудную клетку! Если эти кремы действительно являются тем, что входит в их состав, то они продаются по вздутым ценам, и, кроме того, они не распространяются через государственную службу здравоохранения.

Сексуальные приспособления

Сексуальные приспособления предназначены для различных целей. Некоторые используются в качестве вспомогательных средств при обучении партнеров, другие применяются непосредственно во время полового акта. Большая их часть продается, наверное, для энтузиастов типа «сделай-сам» — одиноких людей, не имеющих партнера, или для тех, кто хочет внести некоторую толику эксцентричного разнообразия в занятия любовью, если это занятие стало для них скучным. Однако некоторые из таких приспособлений, безусловно, ценны для лечения сексуальных расстройств, если использовать их разумно и по совету терапевта, знающего принцип их функционирования и понимающего их достоинства.

Имеется четыре основных разновидности этих приспособлений: (а) стимуляторы клитора, (б) вагинальные стимуляторы, или дилдосы, (в) средства, поддерживающие пенис, и (г) вибраторы.

Стимуляторы клитора полезны для женщин, страдающих задержкой оргазма. Они помогают повысить уровень возбуждения во время полового акта. Обычно эти устройства разрабатываются в виде кольцевых структур, которые надевают на пенис. Эти приспособления имеют каучуковые выступы, производящие

460

Психиатрия

дополнительное стимулирование клитора во время полового акта. В них может быть встроен и вибраторный механизм.

Вагинальные стимуляторы, или **дилдосы**, бывают двух типов. Основной тип представляет собой всего лишь приспособление, имеющее форму пениса, и в основном предназначен для мастурбации, однако в таком виде он вряд ли достаточно популярен, поскольку женская мастурбация, как правило, ориентирована на клитор. Однако дилдос часто имеет встроенный вибраторный механизм, дающий эффект ритмичной стимуляции, который может иметь определенную ценность для тех женщин, которым для достижения оргазма во время полового акта требуется больший уровень стимуляции по

сравнению с тем, что они получают во время обычной любовной игры.

Второй тип вагинальных стимуляторов, называемый обычно **шариками гейши**, представляет собой каучуковый тампон, который можно вставлять наподобие гигиенических тампонов. Он пустотелый и содержит внутри перемещающийся в жидкой среде шарик, который производит стимуляцию стенок влагалища при движениях таза. В этом устройстве полезно то, что оно вызывает сжатие мышц влагалища, и что это сжатие в ответ на стимуляцию действует в качестве метода укрепления мускулатуры и усиления ее тонуса, то есть позволяет осуществлять тренировку наподобие той, что используется, например, для мускулатуры рук. У женщин, имеющих нескольких детей, стенки влагалища зачастую становятся вялыми из-за растянутости мышц и поэтому малочувствительными. Утверждается, что за счет повышения тонуса мускулатуры влагалища можно повысить его чувствительность и облегчить тем самым развитие сексуального возбуждения. Такой тампон в качестве средства тренировки можно носить по несколько часов в день на протяжении нескольких недель, однако некоторые женщины недовольны ясно слышимым пощелкиванием, а главное тем, что тампон выпадает!

Сексуальные приспособления для мужчин в целом разрабатываются с целью улучшения эрекции у тех, кто страдает частичной импотенцией. Их работа основывается на том, что эрекция возникает за счет усиления поступления крови в пещеристую ткань, и пенис увеличивается в размерах за счет того, что крови в этот орган поступает больше, чем уходит из него.

Психосексуальные расстройства: дисгармония

461

Поступление крови контролируется миниатюрными мышцами артерий и вен, которые, в свою очередь, управляются вегетативной нервной системой. Вены, возвращающие кровь из пениса, располагаются на поверхности органа, в то время как артерии, приносящие в него кровь, лежат достаточно глубоко, поэтому надевая на пенис кольцевую структуру, можно до некоторой степени уменьшить отвод крови от него, при этом приходящий поток крови не изменяется, и за счет этого эрекция усиливается. Это, кроме того, снижает тревожность у тех, кто боится за свою эрекцию, и таким образом, дает полезный психологический эффект.

Кольцевая структура надевается на основание пениса для проведения полового акта, но имеются и сексуальные приспособления для тренировки, например, **кольцо Бляко**, которое надевается ежедневно на несколько часов, и, как говорят, повышает тонус мускулатуры пениса. Эти структуры работают аналогично вагинальным средствам, однако кольцо Бляко снабжено, кроме того, небольшими металлическими гальваническими пластинками, которые при контакте с влажной кожей создают слабый электрический ток, непосредственно стимулирующий ткань. Это приспособление прошло медицинские испытания и было признано полезным для лечения некоторых типов импотенции.

Кроме кольцевых структур, имеются еще протезы пениса и искусственные пенисы, действующие наподобие жесткого каркаса покрытого оболочкой. Есть еще устройства пробуждения пениса, в которых пенис помещается внутрь структуры, дающей небольшой вакуумный эффект, контролируемый насосом. Они могут сочетаться с вибраторами и, в основном, используются для мастурбации.

Наконец, есть **вибраторы**. В плане создания сексуального возбуждения это, наверное, наиболее существенное нововведение среди всех разработок сексуальных приспособлений последних лет. Они питаются от сети или от батарейки и содержат внутри небольшой вращающийся осциллятор, создающий при прикладывании его к пещеристой ткани в высшей степени приятное эротическое ощущение. Эти устройства были разработаны на базе тех вибраторов, которые на протяжении многих лет использовались для тренировки мускулатуры.

462

Психиатрия

Ценность вибраторов для лечения сексуальных расстройств состоит в том, что они способны создавать сильную эротическую стимуляцию при прикладывании их к пещеристой ткани. Поэтому они очень полезны для лечения неспособности испытывать оргазм и для повышения уровня возбуждения, когда требуется дополнительная стимуляция. Часто их используют в сочетании с другими сексуальными приспособлениями, то есть их можно применять в процессе любовной игры или в самом половом акте. Это стимулирует обоих партнеров, причем максимальный эффект ощущается в клиторе. В случаях первичной неспособности испытывать оргазм, особенно у женщин, эти приспособления могут сыграть неопределимую роль в получении начального эффекта. Они могут также использоваться мужчинами, не умеющими контролировать эякуляцию. Однако некоторые мужчины находят саму идею механического стимулирования отталкивающей, поэтому всегда надо исходить из индивидуальной чувствительности.

Таким образом, для лечения столь обширного круга чрезвычайно распространенных проблем

может потребоваться сочетание нескольких методов, включая специализированное консультирование по поводу поведения, пионерами которого были Мастере и Джонсон. Может использоваться и психотерапия с учетом возможного наличия заболеваний общего характера и вторичных эффектов от приема лекарств, которые могут влиять как на этиологию сексуальных расстройств, так и на их лечение. Полезно также назначение консультаций по общим сексуальным вопросам, по технике секса, по ознакомлению с сексуальными приспособлениями и возможностями их использования.

На сексуальность наложено табу, поэтому здесь мы неизбежно встречаемся с шарлатанами или консультированием, заведомо или ненамеренно страдающим неадекватностью. Но пациентов консультируют и в клиниках, располагающих необходимыми средствами медицинской и психиатрической экспертизы, а также специалистами, обладающими достаточной квалификацией для проведения необходимого физического обследования и имеющими право, в случае необходимости, выписывать лекарства. В условиях клиники возможно проведение соответствующего тестирования, без которого в ряде случаев нельзя поставить правильный диагноз.

Психосексуальные расстройства: дисгармония

463

Литература

Cole, M. *Sex Therapy: Critical Appraisal*, British Journal of Psychiatry, 147. 337, 1985.

Cooper, F. A., *Advances in the Assessment of Organic Causes of Impotence*, British Journal of Hospital Medicine, 36. 186, 1986.

Frank, O. S., *The Therapy of Sexual Dysfunction*, British Journal of Psychiatry, 140. 78, 1982.

Haslam, M. T. (ed), *Psycho-Sexual Disorders*, A Conference Report, Smith, Easingwold, York, 1975.

Haslam, M. T., *Psycho-Sexual Disorders — A Review*, Charles Thomas, New York, 1979.

Haslam, M. T., *Sexual Disorders*, Pitman Medical, London, 1978.

Haughton, K., *Sex Therapy Current Perspectives*, British Journal of Hospital Medicine, 37. 11, 1987.

Kinsey, A., *Sexual Behaviour in the Human Female*, Saunders, London, 1950.

Kinsey, A., *Sexual Behaviour in the Human Male*, Saunders, London, 1948.

Masters, W. H., and Johnson, V. E., *Human Sexual Inadequacy*, Churchill-Livingston, London, 1971.

Masters, W. H., and Johnson, V. E., *Human Sexual Response*, Little Brown & Co., Boston, 1966.

Вопросы

1. Каков механизм на уровне нервной системы, который угнетает возбуждение и провоцирует преждевременную эякуляцию?
2. Что такое лонно-копчиковые мышцы и какую роль они играют при вагинизме?
3. Есть ли в вашем регионе местная клиника, осуществляющая лечение психосексуальных расстройств? Кто в ней работает и насколько длинен список предварительной записи?
4. Какие типы сексуальных приспособлений имеются для лечения психосексуальных проблем? Есть ли в вашем районе магазин, где их можно приобрести?

19 Психосексуальные расстройства: аномалии сексуального поведения

Краткая характеристика

Определение

Аномалии сексуального поведения представляют собой расстройства сексуальной функции с точки зрения гипотетической гетеросексуальной нормы; к ним относятся и все вытекающие из этого проблемы.

Классификация

1. Гомосексуализм.
2. Трансвестизм и транссексуализм.
3. Отклонения:
 - а) фетишизм;
 - б) садомазохизм;
 - в) вуайеризм и эксгибиционизм;
 - г) педофилия;
 - д) скотоложество.

Причины

Были выдвинуты теории наследования, воздействия пренатального развития и окружающей среды в раннем детстве. На отклонения воздействует специфика социального устройства общества.

Лечение

В психиатрии и медицине в целом перечисленные выше отклонения рассматриваются не как заболевания, требующие

Нсibf асексуальные расстройства: аномалии

465

лечения, а скорее как нуждающиеся в управлении паттерны поведения, вследствие которых пациенты сталкиваются с проблемами в своих взаимоотношениях с партнерами. К методам такого управления относится консультирование, осуществляемое в специальных консультационных агентствах, а в редких случаях используется такой специальный вид терапии, как аверсивная терапия, хотя она уже несколько устарела. В случае транссексуализма иногда проводятся операции по изменению пола.

Описание

В этой главе, второй из тех, что посвящены обсуждению сексуальных расстройств, мы рассмотрим психиатрические проблемы, возникающие в связи с аномалиями сексуального поведения. Было описано множество разнообразных паттернов сексуального поведения, однако многие из них вследствие своей редкости имеют значение лишь для судебной практики. Существуют проблемы, которые с небольшой натяжкой можно объединить под одним заголовком — отклонения. Некоторые паттерны поведения не согласуются со стандартами нормального гетеросексуального поведения и практикуются меньшинством населения, тем не менее это значительное количество людей, и поэтому можно было бы утверждать, что такие паттерны являются нормальной разновидностью человеческого поведения. Если мы определим отклонение как стремление получать сексуальное удовлетворение исключительно способами, не совпадающими с гетеросексуальным половым актом, то к отклонениям нужно будет относить мастурбацию и все виды гомосексуального поведения, хотя по статистике мастурбация в юности практикуется людьми чаще, чем «нормальные» гетеросексуальные сношения. Наверное, важна не столько точность определения того, что следует, а что не следует включать в норму, сколько сама необходимость рассмотрения всех тех групп людей, которым может понадобиться помощь психиатра.

В последние годы медицина, и психиатрия в частности, подвергается критике со стороны социальных меньшинств, например, тех, кто является или считает себя гомосексуалом. Эти группы сегодня требуют толерантности и понимания со стороны

466

Я<

общества. Существуют общественно-политические организации, дающие консультации и представляющие многие из таких групп, чья позиция в отношении секса отличается от той, что характерна для остального гетеросексуального населения. Людями этих групп термины «отклонение» или «извращение*» воспринимаются как оскорбительные, хотя их употребление в какой-то мере обоснованно. В прошлом психиатры пытались давать буквальное толкование отклонений, используя понятие нормы сексуального поведения. В качестве нормы принимался гетеросексуальный половой акт — на том основании, что он практикуется большинством населения и направлен на осуществление естественной функции размножения. То есть все, что отличается от этой нормы, в качестве постоянной практики или в редких случаях, можно рассматривать как отклонение. Наверное, вместо термина

«отклонение» следовало бы использовать определение «необщепринятое поведение», однако психиатры в любом случае никого не намеревались обижать.

Равным образом, многие представители групп с так называемым отклоненным паттерном сексуального поведения рассматривают направление к врачу по поводу такого поведения неприемлемым, считая, что те консультации, которые люди могут там получить, обычно склоняют их к возвращению к тому поведению, которое общество считает нормальным, а не помогают разобраться с проблемами в рамках собственных паттернов поведения этих людей. С другой стороны, врачи, работающие в службе здравоохранения, слишком заняты и не желают принимать больше пациентов, чем им положено. Тем не менее, любая группа, представляющая меньшинство населения, идет ли речь о сексуальных проблемах или иных, страдает от стрессов из-за того, что не вписывается в общую популяцию, и, кроме того, гомосексуалы, как и любые другие члены общества, в конце концов, могут просто болеть.

Безусловно, к врачам обращаются лишь те девианты, которые не чувствуют себя счастливыми. Это чаще всего те, которые понимают, что имеют тенденцию к отклонению, но предпочли бы таковой не иметь. Далее, есть еще группа населения, представители которой приходят в столкновение с обществом или законом, и им тоже может быть нужна помощь, а при некоторых обстоятельствах им требуется и лечение с целью изменения сексуального поведения в сторону «нормального» гетеросексуаль-

Психосексуальные расстройства: аномалии

467

ного. В случае гомосексуализма такое намерение, без всяких '•' сомнений, является всегда вполне реалистичным, и это именно та группа людей, которым требуется лечение из-за того, что они постоянно находятся под прессом общественного мнения. При этом группы, представляющие гомосексуалов, утверждают, что консультирование должно помогать людям приспособливаться к обстоятельствам их жизни, а не стремиться изменить самих пациентов. Измениться должна позиция общества.

Хотя автор согласен с такой точкой зрения, бывают все же обстоятельства, когда может осуществляться и лечение, направлен-

, ное на изменение пациента, и, если пациент этого хочет и просит об этом, то врач не будет его отговаривать. Для нашего, наверное,

, несовершенного, общества счастливые гетеросексуалы все-таки более приемлемы. Можно задуматься о том, какую бы позицию мы заняли, если бы был изобретен простой способ изменять цвет

! кожи, с черного на белый или наоборот, и сколько людей, принадлежащих к меньшинству населения, пришло бы к врачам с просьбой поменять им цвет кожи. В этой главе мы рассмотрим гомосексуализм и другие отклонения от сексуального поведения, практикуемого большинством населения, и обсудим типы возможных проблем и возможные направления терапии для них.

Аномалии сексуального поведения можно подразделить на такие подгруппы:

1. Гомосексуализм.
2. Трансвестизм и транссексуализм.
3. Фетишизм.
4. Садомазохизм.
5. Эксгибиционизм и вуайеризм.
6. Педофилия.
7. Скотоложество.

Гомосексуализм

Гомосексуализм не является некоторым однородным феноменом. Мы определяем гомосексуальное поведение как любое сексуальное взаимоотношение — независимо от того, насколько далеко оно заходит, — между двумя людьми одного пола, поэтому можно

468

Психиатрия

Психосексуальные расстройства: аномалии

469

с уверенностью сказать, что гомосексуализм чрезвычайно распространен. Отчет Кинзи показал, что достаточно высок процент людей, как мужчин, так и женщин, которые прибегали к какой-либо степени сексуальной активности с представителями собственного пола в те или иные моменты своей жизни. Сексуальное поведение, обусловленное незрелостью личности, достаточно часто

встречается у детей старшего возраста и в юности, что является составной частью процесса экспериментирования и взросления человека. Гомосексуальное поведение чаще встречается в тех группах, где подавляется гетеросексуальный выход энергии, например, в среде священников, в закрытых учебных заведениях и так далее. То есть при определенных обстоятельствах нормальные побуждения человека смещаются, но могут потом вернуться к гетеросексуальному типу, когда человек попадает в нормальные условия. Точно так же большинство подростков, предающихся групповому сексу, впоследствии становится нормальными, абсолютно приспособленными к обществу гетеросексуальными взрослыми людьми.

Однако можно определять гомосексуализм и более строго, а именно как развитие эмоциональных взаимоотношений между двумя людьми одного пола, притягательными друг для друга как в физическом, так и в психическом плане, когда при подходящих обстоятельствах между ними может осуществляться и сексуальная активность. Тем самым мы ограничиваем себя меньшей группой населения, особенно если исключим тех, кто не достиг совершеннолетия (по законам Англии, в применении к обсуждаемому вопросу, это 21 год), и тех, которым свойственно как гетеросексуальное, так и гомосексуальное поведение, но основная ориентация которых все же направлена в сторону противоположного пола (то есть в этом случае имеется некоторая степень бисексуального поведения). Но даже при таком определении гомосексуализма мы будем говорить примерно о 5-10 процентах населения.

Теперь возникает вопрос о причинах столь отличной от нормы сексуальной реакции. Может быть, это наследственность или результат расстройства гормонов у матери во время беременности, или один из штампов поведения, приобретенный в критическом возрасте либо появившийся в результате нарушения эмоционального развития в юности. Любой из этих факторов может сыграть свою роль, причем для одних людей в большей степени, а для других — в меньшей.

Большинство гомосексуален ничем не отличается от гетеро-сексуалов во всех аспектах своей жизни, за исключением секса. Правда, среди них есть определенный процент людей, стремящихся идентифицировать себя с противоположным полом в своих манерах, речи и поведении. Эти люди могут и не осознавать, что они невольно пытаются перенимать манеры людей противоположного пола, и зачастую в танцевальных залах предметом насмешек становится именно женоподобный мужчина или мужественного вида лесбиянка.

Было проведено множество исследований, чтобы определить, есть ли у гомосексуалистов какие-то аномалии и нельзя ли в детстве идентифицировать какие-то указывающие на будущую сексуальность паттерны. Пока рано делать окончательные выводы, хотя есть некоторые основания полагать, что у гомосексуалов возможны гормональные расстройства, и что в ряде случаев такой паттерн поведения развивается вследствие эмоционального расстройства в годы формирования личности. Есть также интересные результаты исследований на животных, которые показывают, что гомосексуальное поведение можно индуцировать изменением уровней гормонов у матери в критической фазе беременности.

На практике ни один счастливый гомосексуал, имеющий удовлетворительные эмоциональные взаимоотношения с партнером своего пола, не станет обращаться в психиатрическую клинику. Обычно многие из тех, кто реально страдает от связанных с гомосексуальностью проблем, вовсе не подпадают под наше более строгое определение гомосексуализма. Этих людей можно подразделить на три категории.

Во-первых, это те, кого можно было бы назвать гетерофоба-ми. Это люди, у которых по разным причинам развилось отвращение к контактам с партнерами противоположного пола. Они боятся гетеросексуальных отношений и неспособны общаться с людьми противоположного пола. Тем не менее, их сексуальные побуждения могут оставаться достаточно высокими, и смещение их в сторону гомосексуальности является просто одним из путей разрешения их трудностей.

Во-вторых, есть люди, которые были разочарованы гомосексуальными отношениями, возможно, считая, что хотя они и дают наслаждение, но все же неприемлемы для них, после чего у них может сложиться убеждение, что их дальнейшим уделом будет страх перед гомосексуальными отношениями. Здесь проблема

470

Психиатрия

может оказаться поправимой, и доброжелательное консультирование часто оказывается для таких людей подходящим лечением.

В-третьих, есть группа людей, поведение которых, строго говоря, не попадает под нашу дефиницию — его, скорее, можно определить как взаимную мастурбацию недостаточно зрелых людей,

ориентированную только на гениталии, при этом эмоциональный контакт партнеров является поверхностным. К этой группе часто можно отнести тех, кто в определенных местах, например, в общественных туалетах, сталкивался с таким явлением, и ему показалась привлекательной генитальная стимуляция на чисто физическом, внеличностном уровне. И все же истинные гомосексуалы, хотя и редко, тоже появляются в клиниках, поскольку в группах меньшинств, находящихся под социальным прессом, достаточно распространены депрессивные реакции. Именно для такой группы пациентов подходит лечение с помощью консультирования в занимающихся гомосексуальностью аген-ствах, таких, как агентство «Друг».

Мы не ошибемся, если скажем, что гомосексуалы всегда были вне закона. Впрочем, в некоторых странах и в некоторых древних культурах такое поведение даже поощрялось. Например, для древнегреческого общества были характерны настроения в пользу мужской гомосексуальности. Женский гомосексуализм, или лесбиянство, в Великобритании никогда не был противозаконным, а вот мужской гомосексуализм впервые стал предметом разбирательства светских судов в 1533 году, когда Генрих VIII ввел закон, по которому содомия наказывалась смертью. Так продолжалось до девятнадцатого столетия, когда наказание за такой проступок было смягчено до пожизненного заключения в соответствии с *Актом о преступлениях против личности от 1861 года*, Раздел 61. И это положение было в силе вплоть до 1956 года! Иными словами, введение пениса в анальное отверстие (даже если партнер-мужчина на это согласен) наказывалось по закону пожизненным заключением! Являясь по своей сути гомосексуальной, эта практика использовалась в качестве доступного способа контрацепции у гетеросексуальных партнеров, а в сельской местности иногда в качестве партнеров использовались животные.

В соответствии с *Актом об усовершенствовании уголовного законодательства от 1885 года*, половой акт между мужчинами считался большим преступлением против правил приличия. В то

Психосексуальные расстройства: аномалии 471

же время, такие акты между женщинами незаконными признаны не были.

Новый *Акт о сексуальных преступлениях от 1967 года* уже не содержит некоторых прежних наказаний за гомосексуальные половые акты, проводимые взрослыми людьми по взаимному согласию и в частной обстановке. Однако половые сношения между мужчинами, даже контакты негенитального типа, все еще остаются противозаконными и могут повлечь за собой достаточно суровое наказание, если один из партнеров не достиг возраста 21 года, если в них участвует более двух мужчин и если они происходят в каком-то общественном месте, например, в общественном туалете или припаркованном на обочине автомобиле. Точно такие же акты между лесбиянками не считаются противозаконными, вот почему в шоу, которые проходят в предназначенных для таких занятий клубах, демонстрируются акты, осуществляемые только между женщинами.

Гомосексуальный акт с женщиной моложе 21 года все еще наказывается тюремным заключением сроком на 5 лет, даже если этот мужчина принимал в нем участие по своей воле. А за гомосексуальный акт с подростком моложе 16 лет полагается пожизненное заключение. Интересной аномалией является то, что половой акт между женщиной и подростком карается -строже, чем акт между женщиной и несовершеннолетней девушкой, несмотря на то, что во втором случае девушка теряет девственность, и есть угроза беременности.

Педофилия

Педофилия означает желание проведения сексуальных действий по отношению к подростку или ребенку. Может быть влечение к маленьким девочкам, могут быть гомосексуальные устремления по отношению к мальчикам, однако это последнее следует отличать от гомосексуализма взрослых людей, который так же далек от педофилии, как и гетеросексуальные отношения между взрослыми. То есть нет никаких причин считать, что гомосексуал, работающий школьным учителем, с большей вероятностью совратит своих учеников мужского пола, чем гетеросексу-

472

Психиатрия

ал-учитель совратит своих молодых учениц. Но в этой связи все еще остается много предрассудков.

Фетишизм

При фетишизме сексуальное возбуждение индивидуума связывается с каким-то неодушевленным объектом. Это может быть часть одежды, резинка или изношенный ремень. Обычно здесь речь идет о заученном паттерне реакции, когда сексуальная активность фиксирована на конкретном предмете, присутствие которого становится существенным для того, чтобы человек мог возбуждаться. Такой паттерн поведения, если он не исключает собственно половой акт, достаточно безобиден, и здесь нет причины для вмешательства врача. Успокоительная беседа с партнером и проведение совместного консультирования для пары могут быть полезными, если фетиш мешает нормальным

взаимоотношениям между партнерами.

Трансвестизм

В большинстве стран ношение человеком одежды, свойственной противоположному полу, встречается достаточно часто. Многие общества относятся к такому поведению терпимо, и в западных странах ношение женщинами мужской одежды не вызывает большого неодобрения со стороны общественности.

Однако такое переодевание может происходить с целью достижения возбуждения по типу фетишизма. Кроме того, ношение одежды людей противоположного пола встречается и у тех гомосексуалов, которые стремятся полнее войти в роль, что, однако, распространено не очень широко, и до сих пор большую часть такой группы людей составляют трансвеститы гетеросексуальной ориентации. У женщин трансвестизм установить труднее, и все же, по-видимому, он среди них встречается реже. Трансвестизм охватывает примерно от 0,1 до 1 процента мужчин. Иногда в детстве или в раннем отрочестве мальчик начинает осознавать желание носить какие-то вещи из гардероба девочек,

Психосексуальные расстройства: аномалии

473

и поначалу он может экспериментировать с одеждой сестры или матери, еще не осознавая смысла того удовлетворения, которое он при этом получает. Такое экспериментирование, конечно же, встречается среди детей и подростков часто, и на этой стадии оно может и не совпадать с наклонностями к трансвестизму.

Но, как правило, примерно к двадцати годам трансвестит начинает осознавать, что ношение женской одежды вызывает у него ощущение удовлетворения, и что он испытывает навязчивое стремление поступать таким образом хотя бы время от времени, при этом обычно он делает это тайком и с определенным чувством вины. При юношеской мастурбации может быть и элемент фетишизма, но обычно, если этот элемент прогрессирует, то склонность к переодеванию становится самодовлеющей, и удовлетворение связывается с вхождением в роль женщины, хотя бы на какой-то период. Если позволяют обстоятельства, индивидуум расширяет эту практику и пополняет свой гардероб всеми необходимыми вещами вплоть до парика, и теперь уже он получает удовлетворение только от полного изменения своего облика. Обычно он испытывает желание появляться в таком виде на публике и играть роль женщины за пределами своего дома.

В то же время, сексуальные устремления такого индивидуума остаются чисто гетеросексуальными по своей ориентации. Многие из таких людей вступают в брак или имеют постоянных подруг среди девушек, и это создает проблему в том отношении, что большинство женщин предпочитает иметь мужчин, одевающихся и ведущих себя, как мужчины, и если их партнер надевает женскую одежду, то они чаще всего прогоняют его. Поэтому трансвеститы могут испытывать трудности в поддержании удовлетворительных гетеросексуальных отношений, поскольку их идеал состоит в том, чтобы их воспринимали как женщин, и чтобы их партнерши были способны принимать их в качестве сексуальных партнеров несмотря на эту аномалию.

Женатый мужчина 27 лет осознал желание переодеваться ;' еще в детстве, когда он тайком экспериментировал с одеждой своей сестры. При этом он чувствовал, что это дает ему возможность выразить женские черты его характера, чего он никогда не делал, находясь в мужской роли. Он не отважился рассказывать об этом своей невесте из страха, что она оттолкнет его, и надеялся на , то, что, женившись, он оставит эту свою привычку. И

474

Психиатрия

действительно, в течение какого-то времени это ему удавалось, однако гардероб и аксессуары его жены были для него достаточно притягательными. Вскоре он снова тайком начал переодевания, почувствовав, что это даст ему ощущение свободы и удовлетворенности, и так продолжалось какое-то время.

Однажды у него было несколько выходных подряд, а его жена уехала с приятелями, и он воспользовался этой возможностью, чтобы переодеться. Но жена вернулась раньше времени, и его секрет был раскрыт. Жена почувствовала определенную угрозу для себя, не смогла понять ситуации и неправильно квалифицировала поведение мужа как гомосексуальные наклонности, что на самом деле не соответствовало действительности. Она посчитала, что он к ней охладил и намеревается сделать операцию по изменению своего пола. Она обратилась к врачу, и пару направили на консультацию, где жену успокоили, убедив, что поведение ее мужа не обязательно должно вести к разрыву их взаимоотношений, и что вообще такие вещи реже приводят к разводам, чем, скажем, пристрастие мужчин к игре в гольф!

Хотя переодевание само по себе, строго говоря, не является противозаконным и воспринимается

зачастую как какая-то пантомима или желание привлечь к себе внимание, то есть воспринимается с юмором, те мужчины, которые предстают на публике в женском наряде, могут в некоторых случаях встретиться с осложнениями со стороны закона. Им может быть предъявлено обвинение в нарушении общественного порядка, и, что еще хуже, их могут заподозрить в домогательствах. Особенно большие проблемы возникают в связи с использованием общественными туалетами. Если мужчина, одетый как женщина, заходит в дамский туалет, и его при этом «разоблачают», то он становится нарушителем общественного спокойствия. Равным образом, когда он в женской одежде входит в мужской туалет (Господи, помоги ему!), его и здесь хватают, обвиняя еще и в домогательствах. Мораль сей истории, наверное, такова, что нужно посещать туалет до выхода из дома.

Трудно понять, почему желание носить одежду противоположного пола так враждебно встречается обществом, и почему трансвеститов обязательно нужно объявлять вне закона. Их

Психосексуальные расстройства: аномалии

475

желание, скорее всего, совершенно безобидно, хотя, конечно, могут возникать социальные проблемы, если жена или любимая девушка, не зная прежде о таких наклонностях своего партнера, обнаруживает их случайно, когда их взаимоотношения уже имеют определенный стаж. В этих случаях может понадобиться консультация врача, чтобы партнер мог справиться с ситуацией, и тогда трансвеститы приходят в клинику за помощью. Обычно наиболее подходящим бывает консультирование и направление пациента в специализирующиеся по таким проблемам агентства. Для помощи трансвеститам были созданы «Общество Бомонта» (Beaumont Society) и ряд других небольших организаций. Они предоставляют трансвеститам возможность в безопасных условиях находиться в переодетом виде, а также организуют консультации для них, их жен и любимых, если они в этом нуждаются.

Транссексуализм

Транссексуалами называют тех, кто идет еще дальше и чувствует себя в своем теле как бы в клетке, насильственно придающей им нежелательный для них пол. Они стремятся изменить свой пол, чтобы существовать в желаемой роли постоянно. Такое состояние имеет меньшую асимметрию в распространении среди мужчин и женщин, чем это бывает при трансвестизме, и его нужно отличать от трансвестизма.

Молодой человек 28 лет, который в анатомическом и гормональном плане был нормальным мужчиной, еще в раннем детстве осознал, что желал бы быть женщиной, исходя из внутреннего ощущения своей личности. В мальчишеских играх он всегда чувствовал себя неловко, а в компании девочек ощущал себя более естественно. После десятилетнего возраста он стремился одеваться как девочка, если появлялась такая возможность; при этом он не испытывал никакой навязчивости, скорее, это для него было естественным. Некоторое время он пытался компенсировать это желание, занимаясь вне дома рискованными, чисто мужскими профессиями, пробыв несколь-

476

Психиатрия

ко лет в армии. Однако постепенно он начал понимать, что его самоощущение требует совсем иных способов выражения, и что он не может быть в согласии с самим собой, ведя прежнюю жизнь, которая ему представлялась фальшивой. Он оставил свою работу и стал проводить все свое время в образе женщины, а потом обратился к врачам с просьбой провести операцию по изменению пола. На протяжении курса лечения пациенту был предоставлен сервис, направленный на наилучшее удовлетворение его интересов, при этом он подвергся оперативному вмешательству в два этапа: на первом этапе ампутируется пенис и удаляются яички, а на втором формируют искусственное влагалище, используя для этого кожу от мошонки. Применение женских гормонов позволяет развиться довольно заметному женскому бюсту, и хотя такая операция не может реально превратить кого-то в женщину, она дает пациенту возможность удовлетворить его желание жить всю оставшуюся жизнь в роли женщины на законном основании.

Последние исследования свидетельствуют о том, что транссексуалы и некоторые трансвеститы фактически обладают женским типом функционирования гипоталамуса — то есть эта действующая в пределах центральной нервной системы железа работает так, как ей свойственно работать в женском организме, несмотря на то, что во всех остальных отношениях пациент является нормальным мужчиной. Поскольку это качество закладывается еще до рождения, причиной развития трансвестизма нельзя считать только влияние на ребенка его окружения в

раннем детстве.

Женщины-транссексуалки обращаются за помощью к врачам реже, и вообще это явление среди женщин распространено, по-видимому, меньше, чем среди мужчин. В целом, операция по изменению пола женщинам менее показана, чем мужчинам, поскольку она в этом случае включает удаление груди, влагалища и матки, а также формирование искусственной мошонки из кожи губ. Мужские гормоны увеличивают клитор, делая его похожим на миниатюрный пенис, хотя еще не доказано, что можно через него сделать проход из мочевого пузыря, что позволило бы индивидууму мочиться стоя, кроме того, клитор

! Психосексуальные расстройства: аномалии

477

никогда не может развить эрекцию, достаточную для проникновения в женщину во время полового акта.

Эксгибиционизм и вуайеризм

Эксгибиционизмом называется такое поведение, когда получение сексуального удовлетворения ограничивается демонстрацией гениталий другим людям. **Вуайеризм** представляет собой нечто подобное, но при этом сексуальное удовлетворение получают при подсматривании за раздетыми людьми или за провоцирующими сексуальное возбуждение ситуациями. Оба паттерна поведения могут быть противозаконными, если они имеют место без согласия тех, кого это касается. Вуайеризм может преследоваться в соответствии с *Актом о подглядывающем Томе* (Peeping Tom Act), который находится в своде законов с семнадцатого века.

Первое упоминание об эксгибиционизме можно найти в сообщении комиссии по пресечению богохульства, датированном 3 января 1550 года, в котором человек по имени Венис обвинялся в том, что постоянно показывал себя женщинам в церкви во время богослужения. Он был осужден на шесть месяцев изгнания. Этот тип поведения тоже чаще встречается среди мужчин, хотя общество, как правило, более терпимо относится к подобному поведению женщины, и о таких случаях обычно не заявляют в полицию. Более того, женщины, у которых есть потребность выставлять себя напоказ, не только могут делать это публично, но также и на сцене, получая за это плату.

Как правило, люди, прибегающие к таким занятиям, сравнительно безобидны и к изнасилованию не стремятся. Обычно такие индивидуумы не умеют наладить стабильные гетеросексуальные отношения, что приводит их к попыткам удовлетворять свои сексуальные потребности таким незамысловатым способом. Им бывает полезно лечение в виде психотерапии, поведенческой терапии или путем назначения определенных лекарств. Часто потребности людей этой группы, а также фетишистов и садомазохистов в больших городах удовлетворяются проститутками, услуги которых афишируются в эксцентричных журналах и которые способны доставить удовольствие таким клиентам, если те за это платят.

478

Психиатрия

Садомазохизм

Это явление получило свое название по именам двух людей: маркиза де Сада, описывавшего в своих произведениях сексуальное возбуждение, которое некоторые люди способны испытывать, причиняя боль, и Л.Захер-Мазоха, чье имя позаимствовали, чтобы обозначать желание человека быть униженным, попадать в рабство или испытывать боль с целью получения сексуального возбуждения. До некоторой степени эти две склонности могут соседствовать друг с другом. Такие люди тоже вряд ли придут к психиатру, если только их действия не вызовут уголовное преследование. Они получают услуги через те же эксцентричные журналы. Это явление не так уж редко встречается. Некоторые готовы платить большие деньги, чтобы найти человека, которого бы они могли отхлестать или подвергнуть разного рода унижениям.

Есть еще одно, более редкое отклонение, с которым может встретиться психиатр. **Скотоложество** влечет за собой такие же уголовные наказания, что и содомия. Вступление индивидуумами обоего пола в сексуальные отношения с животными признается серьезным проступком, и поэтому в судах иногда рассматриваются дела подобного рода. Обычно такие склонности имеют либо индивидуумы с низким коэффициентом интеллектуального развития, живущие в сельской местности, либо встречающиеся иногда любители острых ощущений. Последняя группа обычно обслуживается проститутками и порнографическими фильмами.

Проституцию тоже можно рассматривать как девиантное поведение, поскольку в этом случае секс используется исключительно для получения материальной выгоды. К этой же категории

можно отнести порнографию, если ею ограничивается сексуальное поведение, то есть если она не служит для приятного возбуждения притупившегося желания и придания сексу некоторой изощренности. У душевнобольных иногда наблюдаются такие редкие формы сексуальных отклонений, как **некрофилия**, при которой половой акт осуществляется с мертвым человеком. Из классической литературы известно необычное извращение, называемое **пигмалионизмом**, когда объектом любви является статуя или манекен. Некоторые авторы сюда же относят изнасилование, инцест и другие осуждаемые обществом типы сексуальных отклонений, однако они выходят за рамки этой главы.

Психосексуальные расстройства: аномалии

479

Лечение

Наверное, в случаях сексуальных отклонений вместо слова лечение лучше использовать термин управление. В какой мере врач должен отдавать свою энергию, помогая пациентам из этой столь разнородной группы людей? Тех, кто приходят к врачу, в частности к психиатру, за помощью, следует относить к какой-то определенной группе пациентов. Есть тайие, которые считают себя гомосексуалами, несмотря на некоторый небольшой опыт бисексуальности, и их можно сравнительно легко успокоить. Есть индивидуумы, поведение которых является определенно гомосексуальным, но которые хотели бы быть гетеросексуалами. К сожалению, нет пока никаких реальных и эффективных средств для изменения сексуальной ориентации человека, во всяком случае, их не больше, чем средств для изменения цвета кожи или глаз. Можно рекомендовать некоторые процедуры, которые мы далее рассмотрим, однако в целом они для этой группы пациентов малоэффективны. И в любом случае можно подумать о том, а есть ли вообще веские причины для изменения сексуальной ориентации — более важные, чем, скажем, причины для изменения интересов энтузиаста игры в гольф или для того, чтобы сделать всех рыжеволосых брюнетами или блондинами только на основании того, что они выпадают из черно-белого континуума.

Кроме того, есть еще группа «ловцов удачи», принимающих участие в противозаконной практике типа взаимной мастурбации в общественных туалетах. В этом случае для врача не столько важна их сексуальная ориентация, сколько возможность управления их отклоненной активностью. Люди этого типа могут искренне искать помощи в избавлении от такой практики, хотя бы для того, чтобы не попадать в беду. В таком же положении находятся приверженцы педофилии и те, кто рискует попасть под суд за насильственную половую связь или за такие проступки, как практика фетишизма с кражей нижнего белья с веревок для сушки. Эксгибиционист тоже может поплатиться, если будет пойман с поличным в момент, когда он демонстрирует себя в общественном месте. Мотивация к лечению у людей этой столь разнородной группы может быть искренней, но это может быть и просто попытка избежать неприятностей — то есть желание уйти от криминальной ответственности, а не избавиться от своего отклоненного поведения.

480

Психиатрия

Молодой трансвестит может быть встревожен мыслями о том, что только он один страдает от таких проблем. И в этом случае консультирование будет, наверное, наиболее подходящим лечением, особенно если партнерша трансвестита не в состоянии мириться со столь необычными его наклонностями.

Часто бывает полезно направлять пациентов, особенно гомо-сексуалов или трансвеститов, на консультирование в соответствующие агенства, основанные теми группами, к которым принадлежат пациенты, где могут провести экспертизу состояния пациента лучше, чем это может сделать психиатр. В рамках движения за равноправие гомосексуалов (Campaign for Homosexual equality) в Британии была основана организация «Друг», в которой работают опытные консультанты, зачастую оказывающие услуги по телефону, аналогично тому, как это делают, например, самаритяне. И трансвеститы в Британии имеют свою организацию «Общество Бомонта», которая предоставляет услуги через «Бомонт Траст» (Beaumont Trust), благотворительный кредит, основанный для помощи людям с такими проблемами. Эта организация работает и как консультирующее агенство для тех одиноких людей, которые хотят найти друзей по интересам.

Более специфическое лечение, выходящее за рамки консультирования и психотерапии, может понадобиться тем пациентам, которые хотели бы снизить уровень своей сексуальной активности, и это может быть достигнуто с помощью лекарств или методов поведенческой терапии; последние назначают тем, кто хочет избавиться от неадекватных паттернов поведения или от дурных привычек. Некоторые из фенотиазинов, например, тиоридазин, снижают сексуальный тонус за

счет воздействия на допамин. Галоперидол назначался для понижения уровня агрессивности, но в последнее время на рынке появились такие бутирофеноны, как бенперидол, разработанные специально для снижения либидо. Эти препараты могут быть полезны для кратковременного лечения тех пациентов, которые страдают неконтролируемой агрессией или аномальным сексуальным тонусом.

Назначение женских гормонов, например, эстрогена, тоже снижает сексуальный тонус у мужчин, однако эти препараты могут давать вторичные эффекты феминизирующего типа, например, развитие бюста, что может доставить определенные неприятности. С другой стороны, некоторые транссексуалы просят о назначении таких препаратов именно ради этих вторичных эффектов.

Ципро-
Психосексуальные расстройства: аномалии
481

терон, специфический антиандроген, тоже снижает сексуальный тонус, но без каких-либо заметных феминизирующих эффектов.

Аверсивная терапия

Были разработаны разнообразные модифицированные типы лечения с помощью поведенческой терапии для помощи тем, кто хотел бы избавиться от определенных паттернов сексуального поведения. Наиболее известным из них, хотя, наверное, и наименее понятным, является метод аверсивной терапии. Ее мы уже обсуждали в главе 15. Хотя аверсивная терапия первоначально использовалась лишь при лечении алкоголизма, эффективность ее в устранении определенных паттернов реакций, которые могут наблюдаться при некоторых типах девиантного поведения, несомненно, является основанием для расширения сфер применения этого метода. Так, он может использоваться при лечении фетишистов, любителей подстергать случай в общественных туалетах и эксгибиционистов. В прошлом делались попытки использовать аверсивную терапию для трансвеститов, но успеха достичь не удалось.

Критики возмущены тем, что пациента принуждает к лечению общество, оказывающее на него давление, и запретительное законодательство. Это, конечно, в какой-то мере верно: общество, желая сохранить свою структуру и стабильность, пока не стремится быть терпимым по отношению к тем, кто не придерживается общепринятой точки зрения, и поэтому оно издает законы, направленные против тех действий, которые оно рассматривает как антисоциальные. При этом общество может стать чрезмерно ограничивающим и подавляющим социальные меньшинства.

Однако этот аргумент можно довести и до абсурда. Например, неизбежно существование некоторого давления со стороны общества, принуждающего людей поддерживать чистоту на разумном уровне, поддерживать гигиену зубов или придерживаться определенных норм в прическе. И все же если клиент просит парикмахера сделать ему ту стрижку, которую носит большинство людей, то вряд ли парикмахер должен отговаривать его от этого на том основании, что желание клиента вызвано давлением со стороны общества! Эти вопросы следует оставлять на усмотрение самого клиента. Одни предпочитают соглашаться с мнени-

16 Зек. № 453 Хэзлем
482

Психиатрия

ем общества, если они в состоянии это делать, а другие хотят быть бунтарями. Врач не должен пытаться повлиять на пациента, желающего быть тем или другим, но он может помочь ему, если тот ищет помощи.

Если человек привык всегда получать немедленное удовлетворение, но предпочел бы уметь контролировать это удовлетворение, чтобы избежать возможных осложнений, то в этом случае аверсивный метод может ему помочь. При аверсивной терапии удовлетворение, получаемое вследствие определенного действия, перевешивается неприятным соответствующим ощущением. Так, может использоваться неприятное ощущение, вызываемое контролируемым электрическим током, которое немедленно следует за реакцией на эротические стимулы. Для того, чтобы вызвать эротическую реакцию, необходимо подготовить соответствующие картинки, одежду или какую-то ситуацию из реальной жизни, а затем управлять реакцией пациента с помощью аверсивных стимулов.

Как только пациент овладевает методом, он может далее применять его самостоятельно, чтобы закреплять его эффект. Во время лечения, конечно, следует помогать пациенту развивать положительные ощущения в связи с гетеросексуальной реакцией определенного типа, особенно если у него есть опасения насчет своих возможностей к гетеросексуальным отношениям. Опреде-

ленную пользу может принести и групповая терапия.

Для отдельных случаев результаты лечения можно назвать хорошими. Однако было бы неправильным считать, что у гомосексуала больше оснований для того, чтобы стать гетеросексуалом, чем у гетеросексуала для того, чтобы стремиться к гомосексуализму.

Операции по изменению пола

Транссексуал обычно рассматривает трансвестита как человека, предающегося играм с переодеванием. Транссексуалы чувствуют себя по ошибке заключенными не в то тело, и поэтому для них использование соответствующей одежды — это только один из способов выражения того, что представляется им нормальным для их личности и психики.

До тех пор, пока блестящие достижения в области пластической хирургии не сделали возможным проведение операций

Психосексуальные расстройства: аномалии

483

по изменению пола, вопрос этот оставался на уровне теории. Перспектив на изменение пола было не больше, чем на изменение расы. Если представить, что негр пришел в клинику с просьбой предоставить ему такое лечение, которое бы сделало его белым человеком, или вообразить обратную ситуацию, то пришлось бы объяснить этому человеку, что пока это невозможно. Однако если бы вдруг появился такой способ, который позволил бы достичь устойчивого изменения цвета кожи, то, наверное, появился бы новый класс клиентов, желающих изменить свою расу.

Разработанные в последние 10-15 лет реальные способы изменения пола с помощью методов пластической хирургии, привели к увеличению числа транссексуалов, желающих подвергнуть себя такой операции, чтобы получать большее удовлетворение от своего тела, чем это было до операции. Операция, без сомнения, дает им некоторую реальную возможность жить в обществе в качестве физически нормального человека, имеющего противоположный исходному пол, однако полное изменение пола все еще остается мечтой.

Операция превращения мужчины в женщину состоит преимущественно в использовании женских гормонов для индуцирования роста груди и смягчения волос, в удалении пениса и яичек, а также в использовании кожи мошонки для формирования искусственных губ и искусственного отверстия, которое могло бы функционировать в качестве влагалища. Спрос на операцию превращения мужчину в женщину выше, чем на операцию превращения женщины в мужчину.

Операция превращения женщины в мужчину не дает такого успеха, как описанная выше, поскольку нет возможности сделать полноценно функционирующий пенис. Операция включает удаление груди, матки, фаллопиевых труб и яичников. Складки губ соединены между собой, поэтому с помощью двух искусственных яичек им можно придать вид нормальной мошонки. Пациентке даются мужские гормоны, чтобы вызвать увеличение клитора, при этом клитор выводят из-под женской крайней плоти, и он принимает вид миниатюрного пениса. Попытки провести от мочевого пузыря мочеиспускательный канал, выходящий наружу, пока не увенчались успехом, поэтому пользоваться писсуаром индивидуум все же должным образом не может. И это существенный недостаток. 16»

484

Психиатрия

Сама операция, конечно, является только частью — хотя и самой важной частью — процесса «изменения пола». Пациенту предстоит изучить образ действий и особенности характера представителей противоположного пола, чтобы его поведение соответствовало второй натуре. При этом следует учитывать и социальные факторы, например, замену удостоверяющих личность документов и водительских прав. Можно изменить все документы, за исключением свидетельства о рождении, но по закону индивидуум все же сохраняет пол, полученный при рождении, — это касается пенсионного обеспечения и процедуры вступления в брак.

Литература

Haslam, M. T. (ed.), *Psycho-Sexual Disorders*, A Conference Report, Smith, Easingwold, York, 1975.

Haslam, M. T., *Psycho-Sexual Disorders — A Review*, Charles Thomas, New York, 1979.

Storr, A., *Sexual Deviation*, Penguin, Harmondsworth, 1964.

West, D. J., *Homosexuality*, Duckworth, London; and Penguin, Harmondsworth, 1955.

West, D. J., *Homosexuality Re-examined*, Duckworth, London,

1978.

Wolff, C., *Love Between Women*, Duckworth, London, 1971.

Вопросы

1. Составляют ли гомосексуалы просто одну из разновидностей социальных меньшинств, как, например, рыжеволосые люди, или гомосексуализм является заболеванием?
2. Есть ли в вашем городе местное отделение движения за равноправие гомосексуалов, «Общества Бомонта» или аналогичных организаций?
3. Проанализируйте ваше отношение к группам девиантных меньшинств.

20 Детская психиатрия

Краткое характеристика

Детская психиатрия, являясь составной частью общей психиатрии, тесно связана не только с общими психиатрическими понятиями, но и с проблемами педиатрии, а также с вопросами определения задержки умственного развития у детей. Здесь критерии диагностики определить намного сложнее, чем при лечении взрослых людей, и большая часть всей работы детского психиатра приходится на оценку поведения детей.

При выявлении этиологии необходимо учитывать генетические факторы, воздействие на организм ребенка физических заболеваний, а также личностные факторы и вопросы межличностного общения. В частности, здесь важно учитывать переживания раннего детства, эмоциональную депривацию и качество взаимоотношений между ребенком и родителями. Детская психиатрия во многом тесно связана с семейной терапией.

Классификация

1. Расстройства поведения.
2. Невротические черты характера.
3. Психотические заболевания (ювенильная шизофрения и депрессия).
4. Особые синдромы, которые проявляются в детстве и юности:
 - а) психическая анорексия и булимия;
 - б) школьная фобия;
 - в) тики и синдром Туре;
 - г) аутизм;
5. Особые проблемы юного возраста (уклонение от обязанностей, правонарушения, юношеский кризис).

486

Психиатрия

д) гиперкинез;

е) дизлексия и проблемы повреждения мозга.

Лечение

При диагностике и во время лечения от врача требуются особые знания, в частности по игровой терапии. Требуются и особые условия для амбулаторного лечения пациентов.

Описание

Исследование Раттера, проведенное на острове Уайт, в ходе которого были обследованы все дети 10-летнего возраста, выявило психические расстройства у 7 процентов всех обследованных. Примерно такой же процент приходится на задержку интеллектуального развития и отставание в учебе, причем около 4 процентов от этой доли составляют те дети, которые имеют особые трудности с обучением чтению. Это сравнимо с 5 процентами, которые составляют дети с каким-либо хроническим физическим заболеванием, то есть примерно один ребенок из шести страдает какой-либо формой хронического или периодически повторяющегося физического заболевания. Аналогичное исследование, проведенное в Ист-Энде Лондона, выявило, что психиатрические расстройства встречаются там в два раза чаще.

В Соединенных Штатах четверть всех направлений в клинику на амбулаторное лечение приходится на группу пациентов юношеского возраста. Частота направления в психиатрические клиники в Великобритании для возрастной группы 10-19 лет в последние 20 лет значительно возросла и превысила цифру 7000 направлений ежегодно, что говорит о необходимости иметь около 30 больничных коек на каждый миллион населения. Наблюдалось также угрожающее возрастание юношеской преступности, а количество попыток суицида в этом возрасте увеличилось до 43 на миллион населения в год. В этой возрастной группе наблюдалось и

взрывоподобное увеличение числа наркоманов.

Детская психиатрия

487

Проведенное в стране изучение развития 17000 детей, рожденных в течение одной выделенной недели в 1958 году, показало, что у 10 процентов из них к 7-летнему возрасту имелась недостаточность эмоционального развития. У трети этой части проявлялись серьезные отклонения в социальном поведении.

Таким образом, масштабы проблемы весьма значительны, и можно полагать, что это именно та область, где может быть чрезвычайно эффективна профилактическая психиатрия. Детский психиатр должен уметь общаться с детьми. Кроме того, его работа с историей болезни пациента существенно отличается от подобной работы при лечении взрослых пациентов, поскольку большую часть данных он получает посредством общения с родителями, с которыми необходимо установить доверительные отношения. Поэтому появились отделения, специально предназначенные для проведения семейной терапии, где производится консультирование семьи как единого целого, включая ребенка, его родителей, братьев и сестер.

Детская психиатрия является особой областью психиатрии. В определенном смысле она, наверное, больше взаимодействует с педиатрией, чем с психиатрией взрослых пациентов. В Великобритании требования подготовки медицинских специалистов таковы, что детские психиатры получают квалификацию обычного психиатра после сдачи экзаменов по медицинским специальностям и до регистрации проходят годичную практику, связанную с посещениями пациентов на дому. Для кандидатов на должность консультанта часто бывает полезно провести некоторое время, занимаясь общей педиатрической практикой, и получить диплом по детскому здравоохранению. Отделения стационарного лечения обычно работают на региональной основе, и поскольку им требуется не так уж много больничных коек, то большая часть работы проводится через общественные детские консультации.

Как правило, в округе или районе имеется специальное отделение, предназначенное для лечения юных пациентов. Такие отделения обслуживает штат специалистов разных направлений: клинические или специализирующиеся на обучении психологи, психиатры, работники социальной службы и медсестры. Обычно необходимы также помещения для проведения обучения. Условия для функционирования детской и юношеской психиатрии в Британии неудовлетворительны как в плане количества квалифицирован-

488

Психиатрия

ных штатных сотрудников, так и в отношении количества больничных коек и выделенных для этого специализированных отделений.

По характеру проблем детская и юношеская психиатрия значительно отличаются от психиатрии для взрослых пациентов. Хотя иногда у детей встречаются типичные депрессивные заболевания или раннего типа шизофрения, но такие случаи наблюдаются редко. Большинство пациентов этого возраста страдает аномалиями поведения и личности, что связано с невротическими особенностями характера и такими проблемами, как недержание мочи, отказ ходить в школу, нежелание есть или неспособность усваивать школьную программу. В детском возрасте встречаются и специфические заболевания, отдаленно напоминающие шизофрению, например, аутизм, хотя их этиология может быть иной. С точки зрения оценки интеллектуальных способностей медленно развивающихся детей здесь имеется значительное пересечение с проблемами недостаточности умственного развития.

Для того, чтобы стать членом Королевской коллегии психиатров, необходимо сдать экзамены по следующим специальностям: детская психиатрия, недостаточность умственного развития, судебная психиатрия и психотерапия.

Ребенок особенно чувствителен к затруднениям, которые возникают в результате переживаемой им депривации, поскольку его личность еще не созрела, и он зависит от попечения о нем других людей. Если родители пренебрегают ребенком или не имеют возможности о нем заботиться, а также если в критическом возрасте ребенок лишается их из-за несчастного случая, болезни или смерти, то он страдает от эмоциональной депривации, что, как мы говорили в главе 14, впоследствии может привести к развитию различных заболеваний. Поэтому значительная часть работы детского психиатра приходится на попытки устранить последствия депривации и вызванной ею эмоциональной травмы, которые влияют на растущего ребенка.

Депривация и разрыв взаимоотношений

Поскольку очень многие психиатрические проблемы зарождаются или начинают развиваться в детстве или юности, то здесь

Детская психиатрия

489

открывается безграничное поле для деятельности профилактической медицины, если только есть необходимые средства для такой работы и условия для проведения соответствующей экспертизы. Если ребенок научится успешно справляться с кризисными ситуациями, это предотвратит развитие у него впоследствии психиатрических заболеваний, характерных для взрослых людей. Когда психиатр обнаруживает серьезное нарушение поведения, расстройство личности, состояние тревожности или даже шизофрению у 16- или 17-летнего пациента, часто оказывается, что время упущено, поскольку причиной заболевания явилась пережитая в детстве депривация.

Специалисты по этиологии установили, что у многих существ, включая человека, процесс взросления может приостанавливаться, и позднейшее стимулирование его уже неэффективно, если в критическом возрасте своего развития юный организм переживает тяжелый стресс или депривацию. Келер утверждает, что если перегрузке подвергается та часть организма, в которой именно в это время происходит заметный рост, в ней могут развиваться аномалии. Вредные воздействия в раннем возрасте, как правило, вызывают глобальное нарушение и физического, и эмоционального развития, в то время как влияние вредных факторов в более позднем возрасте приводит к более локализованным дефектам. Если ребенок испытывает такую сильную боль от разрыва взаимоотношений, что больше не хочет открывать свое сердце другим, боясь пострадать от нового разрушения, то все последующие его отношения с людьми будут весьма напряженными. Его желание любить вытеснено, но оно все же сохраняется и может проявиться в таком поведении, как неразборчивость в связях или воровство. У него может возникнуть подспудное желание меести, что приведет и к другим антисоциальным поступкам.

Харлоу изучал развитие паттернов аффективного поведения у детенышей обезьян и получил очень важные результаты. Обезьяны, которые были отделены от матерей сразу после рождения и воспитывались либо без матери, либо с похжей на мать куклой, став взрослыми, оказались неспособными к нормальному сексуальному поведению. Хотя четыре женские особи из числа исследованных, несмотря на потерю способности к отзывчивости, все же вступили в брачные отношения, но после рождения детей

490

Психиатрия •

они проявили удивительное отсутствие материнской заботливости. Это наглядный пример того, что **скрытый эффект депривации, пережитой в раннем возрасте, проявляется только в последующей жизни.**

Хотя эти результаты нельзя в полной мере экстраполировать на поведение людей, нет никакого сомнения в том, что они отражают и человеческие паттерны реакций. Боулби установил, что дети моложе 7 лет особенно уязвимы для депривации, а некоторые ее эффекты можно ясно распознать уже в первые недели жизни ребенка. Дети моложе 6 месяцев, воспитываемые в домах малютки, часто проявляют отчетливые следы апатии, истощения, выглядят бледными и сравнительно малоподвижными, спокойны и нечувствительны к таким стимулам, как улыбка. Спите и Вольф назвали такую клиническую картину, наблюдаемую в возрасте ребенка от шести до двенадцати месяцев, **анакли-тической депрессией.**

Многие отрицательные последствия могут быть предотвращены адекватной заменой утраченной матери в первый год жизни ребенка. Однако поскольку в сознании ребенка уже отпечатался образ матери, то последующая ее замена на не менее заботливую, но чужую фигуру может вызвать у ребенка значительное психическое напряжение, результатом которого может быть эмоциональная травма. Хотя этого трудно избежать, но можно попытаться смягчить последствия, поэтому прежде чем принимать какие-то важные решения, необходимо продумать, что именно будет наилучшим образом отвечать интересам юного существа.

По наблюдениям Голдфарба, трехлетние дети, временно разлученные со своими родителями, часто в течение нескольких недель или даже месяцев после их возвращения испытывают тревогу по поводу возможной новой разлуки и не позволяют матери уходить из поля зрения. Они возвращаются к прежним ребяческим привычкам, но если на это следует недружественная реакция, в отношениях матери с ребенком может образоваться порочный круг, в результате чего у ребенка разовьется нестабильный невротический тип личности. Возрастной период от 3 месяцев до 5-6 лет является жизненно важным с точки зрения этиологии многих возникающих позднее

заболеваний. Многочисленные исследования показывают, что у некоторых детей даже

Детская психиатрия

491

спустя 6 и более месяцев после окончания их разлуки с родителями все еще могут проявляться болезненные реакции. Более того, некоторые последствия проявляются значительно позже, когда создаются критические условия, способные реактивировать тот патогенный процесс, толчок которому был дан пережитой в раннем возрасте депривацией.

Расстройства поведения

Расстройства поведения у детей могут быть обусловлены множеством причин. Они могут быть вызваны просто досадной неприятностью, но могут являться компенсацией или реакциями сопротивления сложившейся в семье ситуации. Иногда наблюдаются реакции на чрезмерную зависимость ребенка; поведение может обуславливаться застенчивостью ребенка; бывает также чрезмерно активное поведение типа агрессии или правонарушений; может проявляться тревожность, чувство вины или чувство противоречия. Такие симптомы обычно свидетельствуют о неблагополучии в семье, и их можно рассматривать как тщетную попытку разрешить семейные проблемы. Ребенка зачастую приводят к врачу против его желания, не объясняя ему причин такой необходимости. Чтобы поставить правильный диагноз, врачу необходимо знать всю динамику отношений в семье. Родители могут оказаться враждебно настроенными по отношению к ребенку или склонными к негативизму. Следует задаться вопросом, не отвечает ли регрессия желанием родителей в боль-шей мере, чем потребностям ребенка, поскольку симптом может использоваться родителями для того, чтобы сохранить зависимость ребенка от них.

Одной из наиболее часто встречающихся у детей проблем является **ночное недержание мочи (энурез)**. Возраст, в котором ребенок способен перестать мочиться в постель, варьирует в зависимости от врожденного темпа взросления ребенка, от формирования способности контролировать мочевой пузырь, но на него влияют и такие факторы среды, как усилия родителей в обучении ребенка и эмоциональные проблемы, с которыми встречается ребенок. Мало таких детей, которые избавляются от этой привыч-

492

Психиатрия

ки к 2 годам, и 10 процентов детей писаются даже и в возрасте пяти лет. Около 5 процентов продолжают делать это в 10-летнем возрасте, и далее с возрастом этот процент уменьшается. Часто нереалистичные ожидания родителей относительно сухой детской постели еще больше усложняют проблему, поскольку их попытки справиться с ней, особенно если это происходит в среде не слишком интеллигентных людей, проявляющих нетерпимость и негодование, приводят беспомощного ребенка после каждого случая мокрой постели в состояние ужаса. И часто этот порочный круг удается разорвать только лечением ребенка в условиях клиники. В некоторых случаях необходимо лечение с использованием будильника или лекарственной терапии, но чаще всего вполне достаточно успокоить ребенка и обучить его дома несложным процедурам.

Энурез редко вызывается какими-то физическими причинами, хотя в некоторых случаях он обусловлен инфекционным процессом в мочевом пузыре или в почках, а также невыявленной расщелиной позвоночника или ночной эпилепсией.

Энкопрез (недержание кала) после двухлетнего возраста становится редким явлением, но если он продолжается, то это обычно признак какого-то серьезного эмоционального расстройства.

Кроме энуреза, часто встречается такая проблема, как **расстройство ритма сна** — с ночными кошмарами, сомнамбулизмом и иными проявлениями конфликта в эмоциональном состоянии ребенка. Иногда наблюдается и **расстройство процесса принятия пищи**, причем отказ от еды может использоваться ребенком в качестве оружия в борьбе с родителями. У ребенка, который еще не научился пользоваться туалетом, может появиться расстройство функции выделения, связанное с тем, что он начинает задерживать кал в себе, боясь рассердить тех, кто за ним присматривает. Многие родители беспокоятся, что приучение к туалету их ребенка идет медленнее, чем у соседского малыша, и пытаются форсировать ситуацию, что создает для ребенка эмоциональную перегрузку. Это может привести к дальнейшим проблемам. В терминах психоанализа, это, безусловно, является возможной причиной формирования анального характера с присущими ему обсессивными чертами.

Часто родителей тревожит манипуляция гениталиями и мастурбация, но их следует успокоить, поскольку в большинстве случаев это нормальный аспект развития ребенка.

Детская психиатрия

У детей часто встречаются расстройство речи и развитие незначительного заикания на третьем или четвертом году жизни или в эмоционально напряженный период поступления в школу. Обычно в основе таких расстройств лежит состояние тревожности, поскольку часто процесс обучения оказывает на ребенка чрезмерное давление и вызывает у него непосильное напряжение. Однако на расстройство речи может влиять и генетический фактор — например, известно, что таким проблемам часто сопутствует леворукость, особенно если взрослые принуждают ребенка пользоваться преимущественно правой рукой, вопреки его природной склонности. Такое расстройство чаще встречается у мальчиков.

Сродни этому расстройству устойчивые спазмы, например **тики**, которые связаны с обсессивно-компульсивными состояниями. Они могут быть средством облегчения тревожности, аналогично таким симптомам, как откашливание, привычка щуриться, обкусывание ногтей и сосание большого пальца. Родителям, вероятно, полезно знать, что взрослые тоже практикуют действия, эквивалентные сосанию большого пальца, — например, курение или жевание жевательной резинки.

Следует ясно понимать, что обучать нужно прежде всего родителей, поскольку лишь в редких случаях расстройство поведения ребенка обусловлены генетически запрограммированным , способом реагирования на стресс, а в основном они, скорее, ' < связаны с тем, что ребенок чувствует опасность со стороны своего окружения. Поэтому, как правило, именно изменение этих окружающих обстоятельств может дать наиболее обнадеживающие результаты. Тем не менее, бывают случаи, когда заболевания никак не связаны с окружающей ребенка средой. Очень важно распознать такие случаи, что можно сделать только с помощью надлежащего медицинского обследования, чтобы исключить возможность неправильного назначения терапии. Поэтому мне кажется неоправданным то, что клиники, призванные заниматься такими эмоциональными проблемами, работают под покровительством каких-то немедицинских институций. Это обычно бывает в тех случаях, когда не хватает детских психиатров, и работникам социальных служб или психологам, не имеющим необходимого опыта и не получившим соответствующего образования, приходится принимать решения по чисто медицинским проблемам.

Психиатрия

Детские неврозы

У детей тревожность часто проявляется себя в виде физических симптомов, таких, как мышечное напряжение, головная боль или боль в брюшной полости, хотя нередко встречаются страхи или фобии по поводу каких-либо ситуаций. Часто наблюдаются такие же ритуальные симптомы, как и у взрослых при обсессив-но-компульсивных состояниях. Распространены и переходные феномены.

Моносимптоматические фобии возникают вследствие единичного опыта переживания страха. Хотя их зачастую удается устранить, успокаивая ребенка и используя какие-либо несложные приемы поведенческой терапии, материал, вызвавший эти феномены, может оказаться вытесненным, и тогда останется зерно какого-то расстройства, которое в юности или во взрослой жизни в критических обстоятельствах проявится в виде состояния фобической тревоги.

У ребенка страх болезни или смерти, своей собственной или тех, кто за ним ухаживает, бывает достаточно глубоким, хотя и не очень явно выраженным. Ребенок может испытывать перегрузки в ходе учебного процесса из-за боязни получить низкую оценку, а страх перед родительским порицанием может вызвать у него острое ощущение незащитности. Подавленные реакции могут привести к антиобщественному поведению, неспособности усваивать школьную программу, а также к регрессии к таким ранним паттернам поведения, как энурез.

Девочка 7 лет, прежде счастливая и послушная, начала жаловаться на периодически повторяющуюся боль в животе, для которой не обнаруживалось никакой физической причины. Один или два раза она намочила постель, чего с ней не случалось уже четыре года. Заметили, что она грызет ногти, а при разговоре у нее заметно подергивается нос. Тревожные реакции в этом возрасте обычно бывают связаны с ощущением ненадежности обстановки дома или в школе, а в данном случае проблема, как потом выяснилось, оказалась связанной с неправильным поведением отца, который появился после развода матери с ее первым мужем, когда девочке было пять лет. Хотя обыч-

Детская психиатрия

но в таких случаях семейная терапия бывает эффективной, в этой семье она не дала результата, и

поэтому терапевт стремился дать ребенку возможность разрядить свои страхи с помощью игровой терапии. Кроме того, местный отдел социального обеспечения помог улучшить обстановку в семье, выяснив в беседах с родителями, что именно привело к разрыву взаимоотношений между ребенком и приемным отцом.

Не следует игнорировать и возможность медицинского лечения детских неврозов. В некоторых редких случаях необходимо применить лекарственные препараты для борьбы с бессонницей, может быть полезно и кратковременное назначение мягких ан-ксиолитиков. И все-таки основой успеха является, конечно же, консультирование и выяснение причин стрессовой ситуации в семье.

Психическая анорексия

Анорексия попросту означает отсутствие аппетита, что может быть обусловлено множеством различных причин, как физических, так и психологических. У взрослых анорексия часто сопутствует депрессивным состояниям. Тот отказ от еды, который маленькие дети используют в целях манипулирования, относится совсем к иной категории. Психическая анорексия — довольно редкое, специфическое заболевание, которое чаще всего встречается у девочек после десятилетнего возраста.

Специфическим симптомом психической анорексии является болезненное отношение к своему весу, что может быть связано с неверным представлением девушки о своей внешности: она боится, что слишком толстая, хотя обычно это не соответствует действительности; мало того, при таком заболевании наблюдается отчетливо выраженный дефицит веса — примерно на 25 процентов ниже оптимального. У девушек в этом состоянии может наблюдаться прекращение месячных, или аменорея. Заболевание чаще возникает на втором десятке жизни, в среднем в возрасте 17 лет. Девочки подвержены ему примерно в десять раз больше, чем мальчики.

496

Психиатрия

Оно чаще встречается среди более высоких социальных слоев и иногда для какой-то семьи бывает традиционным.

Зачастую заболевание начинается, когда чувствительный и склонный к полноте подросток начинает увлекаться диетами. Однако вскоре оказывается, что сокращение количества пищи становится чрезмерным. В отличие от пациентов с депрессивными заболеваниями, больные психической анорексией обычно говорят, что чувствуют себя хорошо и полны энергии, — то есть работает механизм отрицания. Часто в качестве способа избавиться от лишней еды используется рвота, и делается это в тайне от окружающих.

Девушка 16 лет, избыточно пухлая, страдающая от раздражения школьных подруг, решила пройти курс диеты. Однако через три или четыре месяца ее аппетит и вес стали внушать опасения, поскольку вес оказался ниже приемлемого для ее возраста и роста уровня. Старания родителей заставить ее есть, естественно, встретили отпор, и мать обнаружила, что девушка удаляет из себя пищу, которую ее заставили съесть, в туалете с помощью рвоты. Менструации, которые прежде были нормальными, прекратились, и девушка казалась изнуренной. Однако на протяжении всего этого времени она старалась производить впечатление бодрой и энергичной, поэтому не было оснований подозревать депрессивное заболевание. Ее мнение о себе было настолько искажено, что, рассматривая себя в зеркале, она все еще считала себя излишне полной, несмотря на то, что окружающие говорили ей о ее худобе. Попытки лечить ее амбулаторно ничего не дали, и в конце концов ее направили в больницу для контроля диеты, лечения медикаментами и применения интенсивной психотерапии.

Причина развития этого заболевания не вполне ясна. Хотя иногда оно сопутствует заболеванию гипофиза или синдрому малабсорбции, обследование пациентов с психической анорексией, как правило, не выявляет у них какого-либо физического заболевания. Некоторые авторитеты считают, что в основе болезни лежит гормональное расстройство, то есть оно все же имеет «физическую» этиологию. Другие ученые, в частности исследователи в США и Швеции, предпочитают социокультурное объясне-

детская психиатрия

497

ше, отмечая, что этому заболеванию часто предшествует сознательное применение диеты, и что оно нередко определенным образом связано с модой. Брух предложил психодинамическую теорию, в которой основными причинами заболевания названы нарушение представления пациента о своей внешности, ощущение своей непривлекательности, а также то, что отказ от пищи может быть связан с ненормальными взаимоотношениями в семье пациента. Неблагополучные

семьи неспособны передать ребенку адекватное ощущение его собственной ценности, тем более, если мать стремится ставить свои желания превыше всего.

Крисп считает, что психическая анорексия является свидетельством психобиологической регрессии в детство перед лицом конфликтного процесса обретения женщиной зрелости. При таком взгляде это заболевание предстает как отступление в убежище и отказ от половой зрелости. Часто в семье пациента принято чрезмерно опекать ребенка, причем, как правило, роль отца нельзя назвать доминирующей.

Такое разнообразие мнений о причинах заболевания соответственно приводит к многообразию способов лечения. Прежде всего необходимо добиться от ребенка желания сотрудничать, достичь того, чтобы он признал необходимость вмешательства врача. Затем можно использовать определенные средства для возвращения нормального веса пациента и для предотвращения рецидива.

В некоторых отделениях применяют такого рода поведенческую терапию: ребенок посещает отделение, напоминающее тюрьму, где такие привилегии, как посетители или звонки по телефону, даются в награду за увеличение веса; питание интенсивно, и за ним тщательно следят, а выписка из отделения разрешается только после того, как пациент восстановит свой вес. К сожалению, по опыту автора, после выписки к большинству пациентов болезнь возвращается, кроме того, необходимость долгого пребывания подростка в больнице приводит к значительному перерыву в школьных занятиях и мешает сдаче экзаменов.

Врач, преимущественно ориентированный на психотерапию, может использовать семейную терапию или интенсивную индивидуальную терапию и даже гипно- или групповую терапию. Но и такое лечение занимает много времени.

По мнению автора, более перспективно придерживаться линии физических методов лечения. Ведь если заболевание все же

498

Психиатрия

(втекающая психиатрия)

499

имеет физическую или гормональную причину, то мало надежды что другие способы лечения дадут значительный эффект. Хотя конечно, поддерживающая терапия может быть очень полезной. Необходимо добиваться формирования отношений эмпатии < пациентом, однако поначалу не следует стремиться к тому, чтобы (1 он съедал избыточное количество пищи. Пациенту назначают небольшую дозу тиоридазина, который оказывает успокаивающее действие и провоцирует увеличение веса, и, кроме того, дают небольшие дозы трициклических антидепрессантов, таких, как амитриптилин, по 25 мг на ночь. В тяжелых случаях, когда требуется стационарное лечение, дополнительно можно проводить стимулирование аппетита по модифицированной инсулиновой программе: для утреннего приема с целью повышения аппетита назначается небольшая, постепенно увеличивающаяся доза инсулина, что создает ощущение голода, а затем пациенту предлагается большое количество пищи. Обычно у пациента формируется ощущение хорошего самочувствия, и вес повышается. Одновременно проводится индивидуальная поддерживающая психотерапия или консультирование. На этой стадии пациенту предлагается та пища, которую он любит, а не просто сбалансированная диета. Семья не привлекается к лечению. Наоборот, пациенту помогают формировать взаимоотношения с посторонними людьми, а возникающие при этом трудности, особенно если это касается эротических отношений, разрешаются при собеседованиях. После окончания лечения желательнее еще некоторое, достаточно продолжительное, время наблюдать пациента.

При таком режиме большинство пациентов выздоравливает. Однако психическую анорексию нельзя недооценивать, поскольку известны случаи экстремальной потери веса, заканчивавшиеся смертью пациентов.

При булимии, заболевании того же ряда, могут быть случаи патологического переедания со рвотой.

Школьная фобия

Еще одним распространенным среди детей заболеванием является школьная фобия.[В этом случае отказ ребенка ходить в

школу следует отличать от обычной лени. Ребенок, уходящий по утрам в школу, но потом убегающий на рыбалку, а вечером убеждающий родителей, что он был в школе, не страдает от школьной фобии. Не страдает ею и ребенок, который боится идти в школу по чисто практическим

причинам, боясь получить Плохую оценку. При школьной фобии наблюдается страх разлучения с матерью, невротическая тревожность, родственная другим состояниям фобической тревоги, причем часто она вообще не связана со школой как таковой. Распространенность этого заболевания составляет примерно 1 случай на 1000 учащихся, при этом наблюдаются состояния различной тяжести. Типичный страдающий школьной фобией ребенок стремится избежать посещения школы и старается не покидать пределы дома. Такие дети могут жаловаться на разнообразные психосоматические симптомы, например, на боль в желудке или головную боль; они используют любые средства, только бы их не послали в школу. Часто выясняется, что в семье такого ребенка сформировалась , стрессовая ситуация, и ребенок боится, что, пока он будет в школе, с родителями что-то случится, что они могут умереть или исчезнуть куда-то. Некоторые считают, что распространение этого заболевания в какой-то мере связано с современным распадом больших патриархальных семей. Другие полагают, что родители часто возлагают непомерно большие надежды на своего ребенка.

Поэтому и здесь наиболее эффективным методом лечения может быть семейная терапия. Ребенку необходима психотерапия, либо аналитическая, либо поведенческая. Иногда полезно кратковременное помещение ребенка в клинику, поскольку желательнее разрушить вторичный выигрыш. И во всех случаях важно установить, какую выгоду ребенок может получать за счет школьной фобии.

Однако некоторые специалисты считают, что использование лекарственной терапии (небольшие дозы антидепрессантов, таких, как имипрамин, или производных фенотиазина, таких, как сульпирид) приводит к более быстрому выздоровлению и не требует стационарного лечения. Всегда нужно следить за тем, чтобы не просмотреть какой-либо подростковый депрессивный психоз. Именно такими случаями, возможно, и объясняется быстрое улучшение при лечении некоторых пациентов антидепрессантами.

500

Психиатрия

Тики и синдром Гилля де ла Туре

У многих детей, находившихся в фазе компульсивного поведения этого типа, наблюдаются устойчивые спазмы с определенными телодвижениями. В качестве эпизодических могут появляться подергивания, покашливание, мычание и иные разнообразные провоцируемые тревогой или ищущие внимания типы поведения. Как правило, они проходят сами собой, но если такое поведение поддерживается вторичным выигрышем, то может потребоваться вмешательство врача. Синдром Туре встречается редко, однако он представляет собой достаточно интересный случай тика, в некоторых случаях сопровождаемого несвязным потоком слов, чаще всего непристойных. Иногда проявляются признаки небольшого расстройства функции коры головного мозга, что свидетельствует о наличии органического фактора заболевания, бывают и иные симптомы, связанные с дыханием или аппетитом, в частности с булимией. В некоторых случаях симптомы могут быть настолько серьезными, что ребенок вынужден прекратить посещение школы и ограничить социальные контакты. К счастью, в последние годы удается довольно успешно лечить эти симптомы галоперидолом или пимозидом.

Аутизм

Важным, хотя и редко встречающимся психотическим заболеванием, является детский аутизм. Термин *аутизм* относится к наблюдаемому при этом заболевании симптому ухода в себя и отчужденности.

Аутизм обычно начинается в первый или второй год жизни ребенка, его распространенность составляет около 5 случаев на 10 000 детей. У мальчиков он встречается чаще, чем у девочек, кроме того, аутизмом чаще страдают дети из более высоких слоев общества. До наступления заболевания дети выглядят нормальными, отличаясь лишь несколько прохладным отношением к ласкам родителей и к взаимоотношениям с другими детьми.

Детская психиатрия

501

Однако с развитием болезни появляется отчетливо выраженное стремление избегать пристальных взглядов, прикосновений и вообще любых контактов с людьми. Ребенок чаще молчит, говорит отрывочно и несвязно. Начинает проявляться ритуальное поведение с навязчивой концентрацией на единообразии, в играх ребенок перестает пользоваться игрушками по прямому их назначению. Любая попытка повлиять на его стремление к единообразию приводит к острым эмоциональным реакциям. Часто наблюдается чрезмерное гримасничанье и позирование, но при всем этом

сохраняются островки нормальности, коэффициент интеллектуального развития (IQ) ребенка не опускается до низкого уровня, не проявляются никакие иные черты недоразвитости, хотя само проведение формального тестирования интеллекта обычно в таких случаях бывает затруднено.

Женщина благополучно родила второго ребенка. На первых порах ребенок вовремя осваивал все необходимые новые для него действия, начал ходить и приобрел какой-то небольшой запас слов.

Однако родители заметили, что в возрасте около трех лет ребенок перестал прогрессировать в изучении новых слов, скорее, его словарный запас уменьшился. Поведение ребенка становилось все более странным, и появилась склонность к стереотипам. Он все реже общался с людьми, в том числе и с родителями, стал отчужденным, часами занимаясь одной и той же игрой: выстраивал игрушки или другие объекты в длинные ряды и даже не пробовал использовать игрушки, например, автомобильчики, по их прямому назначению. Любая попытка изменить такой паттерн поведения или прекратить игру приводила к сильным вспышкам раздражения и сопротивления. Мать заметила, что ребенок перестал отвечать на ее ласку и не любит, когда она на него смотрит.

На протяжении последующих нескольких лет, несмотря на разнообразные усилия терапевтов, поведение ребенка оставалось на прежнем уровне. Когда ребенок превратился в подростка, родители перестали справляться с его поведением, а в их районе тогда не было специализированного отделения, поэтому в конце концов пришлось направить

502

Психиатрия

мальчика в местную клинику для умственно неполноценных. Хотя интеллект ребенка мог быть определен как нормальный, благодаря оставшимся островкам нормальности, теперь любое формализованное тестирование интеллекта неизбежно заставило бы отнести ребенка к категории умственно недоразвитых, поскольку он не справился бы с самой процедурой теста. Находясь в детском отделении этой клиники, ребенок оставался замкнутым и одиноким, не общаясь с другими детьми. Его поведение отличалось манерностью, а иногда и неуместностью, проявлялась тенденция, к неистовым реакциям, если терапевты или медсестры пытались вмешаться в то, чем он занимался, или отправляли его в столовую.

Причина этого заболевания пока остается неясной, хотя, по-видимому, оно не связано с шизофренией взрослых, несмотря на некоторые общие черты. Нет оснований считать причиной какую-либо аномалию у родителей, и прежние идеи относительно вторичного воздействия родителей, которые воспитали именно такого, а не какого-нибудь другого ребенка, сейчас пересматриваются. Возможно, существует какая-то органическая, достаточно тонкая рецептивная дисфазия или утрата способности к пониманию.

Эффективность лечения аутизма невысока, и прогноз неблагоприятен. Фенотиазины и родственные им препараты могут помочь контролировать поведение, однако они не излечивают болезнь. Нужно проводить интенсивную поведенческую терапию, чтобы ребенок мог получить навыки общественного поведения, однако обычно неполноценность остается и в юности, и у взрослого пациента. Пока мало специализированных отделений для лечения таких детей, поэтому многие из них, если родители оказываются неспособными справиться с ребенком самостоятельно, направляются в клиники, специализирующиеся на лечении задержки умственного развития. К сожалению, для таких детей это является не лучшим вариантом, поскольку применяемое в палатах лечение, предназначенное для «обычных» детей с недостаточным умственным развитием, не отвечает потребностям обсуждаемых нами пациентов. Но в каждом отдельном районе не набирается достаточного количества случаев заболевания, чтобы можно

Детская психиатрия

503

было создавать специализированные отделения по месту проживания таких детей.

Гиперкинез

Это синдром, который может развиваться со времени, когда ребенок начинает ходить, и до наступления половой зрелости. Он характеризуется **беспокойной активностью, рассеянностью внимания и разрушительной агрессивностью**. В результате силы родителей полностью истощаются, что усугубляет взаимное отчуждение. Все это мешает ребенку учиться, а кроме того, ребенок, находясь все время в состоянии повышенной активности, зачастую становится несдержанным в поведении, задевает других детей в классе, что в итоге может привести к его исключению из школы. На этой почве могут развиваться вторичные психические или физические недуги. В некоторых случаях у таких детей обнаруживается определенный тип эпилепсии или

аномалии на ЭЭГ. Обсуждаемое расстройство, по-видимому, является еще одним примером последствий незначительных повреждений мозга при рождении или при других обстоятельствах, хотя в некоторых случаях причина имеет чисто эмоциональную, то есть невротическую, природу. При этом заболевании основную проблему составляет чрезмерная активность ребенка, но любое принуждение, конечно же, неэффективно. Здесь уместно применить семейную терапию и лекарства, которые могли бы успокоить ребенка, чтобы он смог получать какую-то пользу от общения с людьми во время обучения. В этом плане и здесь может быть полезен галоперидол, хотя, как это ни парадоксально, более эффективно контролировать симптомы таких детей удастся с помощью препаратов-стимуляторов, таких, как амфетамины или матилфенидат.

Дизлексия

У маленьких детей нередко наблюдается **манерное поведение**, например, привычка грызть ногти или трясти головой, а

504

Психиатрия

Детская психиатрия

505

также такое расстройство, как **заикание**, которым страдает примерно 4 процента детей и которое распространено среди мальчиков намного больше, чем среди девочек. Заикание может быть связано с неполным доминированием коры или с некоторой задержкой развития мозга. Дизлексия — это специфическая **неспособность к чтению**, которая может развиваться в связи с другими особенностями задержки созревания организма; ее чаще всего можно встретить у леворуких и у детей с затрудненной речью, что свидетельствует о возможной связи этой аномалии с поздним развитием теменной доли мозга.

Работникам школ особенно важно распознавать у детей специфические трудности в чтении и письме и принимать соот- ветствующие меры для их излечения. Такие дети часто переворачивают буквы или пишут их зеркальные изображения. У них могут обнаруживаться и другие признаки задержки взросления, например, неуклюжесть. Часто они становятся предметом насмешек своих сверстников, не понимающих причины этой неуклюжести, а учителя ругают их за плохое прилежание и лень. Это добавляет им несчастий, и до тех пор, пока не установлено, что ребенок болен, трудно ожидать со стороны тех, кто его учит и заботится о нем, адекватного понимания и любви.

Позднее развитие некоторых частей мозга, а также небольшие повреждения мозга вследствие травм при рождении, во время беременности или сразу после рождения ребенка присутствуют на самом деле гораздо чаще, чем выявляются. Вирусная инфекция, вызывающая мягкую форму энцефалита, может привести к изменениям личности, однако это не всегда сопровождается недостаточностью развития интеллекта. В этой возрастной группе нередко встречаются такие специфические виды эпилепсии, как малые припадки, психомоторные судороги или судороги того типа, которые бывают при височной эпилепсии. Дефекты слуха или зрения у таких детей не всегда выявляются, что, скорее всего, свидетельствует о недостаточно высоком уровне работы службы здравоохранения во всех странах мира. В результате плохая успеваемость ребенка в школе приписывается недостаточному прилежанию. Как говорит Стэффорд Кларк, на дальнейшее прогрессирование такого расстройства может существенно влиять реакция на него самого ребенка, а также, в не меньшей степени, реакция родителей и учителей в школе.

Ребенка с незначительным повреждением мозга родители и учителя обычно считают лентяем или просто трудным ребенком. В результате он чувствует отчужденность и принуждение, на которые реагирует разочарованием и тревожностью, что лишь усугубляет имеющееся нарушение и снижает способность концентрироваться.

Если не удастся распознать причины, такое безрадостное положение может длиться годами и полностью лишает ребенка или подростка перспектив на будущее. Если бы в сомнительных случаях всегда проводилось обследование ребенка! Здесь очень важно, кроме физического обследования, проводить тщательную проверку неврологических признаков, полезны и тесты на моторную координацию и концентрацию. При эффективном лечении на этой стадии можно внести все необходимые коррективы в дальнейшее развитие ребенка.

I Психозы у детей

•f

Ювенильная шизофрения

Это заболевание, которое проявляется у детей старшего возраста, было описано Колвином и

является в действительности шизофренией взрослого типа, развивающейся по каким-то причинам в юношеском возрасте. Поэтому у нее много общего с симптомами взрослой шизофрении, на которые, однако, накладывается специфика юного возраста и незрелость пациента. Это заболевание следует отличать от аутизма. Преимущественно оно встречается в школьном возрасте и характеризуется падением успеваемости и нарушением поведения, что прежде всего отмечают учителя, приписывая такие проявления потере интереса к учебе или лени. Эти симптомы обычно проявляются у учеников с выраженными шизоидными чертами, которые отличаются замкнутостью, хотя и не являются такими нарушителями общественного спокойствия и антисоциальными личностями, какими могут быть дети с расстройствами личности. Наоборот, часто они бывают достаточно интеллигентными и работоспособными. Отличительным признаком заболевания является то, что ребенок,

506

Психиатрия

Детская психиатрия

507

который прежде хорошо учился, начинает вдруг работать значительно хуже.

Следует помнить, что в подростковом возрасте нередко начинается гебефрения, и старый термин *dementia praecox* возник именно по этой причине. Однако в некоторых редких случаях ювенильная шизофрения может начинаться уже в возрасте 7 или 8 лет, что затрудняет постановку диагноза на ранней стадии заболевания. Лечение должно следовать тем схемам, которые имеются для взрослой шизофрении.

Острые психотические реакции могут возникать после физических заболеваний, особенно после вирусных инфекций, токсический эффект которых может провоцировать состояние спутанности сознания и abortивного делирия, или после мягких форм энцефалитов, не сопровождающихся значительными неврологическими изменениями. Кроме того, у детей нередки реакции истерической конверсии, которые необходимо отличать от психотических заболеваний. Ребенок может жаловаться на боль, неспособность ходить или выполнять другие функции в ответ на стрессовую ситуацию, вызванную его окружением, и эти психосоматические жалобы могут походить на симптомы школьной фобии. Порой эксцентрические реакции вызывают симпатию и внимание со стороны взрослых, и психодинамику таких ситуаций необходимо оценивать надлежащим образом.

При лечении таких случаев следует помнить и о том, что ребенок, как и любой пациент, нуждается во внимании. Эта потребность во внимании может быть связана не столько с физической болью, которую испытывает ребенок, сколько с тем, что он страдает от своей отчужденности. И все же, если проявлять внимание только в те моменты, когда ребенок ведет себя плохо, то мы рискуем закрепить эти конверсионные симптомы. Необходимо понимать, что такие дети испытывают эмоциональный голод, поэтому адекватное внимание должно быть постоянным, чтобы они почувствовали любовь и заботу взрослых и перестали ощущать свою изолированность.

Аффективные психозы

Несмотря на возражения некоторых специалистов по детской психиатрии, можно утверждать, что психотическая депрес-

сия может в некоторых случаях наблюдаться и у детей. К сожалению, она зачастую вовремя не распознается, оставаясь без адекватного лечения. Иногда ее путают со школьной фобией, анорексией, болезнями роста, неустойчивостью настроения, юношеской влюбленностью и еще с чем угодно. Однако практические врачи, которые работают со взрослыми, страдающими явно выраженным депрессивным заболеванием, нередко поражаются тому, как часто у этих пациентов в прошлом, во времена их позднего детства или ранней юности, удается проследить эпизоды, когда они в школе неделями пропускали занятия в связи с какими-либо невротическими симптомами с явно депрессивной окраской и возвращались к учебе только после курса лечения.

У детей нелегко распознать депрессивное заболевание психотического типа, поскольку оно не проявляется изолированно, со всеми классическими особенностями, присущими сложившейся личности индивидуума более старшего возраста. Тем не менее, в таких случаях очень эффективным может быть лечение антидепрессантами, которое к тому же позволяет ребенку не пропускать занятия. Если в каком-то определенном случае действительно подтверждается такой диагноз, то могут быть полезны методы психотерапии. Кроме того, необходимо свести к минимуму опасность суицида у детей и молодых людей.

Девочка 11 лет, в истории семьи которой был случай серьезного аффективного расстройства, во

время одной из зимних эпидемий заболела гриппом. Через неделю или две после болезни, несмотря на то, что физически она уже окрепла и страдала только от остаточного кашля, она стала меньше интересоваться едой, часто плакала и раздражалась без причины, стала плохо спать. У нее развились приступы головокружения, появились жалобы на головную боль. Ее посещали мрачные мысли, она чувствовала себя неспособной вернуться в школу. Девочка похудела, у нее начались приступы плаксивости: она могла плакать с 10 вечера и до часу ночи. Родителям никак не удавалось пробиться сквозь ее отчужденность и помочь ей. Нежелание некоторых посещавших ее врачей начать терапию антидепрессантами привело к опозданию с конст-

Психиатрия

508
тивным лечением. В результате она пропустила семестр о школе, но когда, наконец, ей назначили доксепин, антидепрессант трициклической группы, имеющий минимальные побочные эффекты, она быстро поправилась и в течение трех недель полностью восстановила свое прежнее состояние, стала веселой, у нее появился аппетит. Лечение лекарствами продолжалось еще три месяца, чтобы закрепить результаты, после чего оно было отменено, и рецидивы не наблюдались.

Реакции типа гипомании встречаются у детей еще реже, поэтому неудивительно, что и здесь чрезмерную активность, то есть гиперкинез, потерю способности к концентрации и раздражение, которые можно рассматривать как симптомы гипомании, нередко объясняют воздействием на ребенка неадекватной окружающей среды. При диагностике этого заболевания существенную помощь может оказать тщательное изучение семейной истории, поскольку биполярные аффективные расстройства в большой мере обусловлены генетическим фактором, и присутствие такого заболевания у других членов семьи вполне вероятно. Для детей лечение должно быть аналогичным тому, которое используется для взрослых пациентов.

Юношеские проблемы

Наконец, мы кратко рассмотрим проблемы, связанные с юностью. Обычная практика предусматривает разделение палат для подростков и детских отделений, что связано с различием проблем и возрастными особенностями пациентов. В большинстве районов уже имеются отделения для подростков, но до сих пор ощущается нехватка средств, выделяемых для этой цели. Поэтому некоторых пациентов приходится направлять в палаты психиатрических клиник, предназначенные для взрослых, хотя надо сказать, что это не во всех случаях плохо — все зависит от конкретного заболевания. Действительно, часто трудно лечить всех подростков в одном стационарном отделении, поскольку у них могут быть заболевания различно-

Детская психиатрия

509

го типа. Это могут быть невротики, страдающие школьной фобией, или агрессивные правонарушители, отыгрывающие в такой форме личные проблемы подросткового возраста. Кроме того, встречаются пациенты с такими типично взрослыми заболеваниями, как шизофрения, развившимися у них по какой-то причине. Может быть и некоторое количество больных с низким коэффициентом интеллектуального развития, обучение которых должно отличаться от обучения подростков других групп. Для таких отделений очень важен подбор штата. Требуется достаточно высокое соотношение количества штатных работников и числа пациентов, кроме того, необходимы условия для учебы тех пациентов, которые находятся в больнице несколько недель.

Юность — это критический период для развития многих психиатрических заболеваний, причем диагностирование в этом возрасте является заведомо ненадежным. Об этом свидетельствует множество исследований, обзор которых можно найти в книге «Psychiatric Illness in Adolescence». Поскольку постановка диагноза затруднена, сложно определять и показатели прогноза заболеваний. Личность пациентов еще не развилась полностью, поэтому имеются определенные надежды на ее изменение в будущем. В главе, посвященной расстройствам личности, мы отметили, что в 1970 году в клиники было направлено около 4500 молодых пациентов. Тогда на миллион населения приходилось двадцать шесть больничных коек, и, кроме того, наблюдался резкий рост юношеской преступности. Частота суицида в этой возрастной группе почти удвоилась. Быстро увеличивалось количество наркоманов. В январе 1964 года министр здравоохранения заявил, что только 157 коек для психиатрических больных по всей стране специально предназначаются для молодых пациентов, и находятся они в семи отделениях. Это означает, что тогда приходилось около трех коек на миллион населения, то есть намного меньше, чем требовалось для адекватного удовлетворения потребности.

В передовой статье в «Lancet» за 1967 год сообщалось, что в соответствии с национальной

программой развития детей было обследовано 1700 человек, рожденных на протяжении одной недели в 1953 году, и оказалось, что 10 процентов из них страдало эмоциональной неадекватностью к возрасту 7 лет, а 6

510

Психиатрия

процентов в возрасте от 10 до 11 лет имело какое-либо психическое расстройство. Было установлено, что суицид был пятой из наиболее распространенных причин смерти в юном возрасте, 12 процентов всех попыток суицида приходилось на подростков, а отношение фатального исхода к нефатальному составляло 1 к 50. В Великобритании очень высок процент совершаемых подростками криминальных проступков.

Безусловно, сейчас крайне важно предпринять определенные меры, чтобы попытаться понять эти проблемы и предотвратить их дальнейшее развитие. И здесь, по-видимому, необъятное поле деятельности для детской и юношеской психиатрии в качестве профилактической медицины при наличии необходимых средств и сил. К сожалению, в эту область вкладывается слишком мало денег. Количество выпускаемых специалистов по детской психиатрии намного меньше требуемого, и в результате не находится врачей, чтобы занять высокие должности в этой области, которые зачастую так и остаются вакантными. Психиатры-консультанты по детской психиатрии вынуждены обслуживать большие участки, поэтому в области профилактической медицины они могут лишь коснуться вершины айсберга. Большой объем работы в юношеских отделениях выполняют совершенно неподготовленные медсестры, которые зачастую работают без надлежащего контроля со стороны опытных врачей, в результате чего больные в таких отделениях не могут получить необходимого лечения. Не удастся полностью охватить весь объем проблем. Слишком мало внимания уделяется прогрессу в этой области, поэтому нет мощного стимула к увеличению количества подготовленных врачей и психологов для нее, что негативно отражается на самом обществе.

Очень многое в лечении юных пациентов зависит от взаимоотношений между психотерапевтом и пациентом, благодаря которым подросток может стать более зрелой личностью и развивать доверие. Было установлено, что очень многие пациенты этой возрастной группы испытывают недостаток удовлетворяющих их взаимоотношений с людьми, которым они могли бы доверять. Более того, было обнаружено, что прогноз лучше в тех случаях, когда удастся сформировать отношения эмпатии между пациентом и психотерапевтом. Особенно это важно для пациентов, страдающих расстройством личности.

Детская психиатрия

511

К счастью, в последние годы в Великобритании вкладываются значительные средства в эту область медицины. Но пока еще рано обсуждать, как это скажется на эмоциональных расстройствах пациентов впоследствии, когда они повзрослеют.

Диагностические названия заболеваний в юношеской и детской психиатрии оставляют желать лучшего. Некоторые авторы предлагают описывать заболевания этой группы в специальных диагностических категориях. Примерами могут служить такие термины, как «реактивный психоз», введенный Уорреном и Камероном, или «юношеское смятение» («adolescent turmoil»), предложенный Мастерсоном. Зачастую обнаруживаемые у молодых пациентов синдромы трудно определить, поскольку они являются смесью симптомов, наблюдаемых в более кристаллизованных формах заболеваний взрослых пациентов.

Исследование, проведенное в 1953 году в клинике Св. Эбба, показало, что треть из поставленных для этой возрастной группы диагнозов впоследствии была изменена. В половине случаев при первом собеседовании с пациентом диагноз вообще не был поставлен. В целом установлено, что примерно 7 процентов от общего числа достаточно серьезных юношеских расстройств, требующих стационарного лечения, приходилось на психотические заболевания, 20 процентов составляли неврозы того или иного типа и примерно 48 процентов приходилось на юношеские личностные проблемы.

Данные автора по Ньюкаслу говорят о том, что среди стационарных пациентов на каждого пациента мужского пола приходится по две пациентки, 20 процентов больных страдают психотическими заболеваниями, 42 процента заболеваний относится к разного типа неврозам и 38 процентов связано с расстройствами личности. Вероятно, более высокое количество женщин в больничных палатах по сравнению с мужчинами связано с тем, что расстройства личности у женщин в нашем обществе лечатся в медицинских учреждениях, в то время как большая часть

расстройств личности у молодых мужчин, вследствие более агрессивного характера этих индивидуумов, приходится на работу судов и учреждений для несовершеннолетних преступников. Если это учесть, то распространенность обсуждаемых расстройств среди представителей того и другого пола будет примерно пятьдесят на пятьдесят.

512

Психиатрия

Литература

- Barker, P., *Basic Psychiatry*, Staples, London, 1971.
- Bell, R. W., *Maternal Influences and Early Behaviour*, M.T.P., Lancaster, England, 1980.
- Bowlby, J., *Maternal Care and Mental Health*, WHO, Geneva, 1951.
- Goldfarb, W., *Effects of early institutional care in adolescent personality*, Journal of Experimental Education, 12, 106, 1943.
- Harlow, H. F., *Mother-infant Interactions in Monkeys*, Tavistock, London, 1961.
- Haslam, M. T., *Psychiatric Illness in Adolescence*, Butterworth, London, 1975.
- Howells, J. G., *Principles of Family Psychiatry*, Pitman Medical, London, 1974.
- Rutter, M., *Maternal Deprivation Re-assessed*, Penguin, Harmondsworth, 1972.
- Rutter, M. and Henson, L., *Child Psychiatry Modern Approaches*, Blackwell, London, 1978.
- Shapiro, A. K., *Gills de la Tourette Syndrome*, Raven, New York, 1978.
- Vigersky, R. A., *Anorexia Nervosa*, Raven Press, New York, 1977.
- Wing, L., *Autistic Children, a guide for parents*, Constable, London, 1980.
- Wing, L., *Early Childhood Autism*, Pergaman, Oxford, 1976.

Вопросы

1. Есть ли в вашем районе отделение детской психиатрии? Где оно расположено? Каким количеством больничных коек для стационарных больных обслуживаемого района оно располагает?
2. Есть ли у вас отделение для пациентов юношеского возраста? Какую территорию оно обслуживает?
3. Какая из работ показала важность воздействия депривации в раннем детстве на распространенность расстройств среди людей юношеского возраста?
4. Насколько значительное место занимает суицид в качестве причины смерти несовершеннолетних?

21 Умственная неполноценность (дефективность)

Краткая характеристика

Определение

Умственная неполноценность, известная также как недостаточность умственного развития, умственная дефективность, задержка умственного развития, а также аменция, представляет собой состояние, которое развивается у пациента с рождения, либо до или после него, и связано с недоразвитостью мозга или его повреждением, наступающим еще до того времени, когда мозг становится взрослым, что влечет за собой недостаточность интеллектуальной функции. Это состояние отличается от деменции, которая наступает после некоторого периода нормального функционирования человека.

В Великобритании имеются специальные учреждения, призванные обслуживать эту группу людей.

Правовые аспекты

В Акте о психическом здоровье от 1983 года различаются две категории умственной

неполноценности: тяжелая умственная неполноценность и умственная неполноценность.

Потребности

1. Обучение.
2. Профессиональная подготовка.
3. Лечение.
4. Средства диагностики.

17 Зак. № 453 Хэзлем

514

Психиатрия

Причины

Причины умственной неполноценности многочисленны и разнообразны. Необходимо принимать определенные меры для раннего распознавания тех заболеваний, которые поддаются лечению. Заболевание может быть врожденным, но может быть обусловлено травмой, недостаточностью развития, нарушением работы эндокринной системы или воздействием на человека внешней среды.

Большинство проблем, связанных с умеренной степенью умственной неполноценности, приходится на людей, чей коэффициент интеллекта попадает в нижнюю часть кривой нормального распределения этого коэффициента. Специфические, ясно распознаваемые синдромы встречаются реже и попадают в категорию тяжелой умственной неполноценности. Рассмотрим наиболее важные синдромы.

1. Туберозный склероз головного мозга.
2. Фенилкетонурия.
3. Болезнь Вильсона.
4. Галактосемия.
5. Кретинизм.
6. Болезнь Тея-Сакса.
7. Гаргоилизм (синдром Гунтера-Гурлер).
8. Синдром Клайнфельтера.
9. Синдром Тернера.
10. Гидроцефалия.
11. Монголизм (синдром Дауна).
12. Коревая краснуха (немецкая корь).
13. Токсоплазмоз.
14. Сифилис.

Описание

Недостаточность умственного развития, задержка умственного развития или дефективность умственного развития—это симптомы тех заболеваний, связанных с аменцией, при которых Умственная неполноценность (дефективность)

515

рых интеллектуальная функция пациента понижена по сравнению с ее нормальным уровнем, начиная с самого его рождения либо до или после него. Этим они отличаются от деменции, при которой нарушение функционирования интеллекта вследствие болезни или механического повреждения происходит у человека, имевшего прежде нормальный интеллект.

Область медицины, занимающаяся проблемами умственной неполноценности, имеет свою специфику, поэтому для работы в этой области, как и в детской психиатрии, врачу необходима специальная профессиональная подготовка. Считается, что в процессе подготовки психиатров они получают определенные знания по диагностике и лечению проблем умственной неполноценности, но если врач хочет специализироваться в этой области, он обычно должен во время своей практики поработать некоторое время в клинике для умственно отсталых перед или после экзамена на членство в Королевской коллегии психиатров или экзамена на получение диплома по медицинской психологии.

Клиники для умственно неполноценных обычно функционируют отдельно от психиатрических клиник, что в определенной степени имеет смысл, поскольку потребности пациентов в обоих случаях различаются. Однако сегодня наблюдается тенденция собирать всех пациентов в одной крупной районной больнице общего профиля, в которой есть возможности для лечения любых заболеваний. Но, к сожалению, не учитывается то, что для лечения разных заболеваний к самому комплексу зданий клиники предъявляются разные требования —в отношении пространства для

прогулок пациентов, возможностей для занятий на открытом воздухе, а также в отношении длительности пребывания пациентов в больнице. Кроме того, скажем, для хирургии, акушерства, педиатрии, психиатрии и лечения умственно отсталых пациентов требуются кровати разной конструкции, разные методы ухода за больными, разные территории для прогулок. А такие виды занятий для восстановления сил пациентов, как футбол, к сожалению, редко предусматриваются при проектировании даже самых современных больничных комплексов.

Значительная часть пациентов с недостаточностью умственного развития в настоящее время проводит в клинике долгое время, а многие — и всю жизнь. Стремление создавать для таких

17*

516

Психиатрия

людей места проживания, в которых пациенты не были бы оторваны от общества, конечно, похвально, но с условием, что при этом повышается, а не снижается уровень жизни пациентов по сравнению с их проживанием в клиниках. Идея о выписке пациентов в «общество» хороша лишь в том случае, если при этом они не попадают в изоляцию от любого общества.

Клиника тоже предоставляет пациентам некоторое общество, возможность устанавливать взаимоотношения, заниматься какими-то видами общественной активности, полноценное трехразовое питание, возможность смотреть телевизор, а в некоторых случаях и поплавать в бассейне, но важнее всего то, что пациенты могут там находить себе друзей, общаясь с которыми они могут чувствовать себя как дома. Небольшая гостиница примерно на двадцать пациентов, расположенная в городе, может оказаться по соседству с жителями, которые не разделяют идею такого проживания умственно отсталых, и поэтому станет для последних очень неблагоприятным местом. И с экономической точки зрения сложно обеспечить для небольшой группы пациентов такие же условия, какими располагают крупные клиники. Аналогичные проблемы возникают и в области попечения о престарелых, которых автору приходилось наблюдать после их выписки из клиники и поселения в местах проживания, подчиненных местным властям. Там они, вместо того, чтобы активно проводить день, занимаясь трудотерапией и какой-то социальной активностью, были фактически прикованы к кроватям или сидели по комнатам, уставившись друг на друга.

К сожалению, министерство здравоохранения и социальной защиты поощряет выписку таких пациентов для проживания в условиях общества, что создает препятствия для расширения возможностей клиник в плане заботы о пациентах. Кроме того, в местах проживания, подчиненных местным властям, необходимые пациентам условия создаются не за счет министерства — эта обязанность перекладывается на плечи налогоплательщиков. Таким образом, тех, кому следовало бы оставаться в клиниках, поскольку они не готовы к проживанию в условиях общества или общество не может предоставить им место проживания, иногда лишают возможности улучшить условия своей жизни, то есть возможности находиться на попечении специалистов, которые действительно в состоянии понять их проблемы.

Умственная неполноценность (дефективность)

517

Безусловно, многие из тех пациентов, состояние которых не слишком тяжело, могут проживать в обществе, если им предоставить необходимые условия. Например, они могли бы жить в общежитиях, где имеется квалифицированный персонал, в приютах, оборудованных какими-то мастерскими для трудовой деятельности, или посещать дневной стационар. Для не очень тяжелых пациентов это как раз желательно, поскольку в настоящее время из-за того, что такие пациенты занимают больничные койки, часто бывает невозможно принять пациентов с тяжелыми расстройствами, и они остаются за пределами клиники, что, конечно же, нелогично и экономически неразумно.

Требования к подготовке специалистов

До недавнего времени желающие работать в клиниках для умственно отсталых проходили несколько иную подготовку на получение диплома работника медицинского персонала среднего звена по сравнению с теми, кто имеет намерение работать в общей психиатрии. Психиатрические медсестры получали диплом, который называется RMN (Registered Mental Nurse*), а те, кто поступал на работу в больницы для умственно отсталых, получали особый диплом. Сейчас этот порядок подвергается изменениям.

Однако потребности тех умственно отсталых пациентов, которые вынуждены оставаться в клинике достаточно долго, существенно отличаются от потребностей обычных пациентов психиатрических больниц: они в большей мере нуждаются в домашнем уюте. Им необходимо

осваивать навыки повседневной жизни, а те, кто способен учиться, должны заниматься и учебной. Такие пациенты должны иметь больше возможностей для поддержания своей физической формы, поскольку у многих умственно отсталых имеются еще и физические недостатки.

Пациенты, давно находящиеся в клинике,—это люди взрослые (если не в эмоциональном отношении, то хотя бы по календарному

зарегистрированная психиатрическая медсестра (англ.)

518

Психиатрия

возрасту), но среди вновь поступающих в клиники для умственно отсталых больше всего детей, поскольку, как правило, именно в этом возрасте диагностируются такие проблемы. Причем дети могут быть в возрасте, когда они только начинают ходить, и даже еще меньше. То есть здесь много общего с педиатрией и детской психиатрией, поэтому в лучших клиниках для умственно отсталых и в амбулаторных отделениях, обслуживающих таких пациентов, часто работают и врачи этих специальностей.

Правовые аспекты задержки умственного развития

Правовые аспекты умственной неполноценности тоже отличаются от таковых для психиатрии общего профиля, поэтому они рассматриваются другими парламентскими актами. *Акт о психической неполноценности от 1927 года*, основывающийся на *Акте об умалишенных от 1890 года* и на *Акте об умственной неполноценности от 1913 года*, определял четыре категории недостаточности умственного развития:

1. Идиотия. Это понятие определяет группу людей, неспособных защитить себя от тривиальных опасностей. Они обычно не могут говорить, не могут защитить себя от ожогов, пожара и тому подобных вещей. IQ у них, как правило, ниже 25.

2. Имбецильность. Это более умеренная степень тяжелой умственной неполноценности. Пациент не способен вести независимое существование, но может научиться общаться с другими людьми с помощью речи и способен избегать наиболее распространенных опасностей. IQ таких людей находится между 25 и 50.

3. Дебильность. Люди этой группы могут получать определенную пользу от обучения, но при этом они остаются людьми с недостаточным умственным развитием, и поэтому им необходимы специальные школы. Их IQ обычно находится между 50 и 75.

4. Категория **морально дефективный** применялась к тем пациентам, которые в наши дни определяются как психопаты. Эта категория была введена для описания последствий эпидемии летаргического энцефалита в 1919 году.

Умственная неполноценность (дефективность)

519

Эта классификация несколько изменилась с выходом *Акта о психическом здоровье от 1959 года*: добавились две новые категории. Первая относится к **тяжелой степени недостаточности умственного развития**, что означает состояние остановленного или неполного развития ума, включающего недостаточность развития интеллекта, и имеет такую природу или степень тяжести, что пациент не может прожить самостоятельно и неспособен защитить себя от эксплуатации или, если это ребенок, не сможет этого сделать после повзросления. Вторая категория, а именно **недостаточность умственного развития**, определена как состояние остановленного или неполного развития ума, когда не достигается состояние тяжелой недостаточности умственного развития, но налицо недостаточность развития интеллекта, природа или степень тяжести которой такова, что пациенту необходимо медицинское лечение, или его состояние допускает лечение либо какой-то иной уход или обучение каким-то определенным навыкам. Категория психопатии теперь отнесена к психическим заболеваниям, и мы рассматривали ее в предыдущих главах.

Акт о психическом здоровье от 1983 года тоже внес изменения в эти определения. *Тяжелая степень умственной неполноценности* теперь определена как состояние остановленного или неполного развития ума, включающее тяжелое нарушение интеллекта и социального функционирования с аномально агрессивным или серьезно безответственным поведением со стороны рассматриваемого индивидуума. Соответственно определяется и *индивидуум с тяжелой умственной неполноценностью*. *Умственная неполноценности* означает состояние остановленного или неполного развития ума, не достигающее степени тяжелой умственной неполноценности, но включающее значительное нарушение интеллекта и социального функционирования и связанное с аномально агрессивным или серьезно безответственным поведением со стороны рассматриваемого индивидуума. Соответственно определяется и

индивидуум с умственной неполноценностью. То есть, согласно последнему Акту, это означает, что если содержание пациента в клинике осуществляется на основании *Акта о психическом здоровье*, то у него должен быть не только низкий IQ, но, кроме того, он должен отличаться агрессивным или серьезно безответственным поведе-

520

Психиатрия

нием. В таком виде это определение больше похоже на новое определение психопатии.

Вероятно, группу людей с умственной неполноценностью следовало бы рассматривать как занимающую нижний участок кривой нормального распределения IQ, то есть просто считать, что они находятся на противоположном конце по отношению к гениям, а их состояние определилось случаем. Однако у некоторого количества людей этой категории имеются незначительные повреждения мозга разного происхождения, полученные при рождении, а некоторые в детстве перенесли какое-либо инфекционное заболевание, например, менингит, в результате чего было остановлено развитие их интеллектуальных способностей.

Группу людей с тяжелой умственной неполноценностью в основном составляют пациенты, состояние которых вызвано конкретной причиной. Сюда следует включать такие синдромы, как болезнь Дауна, а также серьезные родовые травмы.

Такая классификация является хотя и грубым, но все же руководством для определения встречающихся случаев и выбора наиболее подходящего лечения. Пациенты, страдающие просто умственной неполноценностью, чаще всего требуют проживания в защищенной среде, то есть дома или в гостинице, но они, как правило, не становятся долговременными пациентами клиник, хотя помещение в стационар для них может быть желательным, например, на период обследования, постановки диагноза или коррекции аномального поведения.

Пациенты с серьезной умственной неполноценностью, как правило, нуждаются в постоянном пребывании в клинике. Именно они и составят основной контингент долговременных больных в отделениях для пациентов с недостаточным умственным развитием. Кроме повреждения мозга, они обычно страдают и другими физическими заболеваниями, например, врожденными сердечными недугами или нарушениями опорно-двигательного аппарата типа мышечной спастичности. Средняя продолжительность их жизни обычно ниже, чем у нормальных людей. Такие пациенты требуют ухода в полном объеме, поскольку зачастую они неспособны даже самостоятельно ходить в туалет. В наиболее тяжелых случаях, когда с самого начала можно поставить диагноз идиотии, пациенты, как правило, неспособны к общению ни с помощью речи, ни каким-либо иным способом. В то же

Умственная неполноценность (дефективность)

521

время, многие из тех, кого относят к более легким пациентам группы имбецильности — например, самые интеллектуально развитые из страдающих болезнью Дауна,— могут жить самостоятельно, если их обучить минимальным навыкам; многие из них могут жить в домашних условиях, если семья согласна за ними ухаживать.

Наиболее важным фактором является ранняя постановка диагноза. В большинстве случаев медицинское лечение пока неэффективно, но превентивные меры в форме генетического консультирования и совета семьям чрезвычайно важны, а иногда раннее выявление недостаточности умственного развития просто жизненно важно, поскольку в отдельных случаях современная медицина способна предотвратить дальнейшее развитие повреждения мозга.

И все же состояние большей части умственно отсталых детей не относится к тем категориям заболеваний, которые можно распознать рано, как, например, в случае болезни Дауна или тех генетических расстройств, которые имеют характерные признаки. Чаще всего обнаруживается, что такие дети имеют недоразвитость мозгового вещества, причину которой пока невозможно установить, и, в отличие от страдающих серьезной умственной недоразвитостью, эти пациенты просто попадают в самый нижний диапазон кривой нормального распределения коэффициента интеллекта.

Исследование хромосом, то есть генетического строения, которое можно провести в раннем возрасте путем взятия мазка клеток из слизистой оболочки рта, имеет очень важное значение. Могут быть полезны отпечатки ладоней, а полное физическое обследование существенно для выявления дефектов слуха, зрения или таких физических отклонений, как врожденные сердечные заболевания.

Хотя не существует возможности точного измерения коэффициента интеллекта у очень маленьких

детей, наиболее вероятное значение IQ можно определить с помощью простого психологического теста или по результатам наблюдения сроков формирования основных функций организма ребенка. Могут быть полезны определенные виды анализов крови — например, для оценки функции щитовидной железы, — а также исследование мочи на аномалии метаболизма, которые могут обнаруживаться при некоторых синдромах умственной недоразвитости.

522

Психиатрия

Этиология

Теперь мы рассмотрим некоторые из возможных случаев недостаточности развития интеллекта и сравним их с отклонениями, находящимися в пределах нормы для общей популяции.

Наследование

Здесь причина связана с действием какого-либо редко встречающегося доминантного или рецессивного гена. Такие заболевания обычно передаются по наследству, хотя в редких случаях такую «неприятность» могут вызвать спорадические мутации. То, что наследуется как доминантная характеристика, в 50 процентах случаев передается детям, если такое повреждение имеется хотя бы у одного из родителей. Такое заболевание никогда не перескакивает через поколение. Детям его может передать лишь тот, кто сам болеет.

В то же время, при рецессивном типе наследования индивидуум, у которого нет признаков заболевания, может быть его носителем. Если один из родителей является носителем поврежденного гена, а другой родитель в этом отношении нормален, то носителями заболевания может оказаться 50 процентов их детей; но если оба родителя имеют поврежденный ген, то 25 процентов детей будет поражено болезнью, а еще 50 процентов из них будет ее носителями. Если индивидуум, у которого имеются выраженные признаки болезни, вступает в брак с обладателем нормальных генов, то все их дети будут носителями заболевания. В том случае, если больной индивидуум вступает в брак с носителем заболевания, то 50 процентов их детей будет поражено болезнью и вторые 50 процентов будут носителями. В том, самом неблагоприятном, случае, когда оба супруга больны, заболеют все их дети.

Вероятность проявления рецессивно наследуемого заболевания выше в том случае, если вступают в брак близкие родственники, например, двоюродные братья и сестры, поскольку клеточная генетическая структура у супругов, скорее всего, будет схожей, — то есть среди единокровных супругов такие проблемы встречаются чаще. Видимо, поэтому некоторые религиозные конфессии разработали специальные системы, запрещающие подобные браки.

523

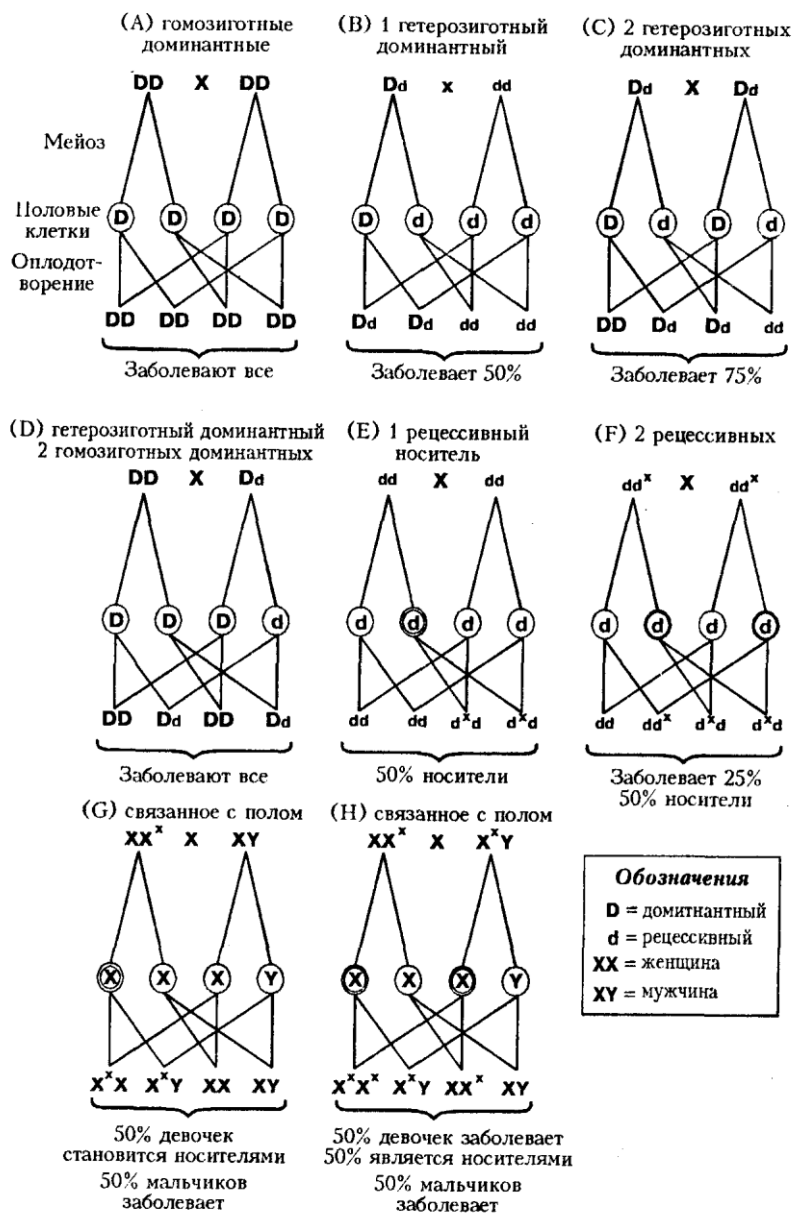


Рис. 10. Паттерны наследования при недостаточности умственного развития

524

В ряде случаев наследование зависит от пола ребенка — скажем, заболевает мальчик, а девочка остается носителем заболевания. Это может быть обусловлено тем, что повреждение несет в себе X-хромосома, и мальчик, обладающий сочетанием хромосом XY, всегда будет подвержен заболеванию.

Рецессивно наследуемые заболевания встречаются редко. Самым распространенным из них является **фенилкетонурия**, встречающаяся примерно в 1 случае на 15 000 новорожденных. Примерами наследования заболеваний доминантного типа являются **туберозный склероз** и **акроцефалия**, вызывающие отставание умственного развития. Примером связанного с полом заболевания является **гарголизм**, или синдром Гунтера-Гурлер.

Перечисленные примеры недостаточности умственного развития обуславливаются наследованием генетического дефекта. Однако в наиболее распространенном случае умственной неполноценности, а именно при болезни Дауна, проявляется генный дефект иного типа. Хромосомный дефект, вызывающий монголизм, или болезнь Дауна, был обнаружен сравнительно недавно, в 1959 году, Леженом, доказавшим, что это заболевание связано с наличием аномальной дополнительной хромосомы, которая неспособна правильным образом делиться, когда материнская яйцеклетка подвергается клеточному делению. Добавление этой лишней хромосомы к нормальному набору вызывает синдром, называемый болезнью Дауна. Эта дополнительная хромосома в гене обычно располагается свободно, однако в некоторых случаях она срачивается с другой хромосомой, и

результат этого сращивания выступает как дефект, проносимый в яйцо структурой материнской клетки.

Первый, и самый распространенный, тип болезни Дауна встречается примерно в 1 случае на 700 рождений, но его частота резко повышается с увеличением возраста матери ребенка. Возраст отца в данном случае не имеет значения. Матери, рожающие в возрасте старше 45 лет, рискуют получить больного болезнью Дауна ребенка в 1 случае из 40. Этот тип болезни Дауна определяется вероятностью и связан с возрастом матери. Второй, реже встречающийся тип болезни Дауна (1 случай на 100) не зависит от возраста матери, поскольку дефектный ген уже присутствует в материнской яйцеклетке. Именно при этом типе болезни Дауна есть вероятность того, что и в дальнейшем в этой же семье могут появиться дети с этим заболеванием. Поэтому

Умственная неполноценность (дефективность)

525

врачу в данном случае принадлежит важная роль в определении типа имеющейся болезни Дауна и в консультировании родителей. Другими синдромами, способными приводить к умственной неполноценности вследствие дефектной хромосомы, являются синдром «кошачьего крика» (синдром Лежена), синдром Тернера и синдром Клайнфельтера. Два последних связаны с аномалиями половых хромосом, когда их либо слишком много (XXY при синдроме Клайнфельтера), либо слишком мало. Причем в таких случаях интеллект пациента может быть нормальным.

Инфекция

Еще одной возможной причиной умственной неполноценности может быть инфицирование плода во время беременности матери. Классическим примером этого может служить немецкая корь: если мать заболевает ею в первые три месяца беременности, это может привести к появлению ребенка с врожденными дефектами. Кроме повреждения мозга, могут развиваться глухота, слепота или деформация конечностей. Однако к таким результатам в редких случаях могут приводить и другие вирусные инфекции. Врожденные аномалии могут быть вызваны некоторыми бактериальными инфекциями, в частности венерическими болезнями — сифилисом и токсоплазмозом.

Отравление

Повреждения плода могут быть вызваны и токсическими веществами при попадании их в организм матери в первые три месяца беременности. Классическим примером является свинец. Отравление плода может произойти вследствие чрезмерного курения матери в начале беременности. Повреждения могут вызывать аномальные процессы распада продуктов жизнедеятельности клетки у детей, имеющих резус-фактор, несовместимый с резус-фактором матери,—то есть когда группа крови ребенка отличается от группы крови матери таким образом, что клетки крови в системе кровообращения ребенка разрушаются, и в этом случае ему необходимо переливание крови. Распад клеток крови может приводить к желтухе, и если концентрация солей желчи, вызывающих появление желтушного цвета, достигает высокого уровня, это может оказать токсическое воздей-

526

Психиатрия

ствие на клетки мозга и привести к умственной неполноценности. Но это сегодня тоже редкое явление, поскольку заболевание распознается во время наблюдения беременных врачами в предродовой период, и обычно удается принять меры, предотвращающие поражение плода.

Травма

Еще одной причиной умственной неполноценности являются родовые травмы. С усовершенствованием акушерской техники такие проблемы должны были бы встречаться все реже, однако затянувшиеся роды или неспособность младенца начать дышать сразу после рождения, повреждения, вызванные неправильным положением плода, а также иные аналогичные проблемы могут иногда приводить к повреждению мозга умеренной тяжести. Недавние исследования Винейблза показали, что вероятность развития некоторых психотических заболеваний шизофренического типа повышается, если при рождении пациента у него произошло незначительное повреждение мозга.

Недоразвитость

Причиной умственной неполноценности может быть недоразвитость структуры черепа, кровеносных сосудов или самой центральной нервной системы, что мешает полноценному развитию коры мозга. Например, **гидроцефалия** — это заболевание, при котором затруднен отток цереброспинальной жидкости вследствие недоразвитости полостей, в которых она должна

собираться при нормальном функционировании, что, в свою очередь, приводит к повышению внутричерепного давления. В результате голова пациента увеличивается, и повышается степень сжатия вещества мозга, что мешает нормальному его развитию и вызывает отмирание мозговых клеток. Если это заболевание обнаруживается достаточно рано, то с помощью хирургических методов удастся исправить врожденный дефект.

Эндокринные аномалии

Недостаточность умственного развития может быть следствием эндокринных аномалий. Наиболее известным примером

Умственная неполноценность (дефективность)

527

является **кретинизм**, который вызывается нарушением функции щитовидной железы у ребенка. Это приводит к хорошо известной картине отставания умственного развития вследствие ювенильной микседемы: ребенок имеет характерное выражение лица, маленький рост, отличается замедленностью движений и тяжелой степенью умственной неполноценности.

К недостаточности умственного развития могут приводить и другие, реже встречающиеся эндокринные аномалии. И здесь для предотвращения развития умственной неполноценности особенно важно раннее диагностирование с целью возмещения гормона щитовидной железы.

Окружающая среда

Наконец, в качестве потенциальных причин развития умственной отсталости следует указать депривацию, обусловленную окружающей средой. Есть основания считать, что тяжелая степень эмоциональной депривации, которую испытывает ребенок, может приводить к замедлению его интеллектуального развития примерно на 20-30 пунктов шкалы IQ. Кроме эмоциональной депривации, важным фактором развития умственной неполноценности может быть сенсорная депривация вследствие изолированности ребенка и отсутствия надлежащей материнской заботы, особенно у детей, от рождения слепых или глухих.

Таким образом, умственная неполноценность может быть следствием действия генетических факторов в результате их наследования от родителей или за счет изменений в хромосомах, она может вызываться травмами внутриутробного плода до его рождения или во время родов, инфекцией или отравлением — тоже до родов или вскоре после них.

Диагностика

Теперь мы кратко обсудим процедуры диагностики детей, помещаемых в клинику с подозрением на недостаточность умственного развития, например, при нарушении нормальных сроков формирования у них основных функций.

528

Психиатрия

Диагностические исследования должны проводиться в двух независимых областях — физической и психологической. Очень многое зависит от точности описания истории болезни, при этом нужно использовать записи о здоровье матери и данные о родословной семьи. Необходимо учитывать даты рождения и умственное состояние родителей, а также братьев и сестер пациента, записи о выкидышах и преждевременных родах у матери и все данные о кровном родстве. Детально исследуется здоровье матери во время беременности, а также все данные о предполагаемом развитии дефекта пациента.

Кроме обычных физических исследований: рентгенографии грудной клетки и анализов крови, необходимо использовать некоторые специальные тесты. Например, следует отмечать состояние роговой оболочки глаз, признаки атрофии оптической системы глаз или присутствие пигментации. С помощью рентгеновского обследования можно на ранних стадиях выявить аномалии черепного свода, наблюдаемые при микроцефалии или гидроцефалии, а ЭЭГ может понадобиться для выявления церебральных аномалий, связанных с эпилепсией. Анализы мочи могут подтвердить диагноз фенилкетонурии, а хроматография может выявить сложные аномалии аминокислот. Решающее значение имеют исследования отпечатков ладоней и анализ хромосом. Для оценки интеллекта разработаны соответствующие психологические тесты. Для измерения интеллекта можно использовать шкалы Стэнфорда-Бине, Меррилл-Паль-мер и другие.

Лечение

Лечение дефективности складывается из профилактических мер, коррекции расстроенного поведения и мышления, а также обучения, призванного развивать имеющийся у пациента потенциал. С помощью лекарственной терапии можно осуществлять контроль отклоняющегося от

нормы или чрезмерно активного поведения, и в случае эффективности такого лечения пациент сможет вести более или менее нормальный образ жизни в обществе. Большую ценность имеют противосудорожные сред-

Умственная неполноценность (дефективность)

529

ства, поскольку многим синдромам умственной отсталости часто сопутствует эпилепсия.

Термин «модификация поведения» используется для обозначения способа лечения, основанного на разнообразных теориях обучения, хотя некоторые из них, например, метод Скиннера, основываются на техниках оперантного обусловливания. Здесь важно вознаграждать или подкреплять овладение пациентами теми навыками в поведении, которые необходимо у них развивать. Вознаграждение может иметь форму внимания, эмоционального одобрения или какого-то приза; оно может быть и материальным— например, пищей или талонами, заменяющими деньги, для пациентов с достаточно высоким коэффициентом интеллекта. Эти методы можно использовать для коррекции поведения, обучения навыкам личной гигиены и для развития речи.

С апреля 1971 года ответственность за обучение умственно неполноценных детей в Англии перешла от здравоохранения к сфере образования. Переведенные в результате этого в другие школы 35 000 детей присоединились к тем 60 000, которые были признаны умственно неполноценными в отношении обучения. Отбор был сделан на основе IQ, а также с учетом потребностей дефективных детей в отношении обучения. Для тех детей, которые обладают низким коэффициентом интеллектуального развития, вместо термина «обучение», наверное, более уместным был бы термин «тренировка», поскольку целью является овладение навыками социальных отношений, что позволило бы им проживать в домашних условиях.

Семьи с умственно неполноценными в отношении образования детьми по большей части принадлежат к низшим слоям общества, в то время как тяжелые случаи умственной неполноценности распределяются по всем слоям общества более или менее равномерно. При этом многие дети страдают от нескольких дефектов.

В случае, если ребенку требуется направление в клинику для умственно неполноценных, очень важно иметь уверенность в том, что родители будут поддерживать с ним контакт, регулярно посещая ребенка и подбадривая его перспективами на выписку. Однако так складывается, что многие пациенты клиник для умственно неполноценных остаются там надолго, поэтому в пределах клиники приходится создавать некую терапевтическую коммуну, чтобы обеспечить максимально возможное развитие

530

Психиатрия

личности пациентов. Обстановка там должна быть всецело ориентирована на детей, расписание спланировано так, чтобы включать обучение и необходимую социальную активность, при этом важно использовать широкий набор стимулов. Одной из важнейших обязанностей врача является консультирование амбулаторных пациентов, чтобы при малейшей возможности ребенок даже с серьезной степенью умственной отсталости мог проживать дома. Если все же необходимо проживание ребенка в клинике, то при направлении его туда следует взвешивать все факторы, в том числе благополучие других детей в семье. Многое при этом зависит от социальных факторов и от тяжести состояния ребенка. Концепция «замены дома» должна дополняться оборудованием внутри клиник особых отделений. Кроме того, необходимо стремиться к тому, чтобы отношения между взрослыми и детьми в клинике приближались к идеальным.

В рамках эксперимента, который проводился в Саутхемпто-не, имеющем 100 000 жителей, было построено два отделения на двадцать пять мест каждое, оборудованных так, чтобы удовлетворять всем запросам проживающих там умственно отсталых детей. Такое же отделение было построено и в Портсмуте. Каждое отделение располагается в центре обслуживаемого им района, чтобы быть как можно ближе к местам проживания семей пациентов. Дети находятся на попечении работников, получивших подготовку по уходу за детьми. Медицинское лечение организовано на самом современном уровне и осуществляется силами местных практикующих врачей общего профиля, которым оказывают помощь работники социальной службы, психологи, специализирующиеся по обучению, и работники местного отдела здравоохранения. Работа в отделении проводится под контролем работающего в местной клинике консультанта по умственной неполноценности.

По мнению автора, пациентов с умственной отсталостью или неполноценностью ожидает та же судьба, что и больных психическими заболеваниями, поскольку продолжают закрываться старые

клиники для умственно отсталых. Большинство обитателей прежних клиник переводится в небольшие общественные гостиницы, причем нет уверенности, что при этом повышается их жизненный уровень, а новых пациентов клиники уже не принимают. Проблема состоит в том, что таких общественных

Умственная неполноценность (дефективность)

531

гостиниц пока не хватает, а в имеющихся помещениях есть сложности с обеспечением достаточно высокого уровня жизни пациентов, поскольку эти гостиницы невелики и разбросаны на большой территории. Дополнительные проблемы возникают в тех случаях, когда у пациентов развиваются острые расстройства поведения или психические заболевания, поскольку маловероятно, чтобы возможности для стационарного и срочного лечения в таких учреждениях были адекватны тем, что имеются в клиниках

Индивидуальные синдромы

В оставшейся части главы мы более детально рассмотрим наиболее распространенные синдромы умственной неполноценности. Мы уже говорили, что в большинстве случаев у пациентов не проявляются какие-либо специфические синдромы, которые можно было бы идентифицировать как определяющие заболевание. Тем не менее, можно выделить синдромы, причина которых известна, а иногда раннее обнаружение таких синдромов позволяет проводить определенное лечение.

Генетические дефекты

Туберозный склероз (эпилоя)

Среди **аутосомных генных дефектов** с доминантным наследованием **туберозный склероз** головного мозга, или эпилоя, встречается наиболее часто. В мозге и других частях организма обнаруживаются похожие на картофелины опухолевые новообразования, которые легко распознать по характерной сыпи на щеках. При этом заболевании степень умственной неполноценности может быть разной, оно встречается примерно в 1 случае на 15 000 новорожденных, и с ним обычно связано половое бесплодие. В некоторых случаях обнаруживается, что произошла новая мутация, то есть отсутствует наследственный фактор.

532

Психиатрия

Это заболевание, как и большинство рассматриваемых синдромов, часто сопровождается эпилепсией.

Шестилетний ребенок был помещен в хирургическое отделение с эпилептическим припадком. Ребенок запаздывал с освоением основных в развитии организма функций, но был способен справляться с распорядком дня в детском саду. Лексикон мальчика был невелик, но ребенок умел довольно успешно реагировать на сигналы опасности. Физическое обследование выявило несколько узелковых опухолей, разбросанных по поверхности тела. Кроме того, у ребенка на щеках и на носу имелось пятно красного цвета в форме бабочки, что позволяло подозревать эпилою. Сканирование мозга выявило в веществе центральной нервной системы две схожие между собой опухоли. Ребенку было назначено поддерживающее лечение антиэпилептическими препаратами.

Доминантное наследование может обусловить такие дефекты, как акроцефалия или некоторые формы карликовости. В некоторых случаях умственная недоразвитость сопровождается **синдромом Марфана**: у пациентов с этим заболеванием тонкие паукообразные пальцы, часто бывают аномалии хрусталика глаза и врожденные пороки сердца.

Фенилкетонурия

Многие биохимические причины умственной недоразвитости наследуются по рецессивному типу. Среди них **фенилкетонурия**, наверное, является наиболее важным случаем, поскольку это одно из тех заболеваний, которые поддаются лечению. Фенилкетонурия была описана Феллингом в 1934 году. В моче пациентов обнаруживаются продукты аномального метаболизма, поэтому такие анализы у младенцев проводятся вскоре после рождения. Распространенность заболевания составляет примерно 1 случай на 15 000, и особенно часто оно встречается в семьях, где супруги являются двоюродными братом и сестрой. К типичным особенностям этого синдрома относятся светлые волосы и голубые глаза, редкие зубы и характерная манера движения рук. Может присутствовать и эпилепсия.

Умственная неполноценность (дефективность)

Девушка была пациенткой местной клиники для умственно отсталых. С некоторых пор ее поведение расстроилось, она стала агрессивной по отношению к соседям по палате. Часто она сидела на стуле, скаля зубы и глядя на окружающих хотя и приветливо, но несколько глуповато. Руки ее беспрестанно двигались, совершая короткие беспорядочные движения. У нее было типичное выражение лица, редкие зубы, но очень красивая фигура и прекрасные волосы. IQ пациентки оценивался на уровне 45. К сожалению, эта девушка родилась еще в то время, когда причина фенилкетонурии не была известна, поэтому она не получала специальную диету, которая могла бы предотвратить развитие слабоумия. Болезнь уже не прогрессировала, но, скорее всего, девушка в течение всей жизни будет нуждаться в поддерживающем лечении и проживании в щадящих условиях клиники.

Причиной этого заболевания является отсутствие фермента, расщепляющего фенилаланин, аминокислоту, поступающую в организм с пищей. Диета, свободная от фенилаланина, может предотвратить отравление тканей вследствие высокого содержания этого вещества, что при отсутствии диеты неизбежно.

Могут обнаруживаться также **синдром Менкеса**, **болезнь Хартнапа** и некоторые другие заболевания.

Болезнь Вильсона (гепатолентикулярная дегенерация)

При болезни Вильсона, или гепатолентикулярной дегенерации, описанной в 1912 году, наблюдается прогрессирующее развитие неврологических симптомов, приводящих к умственной отсталости или, если говорить более точно, к детской деменции. Наблюдается затрудненность глотания, спастичность конечностей и характерные особенности глаз— все это следствие недостатка фермента, в результате чего в мозге, печени и других тканях накапливается избыточная концентрация меди. И это заболевание тоже поддается лечению, если удастся удалить избыточную медь с помощью препаратов, называемых хелатными агентами.

Психиатрия

Галактосемия

При галактосемии, описанной в 1908 году, проблемы возникают вследствие аллергии на присутствующее в пище молоко, в результате чего развиваются симптомы диареи, рвоты, вялости и желтухи. Если заболевание не лечить, оно приводит к отставанию умственного развития, однако справиться с ним можно с помощью не содержащей галактозы диеты. При этом заболевании галактоза, сахар, не расщепляется ферментами в организме ребенка. В этом случае удастся идентифицировать носителей, а диагноз ставится по анализу крови, взятой из пуповины при рождении ребенка.

Кретинизм

Кретинизм важен для изучения истории этих недугов. Заболевание имеет несколько видов, один из которых наследуется по рецессивному типу. Дефекты организма вызваны дефицитом гормона щитовидной железы, что в данном случае обусловлено отсутствием определенного фермента, а именно **дегалогеназы**. Характерными особенностями заболевания являются умственная дефективность, медлительность, карликовость, грубые, сухие кожа и волосы, а также большой, выступающий наружу язык. Это заболевание может быть скорректировано на ранних его стадиях лечением гормоном щитовидной железы.

Болезнь Тея-Сакса (семейная амавротическая идиотия)

Болезнь Тея-Сакса, или **семейная амавротическая идиотия**, описанная в 1881 году, представляет собой расстройство метаболизма жиров, которое может наблюдаться у новорожденных и грудных детей. При заболевании у пациента обнаруживаются аномальные движения и трудности со зрением. Как правило, глазная сетчатка частично дегенерирует, что можно обнаружить с помощью офтальмоскопа. Мозг аккумулирует избыточное количество жировых соединений, которые организм не способен усвоить. Распространенность заболевания составляет примерно 1 на 40 000 рождений.

Умственная неполноценность (дефективность)

Гаргоилизм (синдром Гунтера-Гурлер)

При гаргоилизме, или синдроме Гунтера-Гурлер, наблюдается расстройство соединительной ткани организма вследствие нарушения метаболизма углеводов, что приводит к тем типичным особенностям, которые дали название заболеванию. Лицо больного имеет грубые черты, а форма

череп слегка неправильна. Рост карликовый, и, как правило, присутствует глухота.

Причины, связанные с полом

Как мы уже говорили, некоторые заболевания, при которых наблюдаются связанные с полом генетические аномалии, не приводят к умственной неполноценности.

При синдроме Тернера у пациента отсутствует мужская половая хромосома. Пациент является женщиной, но у нее отсутствует овариальная функция, и рост, как правило, карликовый. Кроме того, шея пациентки типично перепончатая, а иногда проявляются и другие аномалии. Бывают и осложнения, связанные с другими хромосомными аномалиями, когда, например, в клетке имеется набор XXX, то есть три женские хромосомы, или, как при **синдроме Клайнфельтера**, в клетке имеются две X-хромосомы и дополнительная Y-хромосома. В этом случае заболевают лица мужского пола, причем зачастую мальчик нормально развивается до наступления половой зрелости, хотя у него отсутствует тестикулярная ткань, что приводит к бесплодию и частичной импотенции. Это заболевание часто сопровождается психопатическим поведением, а иногда и недостаточностью умственного развития.

Наконец, в этой группе, отличающейся зависящим от пола наследованием, встречается довольно редкое заболевание — гидроцефалия. Блокирование оттока цереброспинальной жидкости вызывает увеличение объема головы вследствие повышения внутричерепного давления, в результате чего, если болезнь не лечить, происходит вырождение ткани мозга. В наши дни возможно оперативное вмешательство, когда для жидкости прокладывается обходной путь.

536

Психиатрия

Аномалии внутриутробного развития плода

Четвертую из рассматриваемых нами групп составляют аномалии внутриутробного развития плода. В эту категорию попадают такие заболевания, как **анэнцефалия и расщелина позвоночника**, и зачастую при этом недоразвитость бывает так велика, что это приводит к сокращению срока жизни пациента.

Невоидная аменция (синдром Стерджа-Вебера)

При этом заболевании у пациента на лице и шее от рождения имеется характерная отметина, поражающая одну сторону тела. Может быть поражен мозг, и во время рентгеновского обследования выявляется его обызвествление. При поражении мозга часто присутствует недостаточность умственного развития, в некоторых случаях сопровождающаяся параличом и эпилепсией.

Монголизм (синдром Латдона Дауна)

Наиболее важным и самым распространенным из всех рассматриваемых нами синдромов является **монголизм, или синдром Дауна**, описанный Лангдоном Дауном в 1886 году.

Вероятно, в скором времени мы сможем проводить отсеивающие исследования каждого внутриутробного плода, что особенно важно для критической возрастной группы матерей, чтобы определять наличие у плода этого заболевания на той стадии, когда еще возможно прерывание беременности. Таким образом, если знать, что это заболевание является достаточно веской причиной для прерывания беременности, распространенность болезни Дауна можно будет значительно снизить.

Многие страдающие болезнью Дауна дети при достижении зрелости оказываются бесплодными. Однако иногда страдающие этим заболеванием женщины все же беременеют, и 50 процентов рожденных ими детей тоже оказывается больными.

Характерные особенности монголизма ярче всего проявляются в формах лица и глаз: азиатское выражение косящих глаз пациентов и дало название этому синдрому. При этом заболева-

Умственная неполноценность (дефективность)

537

нии обычно наблюдается некоторая степень карликовости, а значение IQ, как правило, ниже 50. У пациентов обычно небольшая голова, а веки имеют эпикантическую складку, что производит впечатление косоглазия. Язык, как правило, слишком велик, искривлен и часто вываливается наружу. Уши по форме напоминают уши эльфов. К постоянным симптомам относятся аномалии в отпечатках ладоней, поперечная складка на ладонях, большая щель между первым и вторым пальцами на стопах. Болезнь Дауна часто сопровождается аномалиями внутренних органов, например, врожденными сердечными заболеваниями. Средняя продолжительность жизни страдающих болезнью Дауна ниже, чем в общей популяции.

Ребенок в клинике одной из заокеанских слаборазвитых стран Африки замедленно

передвигался и не мог говорить. К шести годам он не научился контролировать свой мочевой пузырь, однако отличался добродушным и довольно веселым характером, поэтому был, несмотря на все свои проблемы, популярен среди детей. Несмотря на негроидный тип сложения, у него ясно обнаруживалось косоглазие и большой язык, характерный для детей, больных монголизмом. Проведение общего физического обследования позволило выявить и другие характерные особенности этого заболевания. В данном случае было отмечено, что мать мальчика еще сравнительно молода, но это ее третий ребенок. Генетическое исследование позволило подтвердить, что заболевание носило случайный характер, и что оно вряд ли повторится у следующего ребенка. Коэффициент интеллектуального развития мальчика был оценен на уровне примерно 50, поэтому можно было предположить, что он сможет вести приемлемое существование в своей деревне, поддерживаемый заботой своих близких.

Дети, страдающие болезнью Дауна, обычно безмятежны и счастливы, в отличие от чрезмерной активности, нередко обнаруживаемой у умственно отсталых детей. Кроме того, их IQ обычно не слишком низок, что, с учетом их спокойного темперамента, позволяет надеяться на возможность их обучения. Такие дети часто бывают музыкально одаренными, и перспекти-

538

Психиатрия

ва на будущее, хотя и не очень светлая в отношении их способности жить самостоятельно, все же в данном случае такова, что родителям удастся установить с ребенком хорошие отношения, если они помнят о том, что для ребенка очень важно семейное окружение. Причем родителей можно заверить, что само общение с ребенком их за это вознаградит.

Но, конечно, в каждом конкретном случае следует рассматривать в целом воздействие таких детей на семью и на других детей и не исключать, что иногда для ребенка лучше прожить в отделении для недостаточно умственно развитых детей, поскольку им требуется специальное обучение. То есть необходимо соизмерять проблемы, которые может создавать пребывание ребенка дома, и пользу от тех возможностей, которые предоставляет ребенку местное больничное отделение. После того, как поставлен диагноз, необходимо провести на амбулаторной основе подробное обсуждение положения с местным консультантом-психиатром, имеющим опыт работы с умственно неполноценными пациентами.

Как уже отмечалось, причиной болезни Дауна является неправильное развитие генетической структуры клетки, которое может идти тем или иным путем, но конечный результат всегда один и тот же. В наиболее типичном случае у больного имеется дополнительная хромосома 21 (в человеческой клетке имеется 23 пары хромосом). Обычно это бывает результатом сбоя в отделении хромосомы во время деления клетки, и вероятность болезни этого типа увеличивается с возрастом матери. Иногда во время деления хромосомы происходит разрыв вблизи ее центра, в результате чего при воссоединении ее концов происходит образование дефектной пары. Такое может случиться с хромосомами 13 и 15. Больной монголизмом этого типа имеет все 46 хромосом, а у матери имеется 45 хромосом с одинаковой транс локацией. Она в этом случае является носителем заболевания, не будучи больной. При другом типе болезни Дауна имеется транслокация хромосом 21 и 22, что может исходить как с отцовской, так и с материнской стороны. В редких случаях обнаруживается сбой только в некоторых клетках, в то время как другие остаются нормальными,—такое явление носит название **мозаицизма**. При этих редко встречающихся типах заболевания возраст матери не играет роли.

Умственная неполноценность (дефективность)

539

Причины, обусловленные внешней средой

Наконец, в нашем детальном рассмотрении причин недостаточности умственного развития мы должны упомянуть дефекты, обусловленные воздействием внешней среды, например, **предродовыми повреждениями плода**, причины которых могут быть разными. Среди таких причин, наверное, самой распространенной является кратковременный недостаток кислорода для мозга ребенка во время родов —по крайней мере, так было во времена, когда акушерские средства еще не получили должного развития. Часто этому сопутствовали и травмы с физическим повреждением черепа новорожденного.

Было обнаружено **воздействие радиации** на ребенка, поэтому сейчас принято сводить до минимума рентгеновские обследования беременных. Некоторые **химические вещества и лекарства** токсичны для плода, например, никотин, если будущая мать много курит. Многие

отравляющие вещества могут проникать сквозь барьер плаценты и попадать из организма матери в кровь плода.

Дефицит некоторых витаминов во время беременности может вызвать последующую недостаточность умственного развития, и особенно опасным в этом отношении является недостаток витамина А. Отравление плода может происходить при несовместимости по резус-фактору, когда из-за накопления желчного пигмента в клетках мозга развивается билирубиновая энцефалопатия с желтухой, если переливание крови оказывается безуспешным. Плод может получить от матери какую-то инфекцию. В частности, в первые три месяца беременности может быть опасна немецкая корь, или **корева краснуха**, и сегодня это заболевание признается веской причиной для прерывания беременности. Еще одной довольно распространенной причиной возникновения недостаточности умственного развития является **токсоплазмоз**, которым можно заразиться от животных, например, от собак, и инфекция от матери передается плоду. В этом случае происходит инфицирование микроорганизмами, называемыми простейшими, и у выживших детей часто наблюдается эпилепсия.

Наконец, плод может получить **врожденный сифилис** от инфицированной матери. Возможность такого заражения долж-

540

Психиатрия

на исключаться у всех будущих матерей, посещающих женские консультации, проведением соответствующих анализов, которые делаются в рутинном порядке, и все же в некоторых редких случаях это заболевание все еще встречается. Оно имеет значительный интерес в историческом плане. Типичными физическими аномалиями, которые помогают распознать заболевание, являются следующие. Наблюдается кератит; аномалии зрачков, когда они не реагируют на свет сжатием, как у здоровых людей; определенный вид деформации зубов; шишковидные выступы на черепе; рубцы на носу и небной ткани. Эффективное лечение будущей матери во время беременности предотвращает развитие заболевания у ребенка.

Умственная неполноценность всегда была несколько заброшенной областью медицины. Деньги, которые выделялись клиникам для пациентов с недостаточностью умственного развития, всегда были далеко не достаточны, и в результате некоторые из этих клиник, оказавшись переполненными, заслужили плохую репутацию, поэтому их теперь трудно укомплектовывать штатом врачей и медсестер. Все это привело политиков к решению, что умственно неполноценным пациентам было бы лучше проживать в условиях общества. Мы уже обсуждали такую аргументацию и указали на те опасности, которые может вызвать слишком усердная реализация такого проекта. Автору всегда казалось странным, что для пациентов с острыми заболеваниями, которые находятся в клинике каких-нибудь десять дней, кровати специально оборудуются телефонами, радиоприемниками и цветными телевизорами, в то время как пациенты, вынужденные проводить в лечебницах годы, содержатся в условиях, не удовлетворяющих никаким стандартам. То есть общество и министерство здравоохранения, по-видимому, неправильно расставляют приоритеты. Намного больше внимания необходимо уделять больничному обслуживанию населения, развитию отделений амбулаторного приема пациентов и сотрудничеству их с психиатрическими клиниками и с больницами общего профиля. Это поразительно, но во многих местностях до сих пор не налажен амбулаторный прием обсуждаемых нами больных. Количества врачей, которые занимаются умственно неполноценными, явно недостаточно, причем врачи не заинтересованы в такой работе, и в результате эта специальность стала Золушкой

Умственная неполноценность (дефективность)

541

в медицине. Можно только надеяться, что кто-то, обладающий большей способностью к предвидению, сможет проложить в этой области более правильный курс.

Литература

Better Services for the Mentally Handicapped, Cmnd. 4683, HMSO, London, 1971.

O'Gorman, C. O., *Modern Trends in Mental Health and Subnormality*, Butterworth, London, 1978.

Penrose, L. S., *The Biology of Mental Defect*, Sidgwick and Jackson, London, 1977.

Simon, B. G., *Morden Management of Mental Handicap*, M. T.

P. Press, Lancaster, England, 1980.
Tredgold, R. F., and Soddy, K., *Mental Retardation*, Aberdeen University Press, 1970.

Вопросы

1. Где находится ваше местное отделение для пациентов с недостаточным умственным развитием? Сколько в нем мест? Есть ли там возможность амбулаторного приема пациентов?
2. Предоставляет ли служба социального обеспечения в ближайшем к вам крупном городе возможности для ухода за пациентами в условиях их проживания в гостиницах и помещениях, имеющих мастерские для трудотерапии?
3. Каковы основные причины развития умственной отсталости?

Судебная психиатрия

543

22 Судебная психиатрия

Краткая характеристика

Определение

Судебная медицина занимается теми областями, где происходит пересечение психиатрии и закона, то есть психиатрическими аспектами криминального поведения, агрессией и судебной ответственностью за нее.

Специальные клиники

Клиники в Рэмптоне, Бродмуре, Мосс-Сайде, Парк-Лейне и Карстерсе предназначены специально для психически больных преступников.

Важнейшие законодательные акты

Акт о психическом здоровье от 1983 года.

Акт об убийстве от 1957 года

Акт о душевнобольных преступниках от 1800

Уголовно-процессуальный акт (невменяемость) от 1964 года

Акт о преступлениях против личности от 1861 года

Акты об уголовном судопроизводстве от 1948 и 1967 годов

Акт о судах магистратов от 1952 года

Суицид. Акт о суициде от 1961 года

Детоубийство. Акт о детоубийстве от 1938 года

Прерывание беременности. Акт об абортах от 1967 года

Законодательство о наркотиках. Акт о злоупотреблениях

наркотическими медикаментами от 1971 года. Сексуальные преступления. Акт о поправке к уголовному законодательству от 1885 года, Акты о сексуальных преступлениях от 1956 и 1967 годов.

Другие проблемы, связанные с данной темой

Необходимо учитывать синдромы «побитого ребенка» и «побитой жены», магазинное воровство и эпилепсию.

Описание

Заключительной темой нашей книги является судебная психиатрия — одна из четырех специальностей, по которой сдается отдельный экзамен на членство в Королевской коллегии психиатров. Консультанты и стажеры получают должности специалистов по судебной психиатрии в системе службы здравоохранения, а в некоторых случаях производится их назначение в министерство внутренних дел или в пенитенциарную систему. Кроме того, существует еще диплом по медицинской юриспруденции, специальности, которая в основном имеет дело с судебно-правовыми аспектами психиатрии, и этот диплом может выдаваться отдельно через Общество аптекарей в Лондоне соответствующим кандидатам, имеющим необходимый опыт.

Судебная психиатрия занимается теми областями, где пересекаются психиатрия и закон, то есть психиатрическими аспектами криминального поведения, проявлениями агрессии и вопросами ответственности за нее. Для этого психиатрам требуется знание соответствующих законодательных актов по широкому кругу проблем, включая суицид, юридические определения невменяемости, прерывание беременности, законодательство об эпилепсии в отношении права на вождение транспорта, а также все вопросы, связанные с преступлениями людей с психическими расстройствами. Необходимо также изучать случаи правонарушений, связанных с психопатией,

касающиеся преступлений, связанных с наркотиками, сексуальных преступлений, а также таких преступлений, как избиение детей и магазинные кражи.

544

Психиатрия

Судебная психиатрия

545

Кроме того, и убийства часто бывают связаны с психиатрическими проблемами.

Некоторые темы уже затрагивались в соответствующих главах нашей книги, но здесь мы попытаемся скоординировать разные вопросы и несколько подробнее познакомиться с этой специальностью.

Психиатрические отделения, работающие в системе здравоохранения Великобритании, сегодня, как правило, являются открытыми учреждениями — то есть пребывание в психиатрической клинике никак не связано с уголовными проблемами. Время от времени туда могут попадать пациенты, которые вследствие своего заболевания ведут себя непредсказуемым образом или даже буйно, но обычно такие проблемы бывают временными и быстро разрешаются с помощью соответствующих лекарств. Поэтому нежелательно и неуместно ожидать, чтобы местные психиатрические отделения превращались в некое подобие тюрем.

Но, в то же время, среди совершивших какое-то преступление, например, убийство, есть психически больные люди, которых нельзя содержать в тюрьме без надлежащего медицинского лечения. Такое лечение невозможно проводить в условиях обычной тюрьмы, поэтому в Великобритании были учреждены специальные клиники, находящиеся в ведомстве министерства внутренних дел, которые предназначены для решения проблемы именно такого рода. Эти клиники представляют собой учреждения закрытого типа, поскольку помещенные туда психически больные пациенты совершили преступление и должны содержаться под охраной. Здесь находятся пациенты с различными расстройствами: умственно отсталые, психопаты, а также страдающие такими психическими заболеваниями, как шизофрения или маниакально-депрессивный психоз. На территории Англии такие клиники расположены в Парк-Лейне, Рэмпто-не, Бродмуре и Мосс-Сайде. Государственная клиника в Карстерсе обслуживает аналогичных пациентов в Шотландии.

Однако есть пациенты, которых необходимо временно содержать в охраняемом помещении, хотя они не совершили какого-либо преступления, и у суда нет оснований на выдачу ордера на лишение свободы. Вряд ли было бы разумным в таких случаях ждать, пока преступление станет реальностью, чтобы получить законный ордер. Но, в то же время, трудно лишить человека свободы на основании всего лишь предположения, что он может

совершить преступление. Для таких случаев, которые в основном касаются людей с серьезными расстройствами личности, представляющих опасность при их содержании в палатах открытого типа, в некоторых регионах созданы специальные отделения, где предусмотрены определенные меры защиты и где пациенты могут в течение какого-то времени проходить специальное лечение до того момента, когда их можно будет поместить в обычное психиатрическое отделение. Эта программа в настоящее время находится в стадии развития, и ее реализация часто тормозится из-за недостатка средств, в результате чего суды зачастую попадают в сложную ситуацию, давая рекомендацию на лечение такого типа, в то время как нет возможности его осуществить. Эта постоянно присутствующая социальная проблема будет разрешена только после вливания в эту отрасль системы здравоохранения необходимых денежных средств. Особенно серьезно положение с правонарушителями юного возраста, страдающими расстройствами личности. Психиатры, которых в таких случаях просят рекомендовать в суде назначение подсудимому лечения в упомянутых выше условиях, не могут этого сделать из-за его практической недоступности, хотя они понимают, что такое лечение было бы желательным.

Государственные клиники укомплектованы штатом врачей и медсестер, в котором должны быть предусмотрены специалисты по судебной медицине, поскольку, как уже отмечалось, в практике встречаются случаи, для которых может потребоваться специальная экспертиза.

Суды и пресса часто критикуют психиатров за то, что опасные пациенты остаются на свободе, и что лица, подлежащие уголовной ответственности за свои деяния, оправдываются врачами, которые все списывают на депривацию в раннем возрасте. Из настоящей главы станет ясно, что **вопрос об уголовной ответственности имеет отношение к закону, а не к медицине**, и решение об уголовной ответственности или ее отсутствии выносится судьями А от психиатра требуется всего лишь консультация, которую суд может принять во внимание, а может и пренебречь ею, если сочтет ее неподходящей. Нет никаких оснований утверждать, что депривация пациента в

раннем детстве обязательно должна приводить к криминальным проступкам, но имеется достаточно свидетельств того, что зачастую так и бывает. Будет ли это рассматриваться в качестве смягчающего вину обстоятельства, должны решить Зек. № 453 Хэзлем

546

Психиатрия

шать общество и суд, и принимаемые ими решения не должны ставиться в вину профессионалам-медикам.

Аналогичная ситуация возникает при выписке пациентов из спецбольниц. Если пациент, страдающий шизофренией или манией, совершил в результате своей болезни какое-то преступление, возможно, повлекшее за собой смерть другого человека, то он может быть освобожден от ответственности за свои действия и помещен в государственную клинику по постановлению суда, действующего в соответствии с *Актом о психическом здоровье*. Если заболевание пациента достаточно хорошо поддается лечению, то есть в этом смысле пациент является излечимым, то впоследствии возникает вопрос о том, что с ним делать дальше: нужно ли разрешить ему покинуть специальную клинику, в которой он находился из-за совершенного преступления, и перевести его в открытое отделение или все же оставить его в прежней клинике, несмотря на то, что причины, по которой он совершил преступление, уже не существует.

В тех случаях, когда дело определяют к пересмотру, врача, на попечении которого находился пациент, просят составить заключение о психическом здоровье пациента. При этом врач должен дать оценку результатов проведенного лечения и вероятности рецидива болезни. Это заключение передается министру внутренних дел для рассмотрения сначала присяжными заседателями, а потом — самим министром. Таким образом, решение об освобождении любого пациента принимается не медицинскими работниками, хотя их рекомендации, конечно, учитываются.

Если освобожденный таким образом пациент впоследствии совершает новое преступление, что случается достаточно редко, то это, конечно же, попадает в выпуски последних известий, а о тех, кто ведет после выписки вполне удовлетворительный образ жизни, обычно забывают. Это не означает, что не надо принимать жестких мер для защиты населения, если есть малейшее сомнение в его безопасности. За принятие решений в отношении таких пациентов должностные лица несут ответственность, и поэтому следует поощрять клиники в их стремлении иметь высококвалифицированный штат. Единственным способом обеспечить такое положение является создание хороших условий и предоставление достаточно высокого жалования, чтобы привлечь наилучших работников, а это, к сожалению, делается не всегда.

Дополнительная проблема встает в таких случаях и перед той открытой районной или областной клиникой, которая намерена

Судебная психиатрия

547

оказать психиатрическую помощь выписанному из спецклиники психически больному, жителю обслуживаемого ею района. Местные общины и общественные советы по здравоохранению, а особенно пациенты открытой клиники и их родственники, без всякого сомнения, будут протестовать против того, чтобы такой больной находился рядом с ними, даже если работники спецклиники будут уверять, что уже нет никакого риска. Эти пациенты в прошлом были опасно агрессивными или же кого-то убили, поэтому общество чувствует угрозу для себя, и его члены «не хотят, чтобы столь любимые ими больные жили там же, где и они». По этой причине желательно иметь специальные отделения для временного содержания в них выписанных из спецклиник пациентов, которым необходимо продолжение лечения. Это к тому же позволяет уменьшить перенаселенность спецклиник. Однако при этом важно соблюдать разумную пропорцию. В Великобритании в психиатрические клиники ежегодно поступает 200 000 пациентов, в то время как количество поступающих в специальные клиники составляет всего лишь около 200 человек. Так, в Бродмурскую клинику, которая в последнее время подвергалась необоснованной критике, поступает ежегодно в среднем 80 пациентов, в настоящее время в ней содержится всего примерно 600 пациентов мужского пола и 120 женского. И все же это суммарное количество на 200 человек превышает ту численность пациентов, на которую клиника была первоначально рассчитана, а враждебно настроенные средства массовой информации оказали неблагоприятное влияние на возможность найма в клинику новых сотрудников, в результате чего в ней не укомплектован штат медсестер. Кроме того, известно, что примерно 200 пациентов уже не требует тех мер защиты, которые предоставляет клиника, и их можно было перевести в региональные отделения. Эта ситуация сейчас привлекает большое внимание общественности.

Юридическая ответственность

А теперь мы более детально рассмотрим некоторые вопросы, касающиеся судов. Как уже отмечалось, история здесь довольно долгая.

18*

В 1723 году английский суд объявил, что обвиняемый может избежать наказания, если в момент совершения преступления он **«не мог осознавать, что делает, как не осознает этого дикий зверь»**. Другими словами, обвиняемого можно было признать невиновным по причине невменяемости только в том случае, если он полностью утратил рассудок. Однако, таким состояние дела бывает очень редко, и поэтому такая формулировка имеет лишь отдаленное отношение к тому, с чем чаще всего встречаются суды. Покушение на жизнь Георга III, совершенное психотическим субъектом, привело к появлению в 1800 году *Акта о душевнобольных преступниках*. В 1843 году Даниэль Мак-Нотон пытался преднамеренно убить Эдварда Драмонта, личного секретаря сэра Роберта Пила. Мак-Нотон был параноидным шизофреником, и, исходя из этого случая, Палата Лордов предложила пятнадцати судьям Англии пять вопросов, касающихся закона о невменяемости. В результате было сформулировано положение, на которое впоследствии ссылались как на **два Мак-Нотонских правила**.

Для освобождения от ответственности на основании невменяемости необходимо было неопровержимо доказать, что в момент совершения преступления обвиняемый находился в состоянии **такого помрачения рассудка вследствие душевной болезни, что не сознавал природы и качества своего поступка или не знал, что его действия преступны**.

Эти правила в последующие 100 лет оказывали широкое влияние на судебные разбирательства, касавшиеся психически больных лиц, совершивших тяжкие уголовные преступления, но, с другой стороны, та степень тяжести заболевания, которая требовалась для такого строгого юридического определения невменяемости, (действительно, скорее, юридической концепции, чем медицинской), сделала многие судебные разбирательства дел по убийствам фарсом с точки зрения медицины. Юридические аргументы превращались в мелочный педантизм, причем им придавалось важное значение еще до вступления в силу основного обвинения.

До выхода в 1957 году *Акта об убийстве* не разрешалось использовать довод об **ограниченной ответственности**. На основании этого Акта, преступление, совершенное в момент, когда твердость рассудка субъекта была ослаблена душевным расстройством, могло получить смягченное определение непреднамеренного убийства. Эта защита по сути заменила ссылку на невменяемость, и приговор, оставленный на усмотрение суда, мог

Судебная психиатрия.

предусматривать условное освобождение, заключение в тюрьму, или помещение в клинику на основании соответствующих разделов *Акта о психическом здоровье*.

Формулировка об ограниченной ответственности представляется более логичной, чем предшествовавшая ей ссылка на невменяемость, и, кроме того, она согласуется с современными медицинскими представлениями. Она использовалась в случаях, когда обвиняемый страдал от психопатического расстройства личности. Но использование такой формулировки часто вызывало упреки психиатрам со стороны наиболее ярых обвинителей, которые считали, что преступники избегают наказания на основании не слишком убедительных доводов. Однако принудительное содержание в Бродмурской клинике в течение неограниченного срока большинство людей вряд ли сочтет освобождением от наказания; к тому же реально заключение может оказаться в этом случае более продолжительным, чем то, которое преступник получил бы без вмешательства медицины. *Уголовно-процессуальный акт (невменяемость) от 1964 года* изменил формулировку приговора «виновен, но невменяем», которая была введена на основании *Акта о судах над сумасшедшими от 1883 года*, на «невиновен по причине невменяемости» — другими словами, заменил формой оправдательного приговора. Это позволило, помимо прочего, прибегать к апелляции и добиваться того, чтобы пациента направили в спецклинику на основании 97 Раздела Акта.

Убийство и непреднамеренное убийство

Представляет интерес такое определение убийства: «...человек в здравой памяти и трезвом рассудке противозаконно и предумышленно, с преступным намерением убивает какое-либо живое разумное существо, находящееся под покровительством Королевы, что приводит к смерти (или становится ее причиной) в течение одного года и одного дня». Это общая формулировка. Существенным элементом определения убийства является «преступное намерение». Тогда необходимо удостовериться в том, каково было намерение обвиняемого. Он должен был намереваться либо убить, либо причинить тяжелое телесное повреждение.

Психиатрия

То есть само действие обвиняемого нельзя считать единственным фактором. Требуется еще и намерение убить.

Определение непреднамеренного убийства подпадает под Раздел 7 *Акта о преступлениях против личности от 1861 года*. В общем законе оно определено как противозаконное убийство человека при обстоятельствах, которые были не настолько тяжелы, чтобы привести к убийству, и это не относится к детоубийству и убийству жизнеспособного, но еще не отделившегося от матери ребенка. Выделены два типа преступлений: сознательное и вынужденное. *Акт о детоубийстве от 1938 года*, который касается убийства ребенка в возрасте до одного года его матерью, страдающей психическим заболеванием, позволяет рассматривать такое преступление как непреднамеренное убийство.

В соответствии с *Актом об уголовном судопроизводстве от 1967 года* становится достаточным вердикт, одобренный большинством состава присяжных. Отметим также Раздел 8, где сказано, что суд должен субъективно оценивать замысел пациента (то есть наличие преступного намерения), а не просто рассматривать объективную сторону дела, а в Разделе 39 дается разрешение на отсрочку наказания. И все это очень важно для составления психиатрического заключения и возможности освобождения попавшего в неблагоприятные обстоятельства пациента.

Суицид

А теперь перейдем от тяжелого обвинения в убийстве к вопросам, связанным с самоубийством.

До 1961 года самоубийство и попытка самоубийства считались в Великобритании уголовным преступлением. Разные страны, различающиеся своим общественным устройством, относятся к проблеме суицида по-разному. Это, в основном, определяется позицией религии и действующим в стране этическим законом. Христианская церковь, в частности римско-католическая, считает покушение на собственную жизнь смертным грехом.

Однако уже за много лет до 1961 года было признано, что большинство самоубийств и попыток самоубийства совершается — и это неудивительно — в контексте психических заболеваний.

Судебная психиатрия

551

И в первую очередь это относится к психотическим депрессивным заболеваниям, при которых психическое состояние пациентов таково, что ставится под вопрос их ответственность за свои поступки в том смысле, как это понимается в гражданском законодательстве, поэтому было бы нелепо осуждать таких людей в суде за попытку суицида. Поэтому до 1961 года большинство связанных с самоубийством дел направлялось клиникам, и с теми, что оставались в суде, поступали аналогичным образом.

Позиции религии и закона чрезвычайно затрудняли получение точных статистических данных о распространенности суицида и попыток суицида, в результате в некоторых странах эти цифры оказывались искусственно заниженными вследствие стремления судов и родственников потерпевших при любой возможности избегать формулировки суицида, если в обществе в отношении него действуют социальные и моральные запреты. Таким образом, сравнение данных о самоубийствах в разных странах стало в определенной мере делом бессмысленным.

В соответствии с *Актом о суициде от 1961 года*, суицид и попытка суицида не считаются уголовным преступлением. Однако уголовным преступлением продолжает оставаться участие в сговоре на предмет суицида, и руководитель такого сговора между двумя или более участниками может быть осужден. Преступлением является помощь в суициде или подстрекательство к нему, причем это в полной мере относится к родственникам, врачам или медсестрам, которые, например, дают человеку смертельную дозу таблеток, зная, что он склонен к суициду или имеет намерение его совершить. Такое же, и даже более тяжелое обвинение в убийстве, может быть предъявлено любому участнику акта эвтаназии.

Прерывание беременности, убийство жизнеспособного, но не отделившегося от тела матери ребенка и детоубийство ^ ^ ^ ^

Убийство жизнеспособного, но не отделившегося от тела матери ребенка (child destruction) отличается от аборта и от детоубийства. Это преступление, которое совершается до того, как ребенок полностью рожден, — то есть до начала независимого

552

Психиатрия

существования ребенка нельзя применять никаких инструментов или лекарств. Ребенок должен быть способен родиться живым после 28-недельной беременности матери. Любое преднамеренное

действие, результатом которого является смерть ребенка до начала его независимого существования, в Великобритании может подпадать под это обвинение.

Со времени выхода *Акта о детоубийстве от 1938 года* признается, что женщина, страдающая послеродовым психозом — психотическим заболеванием, начинающимся сразу после родов или через несколько недель после рождения ребенка, — может вести себя так, что ее поведение становится ненормальным в смысле понижения ее ответственности за свои поступки. Такое бывает, в частности, при развивающихся после родов острых депрессивных заболеваниях и шизофрении. Если мать убила ребенка в первый год его жизни, и установлено, что она страдает послеродовым психозом, такой случай рассматривается как непреднамеренное убийство. Это положение Акта не может быть применено, если ребенку уже исполнился год, если произошло убийство другого человека или любого другого ребенка той же женщины, но не новорожденного. В последнем случае женщину будут судить за убийство, но, конечно, тот факт, что она страдает психотическим заболеванием, будет учитываться в качестве смягчающего обстоятельства.

До выхода в свет *Акта об абортах от 1967 года* прерывание беременности во всех случаях считалось противозаконным действием, согласно *Акту о преступлениях против личности от 1861 года* и в соответствии с общим законодательством. Фактически и до этого в своде законов содержались некоторые прецеденты, когда врачи освобождались от наказания, если беременность прерывалась по веским медицинским причинам. Судебный процесс *Борн против Рекса* 1939 года уже не используется в качестве прецедента, однако, он представляет исторический интерес, поскольку это был случай, когда гинеколог публично бросил вызов закону, сделав аборт девушке, забеременевшей в результате изнасилования до наступления половой зрелости. Гинеколог был оправдан, что само по себе представляло большой интерес, поскольку в том случае не было никаких веских медицинских причин для прерывания беременности, которые требуются и сегодня в соответствии с *Актом 1967 года*.

Судебная психиатрия

553

Акт от 1967 года имеет только разрешительный характер. Он вошел в силу в апреле 1968 года и применяется в Англии, Шотландии и Уэльсе. Аборт как таковой остается уголовным преступлением в соответствии с *Разделами 58 и 59 Акта о преступлениях против личности от 1861 года*. *Акт об абортах* может лишь предоставлять возможность делать некоторые исключения в применении этих разделов.

В соответствии с *Актом 1967 года*, чтобы можно было применить *Раздел 2 Акта*, два практикующих врача должны дать заключение о необходимости прерывания беременности. При этом применяются одна или более из следующих категорий:

1. Продолжение беременности представляет гораздо большую опасность для жизни беременной женщины, чем в том случае, если беременность будет прервана.
2. Риск нанесения вреда физическому или психическому здоровью беременной женщины при сохранении беременности больше, чем в случае прерывания беременности.
3. Есть риск нанесения вреда физическому или психическому здоровью любого из уже имеющихся детей, принадлежащих семье беременной женщины, и этот риск больше, чем в случае прерывания беременности.
4. Есть существенный риск того, что если ребенок родится, то он будет страдать физическими или психическими аномалиями, представляющими собой серьезные дефекты.

Формулировка Акта оставляет широкую возможность для толкования. Третий пункт является несколько дискуссионным, и так называемые социальные причины для прерывания беременности, по мнению многих врачей, могут быть не совсем этичными.

Кроме социальных причин, по которым женщина может захотеть прервать беременность — таких, как отсутствие мужа, слишком большая семья и невозможность прокормить еще одного ребенка, — каковы могут быть медицинские показания для аборта? Серьезные заболевания сердца или легких, как, например, открытый туберкулез легких, наверное, должны рассматриваться как такие показания, однако на практике общезначимые медицинские показания к прерыванию беременности встречаются довольно редко. Основания, по которым обычно прибегают к аборту, относятся к сфере психиатрии, хотя чаще это бывают

554

Психиатрия

Судебная психиатрия

555

псевдопсихиатрические основания, когда реальными причинами все же являются причины социальные. Имеются ли строго психиатрические показания к прерыванию беременности?

Некоторые авторы, например, Майр Сим, склонны считать, что таковых фактически не существует, однако другие приводят достаточно широкий набор таких показаний. Часто в качестве причины для прерывания беременности указывается депрессивное состояние. Однако в реальности женщина, угрожающая самоубийством, когда ей мешают сделать аборт, обычно лишь разыгрывает роль. В любом случае, депрессия в наши дни лечится достаточно просто, и в большинстве случаев излечима полностью, так что, строго говоря, если следовать формулировке Акта, депрессия не является веской причиной в данном случае. Тем не менее, на практике эта причина считается приемлемой, и важность ее никогда не отрицали. Беременной женщине, имеющей какие-то сложные обстоятельства, для доказательства своей правоты часто бывает достаточно принять некоторое количество транквилизаторов, после чего ей обычно назначают аборт.

Более веской причиной является диагноз шизофрении, когда признается, что продолжение беременности в некоторых случаях может вызвать рецидив болезни. Поскольку это заболевание приводит к устойчивым изменениям личности, то нужно признать, что наличие шизофрении в истории болезни пациентки является достаточно веской причиной для аборта, если пациентка желает его проведения.

Более сложный случай представляют тяжелые расстройства личности, но, по мнению автора, такие заболевания являются гораздо более веским основанием для аборта, поскольку здесь часто бывает совершенно ясно, что женщина неспособна адекватно ухаживать за ребенком и воспитывать его. Это, конечно же, относится и к тяжелым, устойчивым психотическим заболеваниям. Однако следует заметить, что в данном случае речь идет, скорее, о принудительном аборте, чем о желании женщины прервать беременность, поскольку пациентки обычно не осознают, что вероятность воспитать нормального ребенка у них невелика.

Психиатры, специализирующиеся в области недостаточности умственного развития, тоже встречаются с проблемами прерывания беременности, в частности, когда есть опасность того, что ребенок может родиться умственно неполноценным — например, если имеется угроза болезни Дауна, — или же когда беременная женщина сама является умственно неполноценной и поэтому вряд ли сможет воспитывать своего ребенка. Некоторые врачи считают, что для предотвращения рождения умственно неполноценных детей в подобных случаях должна применяться стерилизация, и эта проблема недавно была предметом широкой дискуссии и рассматривалась с этической стороны, поскольку некоторые заявляли, что такие операции должны производиться у девушек до достижения ими возраста половой зрелости. Говорилось также о необходимости изменения существующего законодательства в сторону его ужесточения для сокращения количества производимых в наши дни абортов, в то время как другие считают, что законодательство должно, наоборот, облегчать возможность прерывания беременности. Нет сомнения, что отношение человека к подобным вопросам определяется его нравственными представлениями. По мнению автора, проблема достаточно проста: либо прерывание беременности является убийством, и если вы так считаете, то этого вообще нельзя делать, либо оно не является убийством, и тогда разумно считать, что решение вопроса следует оставлять самой женщине, что реально означало бы разрешение абортов.

Если принимается вторая позиция, то тогда не должно быть никаких ограничений на работу и усовершенствование производящих аборты клиник и на приглашение ими пациенток для такой операции, производимой по их желанию платно. То есть эти клиники должны работать так, как работают, например, клиники, исправляющие носовые перегородки, увеличивающие женщинам грудь, или, скажем, клиники, делающие операции на сердце богатым клиентам. Имеется широкая возможность для обсуждения этого вопроса в этическом плане всеми, кто имеет право голоса, и не следует привлекать психиатров для того, чтобы они давали оценку операции, спрос на которую у населения существует, в основном, совсем не по психиатрическим причинам.

Преступники с психическими расстройствами

А теперь посмотрим, что говорит закон о преступлениях, совершаемых людьми с психическими расстройствами, помимо

1

556

Психиатрия

Судебная психиатрия

557

уже обсуждавшихся нами таких тяжких уголовных преступлений, как убийство.

В соответствии с Разделом 4 *Акта об уголовном судопроизводстве от 1948 года*, основанием для отсрочки наказания на срок не более 12 месяцев может быть необходимость лечения обвиняемого в психиатрической клинике по рекомендации имеющего хорошую репутацию врача. Такая рекомендация может оформляться письменно или высказываться в устной форме врачом, имеющим на это полномочия в соответствии с Разделом 28, и суд должен получить свидетельства того, что необходимые меры для ее реализации приняты. Такая возможность полезна в тех случаях, когда для здоровья пациента в долговременной перспективе желательно медицинское наблюдение, но, в силу природы его заболевания, маловероятно, чтобы оно проводилось регулярно по желанию самого пациента. Это означает также, что если это основание для отсрочки перестает существовать, то суд, в случае необходимости, вправе продолжить рассмотрение дела и может дать альтернативные рекомендации.

Равным образом, магистрат, в соответствии с Разделами 14 и 105 *Акта о судах магистратов от 1952 года*, может до продолжения слушания дела отослать пациента в клинику для составления медицинского заключения в качестве альтернативы опеки или освобождения под поручительство.

Суды используют и некоторые разделы из *Акта о психическом здоровье от 1983 года*. В Части Третьей Акта говорится о «пациентах, замешанных в уголовных преступлениях или осужденных по приговору». В соответствии с Разделом 37, суды магистратов или более высокие судебные инстанции могут выдавать распоряжения на препровождение обвиняемого в клинику или на учреждение над ним опеки в случае, когда преступление таково, что наказание за него должно включать помещение в тюрьму. Это делается на основании заключений двух врачей, один из которых должен быть признанным авторитетом, имеющим специальный опыт в диагностировании и лечении психических расстройств. Срок лечения определяется возможностями клиники и методом лечения. Условия реализации этого раздела во многом совпадают с таковыми для обсуждавшегося ранее Раздела 3, за исключением того, что ближайшие родственники в данном случае не имеют права забирать пациента из клиники.

На основании Раздела 41 Коронный Суд может издавать распоряжение на помещение пациента в клинику на определен-ный период или без определения срока с ограничениями на выписку. И в этом случае должно предоставляться медицинское заключение, но при этих обстоятельствах выписка, отлучка или перемещение из клиники могут производиться только по согласованию с министром внутренних дел, при этом не допускается апеллирование в *Трибунал по пересмотру состояния психического здоровья*. Этот раздел для психиатрических клиник открытого типа является достаточно неприятным, поскольку ограничение на выписку или на отлучку пациентов из клиники делает почти невозможным создание в клинике терапевтической коммуны. Поэтому большинство клиник предпочитает избегать таких случаев, считая, что этим должны заниматься специальные клиники. Однако бывает так, что совершенное пациентом преступление не настолько тяжело, чтобы отправлять его в спецклинику, и в этом случае отсутствие на территории региона отделений с определенными мерами защиты становится препятствием для лечения подобных больных.

Раздел 47 *Акта о психическом здоровье* разрешает переводить приговоренного к тюремному заключению больного в психиатрическую клинику для принудительного содержания до окончания срока приговора, а Раздел 36 предусматривает немедленный перевод в клинику заключенного, ожидающего судебного разбирательства, если возникает срочная необходимость в его лечении. Раздел 22 *Акта о тюрьмах от 1952 года* позволяет министру внутренних дел временно освобождать заключенного и направлять его на психиатрическое лечение.

В соответствии с Разделом 136 *Акта о психическом здоровье* констебль полиции может препроводить человека, страдающего психическим расстройством, из общественного места в охраняемое помещение, которое может временно заменить в данном случае психиатрическую клинику, и там больной может удерживаться в течение 72 часов для проведения необходимого наблюдения за ним и оказания медицинской помощи. Клиника вправе забрать такого пациента до истечения 72 часов, если сочтет это необходимым.

Несмотря на критику с разных сторон, необходимо признать, что эти законы были сформулированы как для защиты

общества, так и для защиты больных, совершивших уголовные преступления вследствие своей болезни. Поэтому их нужно рассматривать не как средство для вынесения приговора осужденным, а, скорее, как средство, гарантирующее таким индивидуумам необходимое обследование и лечение.

ствии с категорией наркотика. Судебная психиатрия имеет дело с психиатрическими проблемами нарушителей законодательства о наркотиках, связанными как с последствиями приема этих препаратов, так и с личностными изменениями, часто наблюдаемыми у наркоманов — что, конечно, и является главной причиной потребления ими наркотиков.

Законодательство о наркотиках

В главе 15 мы уже рассматривали проблемы, связанные с наркотической зависимостью. Законодательство о наркотиках было модернизировано, в основном, в последние десять лет. *Акт о злоупотреблениях наркотическими препаратами от 1971 года* заменил собой *Акт о наркотиках (предупреждение злоупотреблений) от 1964 года*, а также *Акты об опасных препаратах от 1965 и 1967 годов*. Акт от 1964 года имел отношение к амфетаминам и галлюциногенам, а Акт от 1965 года — к сильнодействующим наркотикам. Акт от 1967 года был достаточно спорным, поскольку он имел характер «запрещения и обнаружения» и давал полиции широкие полномочия, а министру внутренних дел — право издавать инструкции в отношении безопасного хранения наркотических препаратов. Некоторые разделы Акта были взаимоисключающими или негибкими, и поэтому, в соответствии с Актом от 1971 года, был учрежден наблюдательный совет, призванный постоянно пересматривать ситуацию с наркотическими препаратами.

Контролируемые препараты разделены на три категории. К категории А относятся так называемые тяжелые, то есть сильнодействующие, наркотики, такие, как производные опиума, пети-дин, морфий и кокаин, а также ЛСД и другие галлюциногены. Категория В включает амфетамины, гашиш и производные кодеина. Категорию С составляют метаквалон, фентермин и несколько других препаратов. Курьезно то, что не включены барбитураты, хотя большинство врачей признает, что они развивают более сильную лекарственную зависимость, чем некоторые из перечисленных выше препаратов.

Согласно Акту, наказания за хранение, распространение и производство наркотиков различаются и варьируются в соответ-

Сексуальные преступления

Некоторые медико-правовые аспекты сексуальных правонарушений мы тоже кратко уже обсуждали в главе 19. Но судебная медицина чаще встречается с несколько иной группой людей, имеющих психосексуальные проблемы, поскольку здесь речь идет о сексуальных преступлениях. Так, судебный психиатр должен иметь дело с психиатрическими аспектами изнасилования, инцеста, преступлений, связанных с проституцией, и с еще более необычными отклонениями поведения. Однако следует помнить, что множество не слишком тяжких преступлений совершается в связи с вуайеризмом, что подпадает под *Акт о подглядывающем Томе*, или в связи с демонстрированием неприличных частей тела.

Как мы уже говорили, законодательство по многим сексуальным преступлениям, в частности и по тем, которые считаются достаточно серьезными, предусматривает наказания, которые плохо согласуются со стандартами реальности сегодняшнего дня. В самом деле, многие из таких преступлений рассматриваются более серьезно, чем преступления, связанные с агрессией, направленной против личности, или чем случаи вандализма, которые в целом являются более важной социальной проблемой, чем те редко встречающиеся эксцентричные занятия, которым предаются, как правило, одинокие люди, никому не причиняющие вреда — даже себе! Но приходится помнить, что мы живем в довольно странном обществе, где показ по телевизору того, как люди убивают друг друга, считается приемлемым, в то время как откровенное проявление чувств двумя любящими людьми вызывает негодование у некоторой части общества. Стоит задуматься о том, что вреднее для детей: наблюдать, как люди любят друг

560

друга, или как они друг друга убивают, приходит в голову.

Синдром «побитого ребенка»

Психиатрия но это никому не

Психиатр может встретиться с синдромом «побитого ребенка» в связи с составлением заключения о необходимости лечения родителей. Иногда родители заявляют, что синяки дети получили сами, естественным путем, и отрицают обвинение в свой адрес. В этом случае правду можно было бы

устанавливать, при наличии согласия обвиняемого, с помощью тиопентона или методов, предусматривающих использование так называемых «препаратов истины». Но полученные таким способом показания поставили бы врача в затруднительное положение, поскольку он счел бы неэтичным пересказывать пациенту то, что он услышал, без его согласия. Равным образом, и суды не принимают свидетельств, полученных путем использования лекарств.

Синдром «побитой жены»

Все чаще на страницы новостей в последнее время попадает описание синдрома «побитой жены». Его проявление обычно бывает следствием брака женщины с незрелым мужчиной, плохо контролирующим свои агрессивные инстинкты, что может отягощаться алкоголем. В таких ситуациях у женщин возникают сложные проблемы, особенно если они должны воспитывать детей.

Насилие над детьми

В 1988 и 1989 годах проблемы связанных с детьми злоупотреблений и, в частности, проблемы сексуального насилия над

Судебная психиатрия

561

детьми стали предметом широкого обсуждения в средствах массовой информации. Поводом для дискуссии стала, главным образом, чрезмерно преувеличенная информация некоторых врачей и работников социальной сферы о распространенности таких случаев в некоторых частях Соединенного Королевства. В целом эта история стала известна как Кливлендский Опыт, по материалам которого, в соответствии с запросом, был составлен отчет Батлера-Шлосса.

Проблема насилия над детьми и, в частности, сексуального насилия является предметом, вызывающим довольно много эмоций. В каждой такой ситуации возникает проблема: с одной стороны, ребенку трудно оставаться с родителями, с другой же стороны, отделение ребенка от родителей и нарушение связи между ними всегда опасно, хотя несовершенство этой связи может разрушать личность ребенка в еще большей мере, чем само насилие.

Еще одна проблема связана с разрушительным воздействием на ребенка необходимости являться в суд и осознавать, что его признание может стать причиной заключения в тюрьму отца или иного близкого родственника. Это приводит к развитию у ребенка такого чувства вины и эмоционального расстройства, которое причиняет ему в дальнейшем еще больший вред, чем само сексуальное насилие. Как же в этом случае найти правильное решение?

Отлучение ребенка от родителей всегда должно рассматриваться как чрезвычайная мера, и в отчете Лиги Наций еще в 1938 году записано: «Как аксиому следует рассматривать принцип опеки над детьми, который утверждает, что ни один ребенок не может быть удален из-под опеки правомочного во всех остальных отношениях родителя, если предоставление материальной помощи может сделать такое удаление необязательным».

Со времен запроса о Кливлендском деле о насилии над детьми вопрос о правомочности профессиональных попечительских организаций реагировать на случаи сексуального насилия и принимать соответствующие меры стал предметом обсуждений в средствах массовой информации. Рассматривались возможные причины сексуального насилия. В последние несколько месяцев вышли книги, содержащие интервью с детьми, которые подверглись сексуальному насилию. Но формальное определение такого

19 Зак. № 453 Хэзлем

562

Психиатрия

насилия все еще остается сложным делом. Ребенок считается подвергшимся насилию, если он был использован взрослым человеком таким способом, который является неприемлемым для данной культуры в данное время. Эти два последних пункта важны, поскольку дети воспитываются по-разному не только в разных странах, но даже и в пределах одного города в кругах с разными субкультурами и эталонами поведения. Поэтому мнения насчет того, что следует считать насилием над детьми, сильно расходятся. Более того, стандарты поведения изменяются с годами, меняются и связанные с сексом табу.

Мы должны напомнить себе слова лорда Шефтсбери, который в 1880 году, говоря о проблеме насилия над детьми в семье, заметил: «Злоупотребления ужасны, и это не подлежит сомнению, но они носят настолько частный, внутренний, домашний характер, что виновник оказывается за пределами действия закона, и предмет этот, я думаю, не примет к обсуждению никакая Палата Общин». В Великобритании первая хартия о детях появилась в 1887 году, то есть на 67 лет позже,

чем был введен закон о защите животных!

Клиническая литература свидетельствует о том, что сексуальное насилие над ребенком может сыграть существенную роль в развитии у него серьезных проблем, от психической анорексии до проституции. Однако часто не хватает убедительных исследовательских данных, подтверждающих такие эффекты. Феномен насилия над ребенком разными исследователями определялся по-разному. Некоторые относят к нему сексуальный опыт внутри группы сверстников, получаемый по принуждению, другие рассматривают только насилие, осуществленное взрослыми людьми и членами семьи. Тем не менее, в некоторых обществах в историческое время сексуальные отношения между взрослыми и подростками рассматривались как желаемые, способствующие обучению последних сексуальному опыту. В некоторых культурах приемлемым считается и инцест внутри определенных подгрупп.

Можно предположить, что даже не столько сексуальное насилие как таковое, сколько отношение общества определенным образом травмирует юное существо. Обследование взрослых женщин выявило разнообразие травматических последствий в зависимости от типа насилия и его продолжительности. Из этих свидетельств следует, что чем менее тяжела форма насилия, тем

Судебная психиатрия

563

менее серьезные травмы оно вызывает. Есть основания считать, что насилие, связанное с введением пениса, травмирует сильнее всего по сравнению с иными типами получения сексуального удовлетворения, и что принуждение и агрессия являются самыми сильными факторами, вызывающими травматические последствия.

Магазинное воровство

Гиббенс написал по этому поводу монографию. Воровство в магазинах связано с расстройствами личности, хотя иногда оно обнаруживается у женщин среднего возраста, страдающих депрессией и имевших в прошлом сравнительно безупречную репутацию. Если в психиатрическом заключении о таком пациенте имеются данные о психиатрических заболеваниях, в частности о связанной с менопаузой депрессией, то суды могут принимать это во внимание при вынесении приговора.

Исследования показывают также, что имеется связь между совершением краж в магазинах и предменструальной фазой у женщин. Но это может быть как проявлением повышенной склонности к магазинным кражам, так и увеличением вероятности быть пойманной в этот период.

Эпилепсия

Это заболевание может приводить к значительным медико-правовым осложнениям. Речь идет о законодательстве, связанном с вождением транспорта, о проблеме автоматизма и о преступлениях, которые могут совершить эпилептики, находясь в состоянии фуги, а также о законе, предусматривающем расторжение брака, если один из супругов до его заключения скрыл факт наличия у него эпилепсии.

В тюрьмах процент эпилептиков несколько больше, чем в общей популяции. Однако эпилептический автоматизм является

19*

564

Психиатрия

сравнительно редким обвинением в совершении преступления, поскольку истинно эпилептический автоматизм обычно имеет черты стереотипа, а не извращенного поведения. Но у некоторых индивидуумов в фазе, наступающей после припадка, могут проявляться приступы агрессии. Постановка диагноза эпилепсии обычно считается делом неврологов, а не психиатров, но проблемы расстроенного поведения, конечно, могут быть и предметом работы психиатров в судах. Височная эпилепсия может сопровождаться взрывами бессмысленно-агрессивного поведения, даже если у пациента не было припадка, и в некоторых случаях это находит отражение в аномалиях на ЭЭГ, а лечатся такие приступы с помощью лекарств, специально разработанных для лечения височной эпилепсии.

Литература

Butler Report (Report of the Committee on Mentally Abnormal Offenders), Cmnd. 6233, HMSO, London, 1975.

Gay Search, *The Last Taboo Sexual Abuse of Children*, Penguin, 1986.

Great Ormond Street Sexual Abuse Team, *Child Sexual Abuse*

Within the Family, Assessment of Treatment, Norman Wright, 1988.

Gibbens, T. C. N., *Mental Health Aspects of Shoplifting*, British Medical Journal monograph, 1971.

Glaister, J., and Renton, E., *Medical Jurisprudence and Toxicology*, Livingston, London, 1966.

The Mental Health Act 1983 Memorandum on Parts 1-6, 8 and 10, Department of Health and Social Security 1983, HM Stationery Office, HM (W) 1912.

Prins, H., *Criminal Behaviour*, Pitman, London, 1973.

The Report of the Enquiry into Child Abuse in Cleveland 1987, HMSO, CM 413, June 1988.

Rollin, H. R., *The Mentally Abnormal Offender and the Law*, Pergamon, Oxford, 1963.

Sales, B. D., *The Law and Human Behaviour*, Plenum Press, London, 1980.

•; *Судебная психиатрия*
565

Speller, S. R., *The Mental Health Act, 1959*, Institute of Hospital Administrators, London, 1964.

Walker, N., and McCabe, S., *Crime and Insanity in England*, Edinburgh University Press, 1973.

Whitlock, F. A., *Criminal Responsibility and Mental Illness*, Butterworth, London, 1963.

Вопросы

1. Какова была эволюция оформления концепции ограниченной '• ответственности?

'• 2. На основании какого закона уголовный преступник, которому . предъявлено обвинение, может принудительно удерживаться в 'психиатрическом отделении?

3. Где расположена ваша местная тюрьма? Работает ли в вашем районе специалист по судебной психиатрии? Есть ли в вашем районе «закрытое отделение» для специального лечения правонарушителей с аномалиями? Где оно находится?

„4. В чем заключаются правила Мак-Нотона?

5. Что такое «убийство жизнеспособного, но не отделившегося от тела матери ребенка»?

6. Каковы могут быть основания для разрешенного законом Прерывания беременности?

23 Перспективы на будущее

Мы попытались обрисовать то, что происходит в области психиатрии в пределах службы здравоохранения Великобритании. В соответствующих главах были кратко изложены ключевые факторы в их историческом развитии, из которых сложилось современное состояние этой отрасли медицины. Мы пытались строго придерживаться фактического положения дел и освещать не только достоинства, но и недостатки этой службы.

Хотелось бы надеяться, что нам удалось избежать чрезмерной перегруженности подробностями, поскольку книга строилась так, чтобы широкий круг читателей смог проникнуть в сложную, но захватывающую область науки о человеке. Мы особенно старались избежать идеализации общей картины, поэтому не описывали опыт наиболее передовых центров и отделений, которые можно было бы назвать чем-то вроде исследовательских «башен из слоновой кости» при университетах. Такие отделения, конечно же, укомплектованы наиболее квалифицированными работниками, причем штат в них зачастую бывает излишне расширен, и врачи имеют возможность заниматься определенной группой пациентов, достаточно сильно отличающейся по набору болезней от групп пациентов в обычных отделениях, — это аналогично тому, как в хирургических отделениях такого же ранга врачи занимаются обычно какими-то редкими заболеваниями, а не тривиальным аппендицитом. Таким образом, картина такого привилегированного отделения существенно отличается от обычной практики, поскольку работающие там врачи имеют совсем иную нагрузку. Однако в этой заключительной главе мы должны проследить пути, по которым будет развиваться психиатрия в будущем, поэтому нам следует обратиться к тем нововведениям, которые поступают

из таких эталонных центров. Мы попытаемся понять,

Перспективы на будущее

567

что должно произойти в этой области в ближайшие 10-20 лет, и предсказать наиболее вероятные тенденции.

Лишь недавно психиатрия распрощалась с эрой закрытых на замки палат с двориками для прогулок, в которых пациенты — пленники, отгороженные от повседневного потока жизни, — занимались какими-то упражнениями или наслаждались солнечным светом. Прогресс в области методов лечения позволил отказаться от необходимости таких ограничений свободы. Более того, сейчас мы наблюдаем другую крайность: от идеалистов, основывающихся на рекомендациях социологов, можно услышать, что все психиатрические клиники необходимо упразднить и ввести лечебные общины, и что эти общины способны справиться со всеми психиатрическими расстройствами, если только в каждой общине пациентов будет не много.

Эти аргументы строятся, в основном, на экстраполяции в будущее тенденции сокращения больничных коек, начавшейся с введением в лечебный процесс современных достижений медицины, в частности при лечении психотических заболеваний. Для непосвященных община кажется идеальным местом для ухода за пациентами, которое резко отличается от того, что когда-то было названо приютом. К сожалению, сторонники таких идей страдают излишней наивностью, и, как часто бывает, в результате непродуманных преобразований был нанесен ущерб тем службам, которые уже существуют.

К сожалению, община, которую представляют обычно неким раем, освобожденным от страданий, — это не просто какое-то определенное место. Оказалось неэкономичным финансировать дюжины небольших домов, для каждого из которых требуется свой штат и оборудование. Гораздо практичнее создавать учреждения, где в одном месте собраны все необходимые средства для лечения, и где может работать большое количество специалистов. Слишком часто бывает так, что выписавшийся из клиники пациент обнаруживает, что поддержка общества — это всего лишь миф. Постоянное население городского района обычно выступает против создания рядом с их жилищами домов или гостиниц для выписывающихся из клиник психически больных или умственно отсталых пациентов. Они спешно объединяются в группы протеста, чтобы защитить свой район от таких нежелательных соседей: стройте такие учреждения где хотите, но только не на нашей улице! Для хронических пациентов и умственно отсталых людей такое вытал-

568

Психиатрия

кивание означает перспективу остаться на обочине жизни. Не так уж много найдется соседей, способных дружески относиться к эксцентричным пациентам. Таким пациентам бывает сложно устроиться на работу и трудно получить рекомендации. Заслуживают внимания специальные мастерские для таких людей, но во многих районах страны их просто нет, а возможности для постоянной работы дома или в дневных центрах часто не обеспечивают приемлемого уровня жизни.

Таким образом, пациенты, которые в клиниках получали трехразовое питание, цветные телевизоры, удобные кровати и возможность общаться друг с другом в разнообразных клубах и на организуемых по вечерам и выходным дням мероприятиях, вдруг оказываются выброшенными в недружественный, слишком широкий для них мир, где они не могут заработать достаточно денег и влачат унылое и одинокое существование. Это оборотная сторона медали, и такая картина часто соответствует действительности, поэтому вряд ли мы улучшим уровень жизни пациентов, выписав их из клиник.

К сожалению, в результате распространения таких идей стало сложно расширять уже имеющиеся клиники и открывать в них новые палаты, особенно в той области, которая считается Золушкой всей системы, то есть в клиниках для умственно отсталых. Вопреки обещаниям правительства увеличить финансирование, деньги все еще продолжают поступать преимущественно не к Золушке, а к фее, в результате чего, скажем, пациент, находящийся в больнице по поводу аппендицита всего лишь две недели, имеет возможность пользоваться персональным телефоном и радионаушниками.

Конечно, не все так мрачно, и самые передовые клиники всегда имели и имеют возможность создавать социальную среду в своих стенах, где долго проживающие в клинике пациенты находят себе друзей, для них организованы всевозможные восстанавливающие силы занятия. Это именно

та защищенная среда, которая так необходима многим. При выписке из клиники в «общество» пациент оказывается отрезанным от него, как больной палец. Слово «приют» в традиционном смысле означает место, где человек получает убежище и уход, а в современном его значении — это место, где можно укрыться от людей из общества, и хотя это, возможно, звучит слишком резко, но истина такова, что пациенты, которым жизненно необходим уход и временная изоляция от круговорота жизни, отдых и восстановле-

Перспективы на будущее

569

ние сил вдали от давления общества, от своих прежних друзей и родственников, теперь часто лишаются такой возможности.

Нечто среднее между принципами закрытых дверей и открытых представляет собой новая идея клиники с вращающимися дверями. Многие пациенты, восстановив свое здоровье в клинике, вскоре после выписки вновь заболевают вследствие неадекватности предоставляемого обществом ухода или же потому, что они прекращают принимать лекарства. Можно лишь надеяться, что повышение уровня образованности населения, развитие сферы общественного обслуживания, увеличение количества общественных квалифицированных медсестер смогут ослабить эту тенденцию.

Почительны результаты исследовательского проекта, осуществленного в последние годы в Мидлсбро и связанные с организацией проживания и ухода для тех долговременных пациентов, которых выписывали из клиник на протяжении последних десяти лет, когда осуществлялась обсуждавшаяся нами практика. Какое-то количество пациентов было выписано не потому, что они закончили курс лечения, а потому, что много коек было демонтировано с целью уменьшения перенаселенности клиник, в результате чего сокращалось количество больничных мест. Многие прежние пациенты клиники оказались в гостиницах Армии спасения или в подобных им ночлежках. Некоторым пришлось проживать без всяких удобств, а не столь уж малое по численности их меньшинство оказалось даже в тюрьмах за повторяющиеся мелкие преступления, поскольку у судов не было возможности найти им пристанище, и, кроме того, эти люди не могли платить штрафы.

Лишь немногие из выписанных смогли удачно интегрироваться в общество, работать и жить в условиях семьи или вступить в брак. Остальные составили массу тех несчастных, кто проводит свои дни, сидя на постели, перебиваясь кое-как на деньги, выделяемые государственной системой страхования, в хорошую погоду выходя на прогулку в парк, а в плохую посещая общественную библиотеку. У них нет никаких развлечений, и зачастую они вообще не ощущают на себе действия каких-то проектов по местным лечебным общинам, даже если таковые и существуют. В результате они проводят дома намного больше времени, чем проводили бы, имея какое-то ежедневное занятие, вроде тех, что предоставляются в больничной специализированной коммуне. Поэтому при попытке проследить будущие тенденции необходимо, кроме тех достижений, которые, без всякого

570

Психиатрия

Перспективы на будущее

571

сомнения, имеются в лечении пациентов, помнить и о таких важных и болезненных проблемах.

Еще один больной вопрос возникает в связи с тем, где лучше всего размещать психиатрические отделения. Их можно организовывать в составе районных больниц общего профиля, или же создавать специализированные психиатрические клиники. У каждого из этих вариантов есть свои преимущества и недостатки. В больнице общего профиля в одном месте собраны все возможности для работы патологии, радиологии, психотерапии, а также для проведения исследований и экспертизы. Штат врачей и медсестер находится в общем потоке современной медицины и не чувствует себя в изоляции. Отделение, находящееся в составе районной больницы, как правило, удобно расположено в центре того района, который оно обслуживает. Кроме того, у новых больниц нет той позорной репутации, которая закрепилась за некоторыми давно существующими психиатрическими лечебницами.

Однако, с другой стороны, следует признать, что для работы разных специалистов требуются разные условия, чтобы они могли лечить пациентов наиболее эффективно. Так, для

педиатрического или родильного отделения необходимы совсем иные условия, чем для длительного лечения ортопедических пациентов или больных с повреждениями позвоночника. Основное отличие психиатрических палат от палат общего профиля состоит в большом разнообразии психиатрических пациентов и в том, что таким пациентам необходимы какие-то поддерживающие силы занятия. Они не являются физически больными, поэтому им требуется большее пространство, особенно в дневное время, а также благоустроенная территория вокруг клиники, где они могли бы проводить время в хорошую погоду. Все это не так важно для тех пациентов, которые проводят в клинике две-три недели, например, по поводу депрессии, но для длительных пациентов, все еще составляющих большую часть больничного населения, такие условия имеют огромное значение. На ночное время наличие дополнительного пространства, например, между кроватями, не столь существенно, поскольку палаты предназначены только для сна, тогда как в больницах общего профиля кровати и то, что их непосредственно окружает, составляют все жизненное пространство пациентов.

Таким образом, неразумно применять стандарты больницы общего профиля к психиатрическому отделению. К сожалению, новые больницы общего профиля строятся преимущественно на

дорогой земле внутри городов, поэтому их здания, как правило, являются многоэтажными. Это затрудняет возможности для дневных прогулок пациентов, поскольку вряд ли вокруг больницы будет предусматриваться обширная площадь для таких прогулок. Хотя больных с острыми заболеваниями в таких условиях лечить можно, но они мало подходят для тех двух третей психиатрических пациентов, которым требуется длительное лечение.

Еще более серьезное положение складывается с размещением больниц для умственно отсталых пациентов и специализированных отделений для детей, алкоголиков, наркоманов и так далее. То же можно сказать и об отделениях для хронических психиатрических больных, и сейчас уже все те, кто хотел бы видеть районные больницы общего профиля единственной базой для всего разнообразия отделений, начали признавать, что по многим причинам неразумно пытаться соединять под одной крышей службы, имеющие столь различные потребности. Поэтому должны быть приняты решения, сдерживающие тенденции, направленные на то, чтобы в каждом крупном городе в районных больницах имелось психиатрическое отделение, поскольку все еще не удовлетворена потребность в специализированных отделениях, располагающих большой площадью. Возможно, такую тенденцию следует сохранить на уровне регионов, поскольку это позволяет существующим психиатрическим клиникам функционировать там, где они расположены. Может быть, постепенно мы сможем упразднить некоторые из старых, наиболее изолированно расположенных в графствах психиатрических клиник.

Параллельно с этим необходимо расширять объем дневного лечения в форме дневных клиник, где амбулаторное полномасштабное терапевтическое лечение пациентов может производиться квалифицированным штатом врачей и медсестер. Такие помещения для дневного лечения должны предусматриваться в районных больницах общего профиля, где обычно имеются резервные возможности для приема стационарных больных, или в специализированных психиатрических клиниках, если они расположены достаточно удобно для пациентов.

Для улучшения возможностей такого обслуживания будет расширяться сеть дневных лечебных центров, где выписанные из клиник пациенты смогут заниматься трудотерапией и другими видами деятельности, входящими в план реабилитации в больничной общине. Этот вид лечения должен организовываться

572

Психиатрия

отделами социального обеспечения с доступом к нему практикующих врачей общего профиля, общественных медсестер и всех других необходимых специалистов.

Вероятно, в будущем, наряду с прочим, будет расширяться объем обслуживания населения общественными психиатрическими медсестрами, что особенно важно для помощи тем длительным пациентам, которые после выписки из клиники возвращаются к жизни в обществе. Они нуждаются в постоянном наблюдении и уходе, особенно в связи с такими вещами, как ежемесячные инъекции долгодействующих препаратов. Следует расширять и сеть общественных клубов, приспособленных для пациентов мастерских, а также реализовывать программы производственной реабилитации, хотя ограниченность финансовых средств во многих регионах, скорее всего, будет сдерживать полное осуществление этих программ.

Возможно, тот факт, что сегодня количество коек в психиатрических клиниках сократилось до опасно низкого уровня, приведет в будущем к тому, что некоторые пациенты, которым необходимо побыть

некоторое время в клинике, будут лишены этой возможности. По-видимому, особенно тяжело это отразится на престарелых больных, хотя не исключено, что сегодняшняя тенденция к сокращению больничных мест в будущем изменится на обратную.

Эксперименты по усовершенствованию лечения пациентов в условиях общества привели к появлению новых концепций, которые в Великобритании воплощались в жизнь тремя способами. Одна из возможностей состоит в организации клиник со специалистами, работающими по приглашению. Такие клиники хорошо зарекомендовали себя в Соединенных Штатах. В соответствии с этой схемой, специализированные больничные центры в определенное время обслуживаются психиатрической командой. Это дает возможность пациентам получать в клинике консультации по широкому кругу проблем, а не обращаться за советом в журналы. Кроме того, отпадает необходимость иметь в штате каждой клиники постоянных специалистов всех профилей. Пока трудно сказать, будет ли у нас такая схема иметь реальную ценность или она скомпрометирует себя, попав в руки тех непрофессионалов, которые всегда стремятся монополизировать любое агенство помощи населению, будь то телефон самаритян, отделы социального обеспечения или что-нибудь еще. Несомненно лишь то, что такая схема могла бы осуществляться, помимо практики медицинской

Перспективы на будущее

573

помощи': общего профиля с ее бригадами скорой помощи, которая в Великобритании должна оставаться службой, телефон которой стоит первым в телефонном списке любого пациента.

Еще одной тенденцией является введение в некоторых регионах команд скорой помощи в кризисных ситуациях, которые функционируют наподобие команд хирургов, занимающихся пострадавшими от несчастных случаев пациентами, — это нечто вроде мобильного медицинского отряда. Эта команда может приезжать по вызову на дом или в любое иное место обслуживаемой ею области, посещать пациентов в любое время. Члены такой группы должны дежурить в течение целого дня, ожидая вызовов по телефону. Если возникает сложная ситуация, то команда занимается ее разрешением, что в некоторых случаях устраняет необходимость госпитализации больных.

Но и здесь нужно еще посмотреть, будет ли такая схема полезной и даст ли то, чего от нее ждут люди. Концепция команды, которая может включать работника социальной службы, медсестру и врача, подготовленных специально для работы в такой команде, может быть чрезмерно расточительной в смысле затрат времени на обучение. Более того, присутствие трех специалистов по разным дисциплинам может, конечно, в большом числе случаев помочь оценить кризисную ситуацию, но пациенту это не даст ничего, кроме дополнительного психического напряжения, поскольку, по опыту автора, пациент обычно предпочитает разговаривать о своих трудностях один-на-один с психотерапевтом, которому он доверяет, и стыдится раскрывать свои проблемы перед группой людей, которым он вряд ли все может рассказать.

При переработке книги для второго издания интересно было перечитать предыдущие страницы, посвященные тенденциям на будущее. Первое издание этой книги вышло в 1982 году, и за семь лет, прошедших между первым и вторым изданиями, в обсуждаемой области многое произошло. Прошла еще одна реорганизация службы здравоохранения, которая ввела управленческую структуру в больницах. Многие из старых психиатрических клиник продвигались к своему закрытию, хотя и с разной скоростью, а некоторые из них уже закрыты.

Быстро развивалась сеть небольших периферийных так называемых отделений-коммун. В одних регионах этот процесс прошел успешнее, чем в других. В тех регионах, где было хотя бы две психиатрические клиники, можно было закрывать одну из

574

Психиатрия

них, переводя оставшихся пациентов во вторую. В других регионах центральная клиника постепенно сокращала объем своей работы, и единственным результатом этого было падение в ней морального духа и сокращение финансирования ее оставшейся работающей части.

Оказалось, что есть две наиболее важных проблемы. Первая состоит в том, что в периферийных клиниках сложно обеспечить такой же высокий уровень работы, как и в центральной клинике, поскольку персонал еще проходит обучение. Руководства для врачей многих специальностей, включая психиатров-консультантов, необходимо переписать заново.

Вторая проблема состоит в том, экономично ли переходить на периферийное обслуживание и сохранять при этом практику дневных стационаров, какие имеются в клиниках. Клиника, при всех ее недостатках, все же представляет собой терапевтическую коммуну и дает пациентам все необходимые возможности для их социальной жизни. Кэтлин Джонс (профессор по социальным исследованиям в Йоркском университете) обратила внимание на то, что она назвала «надеждой на магию слова»: изменение дефиниции не обязательно означает, что произойдут реальные

изменения в лечении. Мнение о том, что пациенты небольшого отделения на 20 человек, проживающие в частном доме, расположенном в каком-нибудь пригороде, больше интегрированы в общество, чем пациенты крупной психиатрической клиники, всего лишь миф. Построить небольшое, с уютной внутренней обстановкой отделение не очень сложно, но не всегда просто сделать его уютным и в отношении связей с внешним миром. Такие проблемы, как формирование штата, обеспечение необходимых возможностей для лечения и дневных занятий пациентов, таких, как производственная терапия и работа в специально приспособленных мастерских, еще далеко не решены, поскольку затраты зачастую оказываются слишком большими.

В результате за последние несколько лет в Великобритании увеличилось количество бездомных, что особенно заметно в больших городах. С такой проблемой пять или десять лет назад уже встречался Нью-Йорк, но изучение практического опыта для человечества всегда было сложным делом. Мы наблюдаем чрезвычайно быстрый рост бродяжничества, то есть общество оказалось отброшенным назад, к тем проблемам, которым был посвящен *Акт о бродяжничестве от 1774 года*, ко временам, которые предшествовали развитию больничного обслуживания.

Перспективы на будущее

575

Проблема состоит не только в попечении над недавно выписанными пациентами, проживание которых часто удается устроить в соответствующих гостиницах, но и в том, чтобы справляться с рецидивами болезни, которые настигают пациентов, как только они оказываются выброшенными в так называемое общество. Кроме того, пациент может со временем переехать куда-то, где за ним уже не будут постоянно наблюдать, и в результате мы получим больного с остаточной шизофренией, оказавшегося без помощи.

Многодисциплинарная команда

В предыдущем абзаце мы обрисовали одну из основных конфликтных областей современного развития психиатрической службы. До учреждения государственной службы здравоохранения и до появления в 1959 году *Акта о психическом здоровье* все клиники работали по традиционной, консервативной схеме, когда имелся директор по медицинской части, несколько его заместителей и сестра-хозяйка, ведающая штатом вспомогательного медицинского персонала. К этому составу могли добавляться только инспекторы по делам психического здоровья, появившиеся взамен уполномоченных чиновников, чьей основной задачей была доставка пациентов в клинику сначала на основании распоряжения магистрата, а позднее — в соответствии с правовыми актами властей, ведающих тюрьмами.

Однако в последние 20 лет, когда психиатрические клиники стали более открытыми заведениями, активно проводящими лечение стационарных и амбулаторных больных, и когда ускорился оборот поступления пациентов в клиники, в них появились штатные должности и для других специалистов. Значительно расширилась практика использования многодисциплинарных команд, и, кроме тех медицинских специалистов, которые были во времена выхода *Акта о психическом здоровье 1959 года*, в психиатрических больницах появились консультанты, несущие полную клиническую ответственность за своих пациентов (как всегда было в больницах общего профиля). Младший медицинский персонал был переведен в ранг стажеров, и в итоге за счет

576

Психиатрия

значительного расширения штата был положен конец автократическому положению директора по медицинской части. Эта должность в последние годы постепенно ликвидируется по мере того, как уходят в отставку консультанты. И в то же время, с упразднением должности медицинского ассистента консультанты стали чаще попадать в соответствующие команды, а не в состав младшего медицинского персонала, как это было раньше. Эти младшие по должности врачи проходили полную учебную подготовку по общей медицине и хирургии, поэтому не имеют опыта в области психиатрии и не смогли бы его приобрести, находясь на должности стажера. В шестидесятые годы и в начале семидесятых во многих периферийных клиниках, которые не были центрами подготовки специалистов, большая часть работы по ежедневной терапии проводилась медицинскими командами, хотя ощущался недостаток опытных специалистов для проведения таких программ, как групповая терапия или индивидуальная психотерапия.

Происходило и расширение штата медсестер, при этом особое внимание уделялось подготовке общественных медсестер. Но, несмотря на улучшение условий труда и сокращение количества рабочих часов, не уменьшилось количество палат, которые должна обслуживать каждая медсестра. Кроме того, повышение численности престарелых пациентов привело к увеличению

необходимого для физического ухода за пациентами времени, поэтому у медсестер остается теперь меньше времени на приобретение терапевтических навыков в уходе за психиатрически больными.

Появилась новая должность социальных работников, которые, после опубликования отчета Сибома, в сфере психиатрии заменили инспекторов по психическому здоровью. Однако появление новых должностей в области социальной службы означает, что многие из опытных в психиатрии работников уйдут на административную работу, а новые, более молодые социальные работники, часто имеющие практический опыт в областях, не имеющих ничего общего с психиатрией, будут по роду своей работы организовывать прием психиатрических пациентов, приняв на себя новую и зачастую не совсем для них подходящую роль. Больничные социальные работники и работники, занимающиеся социальным обеспечением, заменяются служащими, которые по своей профессиональной принадлежности подчиняются отделам социального обеспечения, то есть независимы от руководства клиники. Но в

Перспективы на будущее

577

любом случае сейчас значительно расширяется сфера социальной работы в психиатрии.

В последние годы на сцене появилась еще одна профессиональная группа — клинические психологи. Ее составляют люди, имеющие ученую степень по психологии, полученную в университете, и желающие сделать карьеру в области психологических аномалий, в то время как до этого они занимались психологией психически нормальных людей и оценкой их интеллектуального функционирования и личностных качеств. Их особый интерес лежит в области поведенческой терапии, в результате чего произошло развитие соответствующих методов лечения, особенно лечения неврозов, связанных с экспертизой особого вида. Психологи сыграли большую роль в разработке учебных программ для людей с задержкой умственного развития и программ реабилитации долговременных пациентов палат для шизофреников. Первоначальный энтузиазм в отношении таких программ несколько остыл по мере получения практического опыта, однако роль клинических психологов в обучении все же значительно расширилась, и теперь они чувствуют потребность иметь больше прав и хотят играть более важную роль, чем это было до сих пор.

В клиниках появились и другие профессии. Там теперь работают специалисты по трудотерапии, терапии, связанной с использованием искусств, и работники, занимающиеся реабилитацией пациентов после их выписки из клиники.

Все это привело к последствиям двоякого рода. Повысилась степень кооперации, что пошло на пользу пациентам, но одновременно это привело к взаимной недоброжелательности и подозрительности среди специалистов, поскольку вновь создаваемые группы всегда стремятся к завоеванию собственных сфер влияния. Имеется еще не совсем оформившаяся, но очень популярная тенденция к организации многодисциплинарных команд. Она подразумевает, что профессионалы всех специальностей: социальные работники, клинические психологи, психиатры, медсестры и специалисты по трудотерапии: собираются вместе и разрабатывают программы лечения и реабилитации. При этом предполагается, что пять голов всегда лучше, чем одна. На стадии планирования и организации программ общего характера это действительно так, но нельзя считать, что этот принцип полезен и при лечении пациентов, поскольку при таком подходе пациент оказывается затопленным морем профессионалов, сидя-

578

Психиатрия

щих на клинических совещаниях, — причем каждый со своей собственной точкой зрения. Пользы бывает больше, когда каждый профессионал занимается лечением пациентов в соответствии со своими собственными знаниями и навыками.

Хотя в применении к некоторым пациентам такая концепция и может быть хороша, но не для всех, поскольку корабль с пятью капитанами, управляемый по принципам демократического консенсуса, скорее всего, будет лишь кружить на месте и не продвинется вперед. Поэтому мы надеемся, что лучшие идеи, прошедшие проверку практикой, останутся, но те, что, как оказалось, страдают некоторой наивностью и незрелостью, будут отброшены за ненужностью.

В качестве заключения к этой книге давайте посмотрим, какого прогресса можно ожидать в следующие 10-20 лет в лечении отдельных психиатрических синдромов.

Психозы

Весьма вероятно, что достижения биохимических исследований приведут к прорыву в области

лечения шизофренических синдромов за счет возможности более глубокого понимания лежащих в их основе биохимических изменений. Можно надеяться, что более глубокое понимание механизмов работы переносчиков моноаминов в мозге даст свои результаты.

Исследования Венейблза в Йорке, которому удалось найти физиологические способы идентифицирования заболевания с помощью подтверждающего физического теста, а также разработать методы выявления людей, предрасположенных к заболеванию, и носителей заболевания, имеют чрезвычайную важность. Однако, если эти исследования дадут результаты, которые позволят начать клиническое применение этих методов в больницах, то могут возникнуть определенные этические проблемы. Современные лекарства, облегчающие симптомы шизофрении, в определенной мере токсичны и при длительном приеме могут вызывать нежелательные побочные эффекты. Если мы научимся выявлять шизофрению в предклинической фазе, как это сегодня делается при таких заболеваниях, как Диабет, то что мы сможем сделать для

Перспективы на будущее

579

профилактики, то есть для предотвращения развития заболевания? Ведь пока нельзя утверждать, что назначение таких лекарств, которые способны контролировать внешние проявления психозов, непременно предотвратит развитие заболевания. Кроме того, если риск развития заболевания выявляется у человека в детском возрасте, то не следует ли предпринять попытки изменить каким-то образом окружающую его среду, чтобы уменьшить вероятность развития заболевания? Мы все еще точно не знаем, какие факторы действуют в качестве пусковых механизмов заболевания, хотя недавние исследования показали, что при прогнозировании рецидива у излеченного пациента очень важно учитывать возможные стрессовые отношения с окружением.

В самом ближайшем будущем такие исследования, вероятно, позволят лучше понять, что следует делать в период после выздоровления пациента, то есть что ему рекомендовать в отношении стиля жизни, чтобы предотвратить трудности со здоровьем в будущем. Наверное, мы будем свидетелями расширения возможностей для проживания таких пациентов в гостиницах и помещениях, где предусмотрен постоянный уход за ними, а также более эффективного использования дневного лечения и работы дневных стационаров. Это приведет к тому, что срок пребывания в клинике пациентов с диагнозом шизофрения уменьшится до шести-восьми недель.

В то же время, некоторые работы вроде упомянутого исследования, проведенного в Мидлсбро, говорят о том, что шизофренический процесс может вновь начаться и, как правило, начинается в последующие годы жизни пациента, несмотря на постоянное использование современной лекарственной терапии и продолжение лечения в период после выписки из клиники. Таким образом, может возникнуть ситуация, когда состояние многих из тех пациентов, которых в последние десять лет стало возможным выписать из клиники для проживания в обществе благодаря появлению более эффективных методов лечения, резко ухудшится, и потребуются их госпитализация. В этом случае мы вновь встретимся с необходимостью расширения стационарных отделений, чтобы справиться с лечением новых долговременных пациентов. Если в среднем в районе проживает 250 000 человек, из которых хроническими пациентами станут только пять человек в год, и если средняя продолжительность пребывания пациента в клинике будет составлять десять лет, как это было 40 лет назад, то потребуются, по крайней мере, вдвое увеличить количество

580

Психиатрия

палат только для того, чтобы удовлетворить потребность в размещении стационарных больных. По поводу аффективных психозов — депрессии и более редкой формы мании — можем сказать, что для них есть еще более веские свидетельства в пользу генетически определяемых биохимических нарушений, воздействующих на моноаминовую систему и вызывающих изменение уровней электролитов в нервных клетках. Вероятно, в ближайшее десятилетие ситуация здесь еще более прояснится, и это приведет к появлению более избирательно действующих лекарств для лечения этих заболеваний, что, в свою очередь, приведет к заметному уменьшению потребности в электросудорожной терапии. В то же время, социологические исследования в основном сконцентрированы на изучении природы пусковых механизмов развития приступов у предрасположенных к депрессии людей, и с помощью этих исследований мы, возможно, лучше поймем взаимодействие между средой и внутренними факторами, что приведет к появлению более эффективных профилактических методов.

Психоневрозы

Наверное, самым существенным фактором, тормозящим появление новых разработок в области этой очень разнородной группы заболеваний, является недостаток финансовых средств, что в конечном итоге приводит к излишним затратам времени работающих здесь специалистов. Следует сказать, что специалисты из многих областей считают неврозы сферой своей персональной компетенции. Так, состояния тревожности и психосоматические заболевания лечатся психиатрами, психологами и специалистами самых различных школ — от приверженцев аналитической и поведенческой терапии до ориентированных на крайние теории. Работники социальной сферы тоже считают себя терапевтами в этой области; это же относится и к другим имеющим отношение к медицине группам специалистов, и даже хирурги, наверное, вспомнят множество связанных с невротическими состояниями проблем, с которыми они встречались в своей практике. Психоаналитики и специалисты по гипнотерапии энергично берутся за консультирование по лечению

Перспективы на будущее

581

неврозов в самых разнообразных организациях, от общества самаритян до брачных консультаций. Вероятно, наиболее изощренное консультирование исходит от буфетчиц, парикмахеров, работников сауны и даже проституток. Но почему же при таком обилии экспертов неврозы до сих пор так широко распространены? Это напоминает ту ситуацию, когда при изобилии восстановителей волос количество лысых не уменьшается. По-видимому, все эти «лекари» и предлагаемые ими способы лечения лишь смягчают проблемы. Но если дать специалистам больше времени и средств, смогут ли они изменить к лучшему жизнь тех 25 процентов населения, которые нуждаются в помощи?

Ответ на этот вопрос тесно связан с тем фактом — и это признают специалисты и аналитической, и поведенческой теоретической ориентации, — что опыт человека в его раннем детстве во многом определяет возможность развития расстройств в его дальнейшей жизни. Зачастую врачи обнаруживают нарушение в организме пациента по прошествии многих лет со времени воздействия вызвавшей его причины. Маленькое яблоко, в котором поселилась личинка, вырастает до большого размера, но червоточина пронизывает его от кожицы до самой сердцевины.

В такой ситуации предотвратить болезнь можно только в том случае, если взаимоотношения с ребенком выстраиваются должным образом, начиная с его раннего детства, и если родителей все время поощряют к тому, чтобы они стали совершенными воспитателями. К сожалению, подобные надежды нереалистичны. Улучшение условий жизни и искоренение бедности могут, конечно, помочь, но сделать плохих родителей хорошими совсем не просто. Кроме того, родители не всегда допускают вмешательство работников социальной службы, а изъятие ребенка из неблагоприятной семейной среды создает еще больше проблем в плане эмоциональной депривации, особенно если учесть, что ребенок уже травмирован ею.

В разных странах люди экспериментировали с разными социальными устройствами. Так, например, в Китае общественное благополучие всегда пытались определять по глобальной шкале. Все еще не ясно, можно ли в такой системе уменьшить распространенность неврозов, или они просто замещаются невротическим поведением, которое провоцируется невольными возникающими стрессовыми факторами. Некоторые утверждают, что определенная доля невротичности даже необходима для прогресса,

582

Паанатрия

поскольку стимулирует людей к попыткам изменить к лучшему свою судьбу и судьбы других людей.

Итак, в каких направлениях можно ожидать улучшения в ближайшее десятилетие? На уровне первой помощи при острых неврозах наиболее эффективным методом облегчения страданий пациентов останется, вероятно, лекарственная терапия. Однако препараты бензодиазепиновой группы уже, по-видимому, исчерпали свой потенциал, и появляются другие лекарства, например, бупирон. И все же, скорее всего, ни одно из эффективных лекарств, применяемых для лечения состояния тревожности, не может быть абсолютно безопасным, поскольку любой препарат, снижающий тревожность, почти неизбежно вызывает привыкание, — так же, как алкоголь или никотин. Мы уже встречались с этой проблемой при лечении состояния депрессии с помощью бензодиа-зепинов, которые позволяют пациентам вести себя так, как они не могли бы себя вести в состоянии тревожности, и эти поступки иногда антисоциальны. Тем не менее, абсолютное большинство пациентов получает облегчение от приема анксиолитиков, если не принимает их слишком долго. То есть эти лекарственные препараты можно рассматривать как полезное средство первой помощи.

Но это не решит коренной проблемы невротической личности. Мы должны признать, что для большинства людей аналитическая психотерапия является слишком дорогим и отнимающим слишком много времени средством. Поэтому необходимо усовершенствовать методы краткосрочного психотерапевтического лечения, поведенческой терапии, а также находить способы проведения эффективного лечения с помощью упрощенных методик и выявлять тех пациентов, кому такие методы могут быть полезны.

Следует признать, что гипноз, интерес к которому сегодня вновь возрождается, можно практиковать шире, чем это делается сейчас, и именно в качестве такого сжатого во времени способа лечения. Физические методы лечения состояний тревожности — например, использование упоминавшегося в главе 12 аппарата «Сомлек» — можно улучшать и применять их шире.

Вряд ли в ближайшем будущем произойдет какой-то прорыв в области традиционной психотерапии, хотя расширение использования групповой терапии даст возможность большему числу пациентов улучшить свое здоровье. Поведенческая терапия, к сожалению, не оправдала всех возлагавшихся на нее надежд и энтузиазма тех людей, которые полагали, что с ее помощью можно будет ответить на все вопросы относительно невротических заболеваний.

Перспективы на будущее

583

В любом случае, для абсолютного большинства пациентов, которые обращаются к лечащему врачу по поводу слабо выраженных неврозов, основным средством, облегчающим тревожность, остается применение эффективных лекарственных препаратов. Кроме того, необходимо взвесить все плюсы и минусы гипноза и краткого консультирования, и более эффективно использовать их при лечении пациентов.

Психиатрические проблемы старения (психогериатрия)

Наиболее острой психиатрической проблемой нашего времени является быстрый рост числа престарелых людей, страдающих сенильной и другими деменциями. Увеличение средней продолжительности жизни людей и улучшение состояния их физического здоровья не сопровождается сохранением возможностей центральной нервной системы. Современные исследования указывают на то, что причина сенильной деменции лежит в нарушении метаболизма. Если бы в ближайшие несколько лет удалось найти способ предотвратить эти нарушения функционирования мозга, это принесло бы неоценимую пользу обществу в целом, что можно было бы сравнить с тем прорывом в психиатрии, который наступил после обнаружения роли сифилиса в развитии *dementia paralytica*, или, если рассматривать более близкие к нам времена, с изобретением электросудорожной терапии как эффективного метода лечения депрессии и с разработкой фенотиазинов как средства контроля процессов психотического мышления. Такой прорыв, которого, может быть, ждать осталось не так уж и долго, изменил бы современную ситуацию в отношении больничных мест для стационарных психиатрических пациентов. В самом деле, такой прогресс является жизненно необходимым, поскольку больничная служба уже не справляется с постоянно возрастающим числом престарелых, тяжело больных пациентов. В то же время, необходимо обращать максимум внимания на развитие возможностей гостиничного проживания престарелых пациентов, на их лечение в дневных центрах и на то, чтобы они получали максимальную поддержку от общества. И это должно быть в ближайшие годы основным приоритетом.

584

Психиатрия

Расстройства личности

Многое из того, что уже говорилось о профилактике неврозов и о воздействии среды в детском возрасте, применимо в гораздо большей степени к этой группе расстройств. Большая часть дискуссий посвящена тому, являются ли психопатические индивидуумы, или, если говорить о менее тяжелом случае, социально неадекватные личности, предметом забот психиатров и вообще медицинской службы. Наверное, это область, в которой основную роль должны играть социальное консультирование, осуществляемое через отделы социального обеспечения, и профилактические меры, направленные на улучшение ухода за детьми. К сожалению, отделы социального обеспечения настолько перегружены разного рода обязанностями, что не приходится ожидать каких-либо позитивных изменений в плане улучшения уровня работы сотрудников.

Тем не менее, не может быть сомнений в том, что люди, страдающие от разного типа расстройств личности, попадают в беду чаще, чем остальная часть населения, поэтому они более уязвимы в плане развития депрессивных колебаний настроения; кроме того, они чаще страдают и такими заболеваниями, как малая эпилепсия, эмоциональная депривация и разного рода расстройства социального поведения. Эти заболевания приводят их к столкновению с законом, являются причиной их попадания к психиатру, например, из-за попыток суицида, а также причиной

конфликтов с полицией из-за мелких правонарушений. Пациенты с более выраженными расстройствами личности — психопатические личности — образуют постоянную долю контингента спецклиник в Бродмуре или Рэмптоне.

Следование тенденции к превращению психиатрических отделений в районные отделения открытого типа приводит к тому, что такие пациенты, требующие определенных мер принуждения и охраны, не могут более проживать в одних палатах с остальными пациентами. Их присутствие там оказывает разрушительный эффект, однако не во всех районах есть специальное психиатрическое отделение. В то же время, перенаселенность большинства спецклиник ведет к необходимости решать сложные проблемы с альтернативным размещением таких пациентов за пределами спецклиник, поскольку они представляют значительную угрозу для населения. Поэтому службы системы здравоохранения и социаль-

Перспективы на будущее

585

ного обеспечения выделяют значительные финансовые средства для устройства районных специальных отделений для пациентов, требующих определенных мер по ограничению их свободы. Выделены деньги на то, чтобы увеличить количество медсестер, и на проведение программ интенсивной реабилитации, разработанных по типу тех, что проводятся в палатах обычного типа. Некоторые из таких спецотделений уже открыты, а другие еще только на пути к этому. Однако со временем каждый район будет иметь такое спецотделение точно так же, как сейчас в каждом районе есть специальное отделение, занимающееся лечением алкоголиков или наркоманов, психосексуальными расстройствами и так далее. Это поможет разгрузить спецклиники и позволит пациентам, которым не требуется длительное содержание в клиниках типа Бродмура или Рэмп-тона, перебраться поближе к своему дому и семьям. Кроме того, создание таких отделений полудомашнего типа облегчит пациентам переход из спецклиники в отделение открытого типа.

На региональном уровне необходимо значительно увеличить сеть специальных отделений для преступников или потенциально опасных индивидуумов, еще не замешанных в уголовных преступлениях.

Возможно, будет достигнут некоторый прогресс и в вопросе создания оптимальной среды для жизни детей, чтобы предотвратить развитие расстройств личности, хотя, как мы уже говорили, для реализации идеальной ситуации существуют принципиальные ограничения. Можно ожидать прогресса в области контроля агрессивного поведения с помощью медицинских препаратов, воздействующих на моноаминовый или иной метаболизм центральной нервной системы, и появления новых возможностей для распознавания таких часто сопровождающих расстройств личности факторов, как психомоторная эпилепсия.

Новый диапазон проблем («совместная психиатрия»)

Хотя поле деятельности психиатрии сократилось в результате уменьшения общего количества больничных коек и появления новых методов лечения таких заболеваний, как шизофрения, в

586

Психиатрия

то же время, произошло расширение сферы ее влияния за счет распространения обслуживания амбулаторных пациентов и проживания пациентов в условиях общества. С возвращением психиатрического отделения в стены районной больницы общего профиля все чаще терапевты и хирурги приглашают психиатров для получения рекомендации по лечению самых разнообразных заболеваний, в основном психосоматического типа, которые в прошлом встречались в их практике много реже. Можно надеяться на повышение роли психиатров и в лечении таких заболеваний, как астма, язва двенадцатиперстной кишки, некоторые кожные заболевания и ряд встречающихся в палатах общего типа недугов, содержащих психологический или психиатрический аспект.

С развитием сети психосексуальных клиник устанавливается новая связь между такими специалистами, как гинекологи, с одной стороны, и консультанты по супружеским отношениям, с другой. При работе с такими пациентами, которым до недавнего времени некуда было обращаться за помощью, врач должен владеть навыками в самом широком диапазоне. И это не единственный пример появления новых сфер деятельности для психиатров, поэтому в будущем вряд ли ожидается сокращение их загруженности, несмотря на то, что еще совсем недавно, когда только создавалась государственная служба здравоохранения, люди увлекались утопией общества без болезней, которое так хорошо описал Бивен.

Новые открытия могут появиться только при условии должным образом организованных

исследований, постоянной заботы об улучшении размещения фондов и при повышении уровня понимания общественностью нужд и проблем психиатрии. В последние годы *Национальная ассоциация психического здоровья* (MIND) приложила значительные усилия для изыскания финансовых средств и для привлечения внимания общественности и соответствующих министерств к нуждам психически больных и к поддержанию психического здоровья населения. Эта организация обращает особое внимание на имеющиеся в этой области трудности и находит деньги на реализацию ряда проектов в сфере психического здоровья.

Что касается собственно психиатрии, то *Общество клинических психиатров* Великобритании и аналогичное объединение в Соединенных Штатах, известное под названием Группы содействия прогрессу в психиатрии (Group for Advancement of Psychiatry), помогают развитию психиатрического обслуживания и введению современных методов лечения в психиатрических

Перспективы на будущее

587

клиниках. Кроме того, *Общество клинических психиатров* осуществило . программу Королевской коллегии психиатров по введению стандартов подготовки психиатров, а также помогло в аккредитации комитетов, которые посещают психиатрические отделения по стране, инспектируя выполнение требований стандартов подготовки штата психиатров, а также организуют проведение экзаменов на членство в Коллегии, что необходимо для врача, желающего занять руководящую должность.

Общество клинических психиатров поддерживает работу групп, исследующих проблемы, имеющие важное значение в текущей работе психиатров, обеспечивает публикации по таким темам, как связь психиатрии с социальной службой или с общественностью. Кроме того, оно учредило исследовательский фонд для поддержки тех психиатров, которым требуется финансовая помощь в проведении исследований по проблемам психиатрии.

Последние два десятилетия были временем вдохновляющего прогресса и новаторских изменений в психиатрии. Включение психиатрии в систему службы здравоохранения и научные достижения обеспечили возможность появления новых методов лечения, а усовершенствование законодательства, последовавшее за выходом в 1959 году *Акта о психическом здоровье*, сделало Великобританию лидером в развитии психиатрического обслуживания. Мы можем с уверенностью смотреть вперед, в последующие два десятилетия, надеясь, что, может быть, удастся достичь еще больших успехов и победить, наконец, такие заболевания, как шизофрения и деменции.

Литература

Howells, J. E., *Contemporary Issues in Psychiatry*, Butterworth, London, 1974.

Available from Society of Clinical Psychiatrists.

Plog, S. C., *The Year 2000 and Mental Retardation*, Plenum, London, 1980.

Silverstone, T., *Contemporary Psychiatry*, Royal College of Psychiatrists, London, 1976.

Spitzer, R. L., and Klein, D. F., *Critical Issues in Psychiatric Diagnosis*, Raven, New York, 1978.

Глоссарий

Аменция. Недостаточность развития интеллекта, умственная отсталость, или умственная дефективность.

Анаклитическая депрессия. Болезненная безучастность; развивается у грудных детей, испытывающих эмоциональную депривацию. **Ангиография.** Метод рентгеновского исследования, при котором в кровеносные сосуды вводится с помощью инъекции непроницаемое для рентгеновских лучей вещество, дающее в этих лучах изображение потоков по сосудам.

Анксиолитик. Лекарственный препарат, использующийся для облегчения состояния тревожности.

Аутизм. Эмоциональное замыкание пациента в себе, наблюдаемое при некоторых психотических состояниях, например, детский аутизм.

Аутохтонная идея. Первичный бред, развивающийся внезапно, главным образом при шизофрении; возникает *de novo* и очень похож на действительность.

Аффект. Продолжительное эмоциональное состояние. **Аффективное расстройство.** Психическое

заболевание, основной отличительной особенностью которого является изменение эмоционального состояния, а именно развитие депрессии или возбуждения.

Ацетилхолин. Один из химических медиаторов моноаминов в центральной нервной системе, имеющий важное значение для передачи сигналов по нервным путям, особенно по периферическим нервам и в парасимпатической ветви вегетативной нервной системы. **Бензодиазепины.** Группа лекарств, эффективных при контроле состояний тревожности.

Билирубиновая энцефалопатия. Осаждение желчных солей в веществе мозга, наблюдаемое обычно у новорожденных детей, когда их резус-фактор несовместим с резус-фактором матери.

Глоссарий

589

Биоэнергетика. Техника групповой терапии.

Биполярное аффективное расстройство. Психотическое заболевание, при котором у одного и того же пациента в разное время бывают колебания настроения как депрессивного, так и маниакального типа.

Бред. Неистинное убеждение, противоречащее воспитанию индивидуума и его интеллекту, не поддающееся разумной аргументации. **Булимия.** Патологически чрезмерный аппетит.

Бутирофеноны. Группа лекарств, эффективных при контроле маниакального поведения и некоторых симптомов шизофрении.

Вагинит. Болезненное воспалительное заболевание влагалища, часто бактериальной или грибковой природы.

Вегетативная нервная система. Часть нервной системы, контролирующая внутренние функции организма и управляющая эмоциональным состоянием.

Венекспериментальная (venexperiential) психотерапия. Концепция семейной терапии, предложенная Хауэллом.

Височная эпилепсия. Судорожный разряд, происходящий в височной доле коры мозга, когда не захватывается все вещество мозга в целом. Поэтому при этом заболевании у пациента отсутствуют сильные припадки, но проявляются причудливые расстройства моторных функций или чувственного восприятия, могут быть и эпизоды расстройства памяти. **Внутривенный.** Вводимый в вену.

Вуайеризм. Получение сексуального удовлетворения при подсматривании за раздетыми или совокупающимися людьми. **Галлюцинация.** Ложное восприятие, например, голоса, возникающее при отсутствии какого бы то ни было внешнего раздражителя. **Гебефрения.** Тип шизофрении, характеризующийся бредовым мышлением и галлюцинаторными переживаниями. **Гештальт-терапия.** Психотерапевтическая техника Перлза. **Гиперпролактинемия.** Избыточно высокий уровень гормона пролактина в организме, в некоторых случаях связанный с новообразованиями в железе внутренней секреции и сопровождающийся импотенцией. **Гипертермия.** Избыточно высокая температура тела. Может вызываться намеренно с целью лечения определенных инфекций мозга, таких, как

поздний сифилис.

Гипогликемия. Аномально низкий уровень сахара в организме, обычно обусловленный введением инсулина пациенту с целью получения именно

590

Психиатрия

такого состояния, или возникающий у диабетиков, когда им вводится слишком много инсулина. Оно может быть обусловлено и опухолью в поджелудочной железе.

Гипомания. Заболевание, выражающееся в аномально приподнятом настроении. Слабая степень мании.

Гормоны. Вещества, производимые в организме железами внутренней секреции, различным образом воздействующие на метаболизм и переносимые потоком крови.

Делирий. Острое расстройство сознания и ориентации, часто наблюдаемое при сильной лихорадке, интоксикационных состояниях или при внезапно и стремительно развивающихся физических заболеваниях.

Delirium tremens (белая горячка). Тип делирия, обусловленный резким прекращением приема седативных препаратов, в частности алкоголя. **Деменция.** Заболевание, возникающее в результате дегенерации клеток коры головного мозга, которое может обуславливаться разными причинами и приводит в основном к расстройству памяти, ориентации и социального самосознания.

Dementia praecox. Старое название шизофрении. **Деперсонализация.** Состояние измененного

сознания, наблюдаемое при некоторых психотических заболеваниях, при котором тело ощущается измененным каким-либо образом.

Дереализация. Состояние, аналогичное деперсонализации, за исключением того, что измененной кажется окружающая среда. **Диссоциация.** Состояние измененного сознания, наблюдаемое при истерических неврозах и состояниях тревожности (например, в фуге и истерической амнезии).

Железа внутренней секреции. Выделяющая гормон железа, например, щитовидная, поджелудочная железа или надпочечники. **Женский гомосексуализм.** Еще одно название лесбиянства. Зоб. Заболевание, связанное с увеличением щитовидной железы. **Иллюзия.** Искаженное восприятие, обусловленное ложным пониманием некоторых внешних раздражителей.

Импринтинг. Процесс, с помощью которого молодое животное обучается определенным паттернам поведения в критические фазы своего развития.

Ионизация. Распад молекул растворенного вещества на заряженные комплексы атомов.

Истерия. Невротическое состояние, при котором расстройство функционирования организма происходит без какой-либо физической причины.

Глоссарий

591

Катаплексия. Расстройство функционирования мозга, при котором эмоциональное состояние пациента вызывает внезапное засыпание. **Кататония.** Тип шизофрении, характеризующийся расстройством двигательной активности, причудливыми ритуалами и странными паттернами поведения.

Кахексия. Состояние серьезного нарушения процесса питания. **Кератиты.** Роговое отвердевание внешних слоев кожи. **Клэнговая ассоциация (clang associasion).** Ассоциация одного слова с другим на основе схожести их звучания.

Комплекс Электры. Женский эквивалент Эдипова комплекса. Концепция, использованная Фрейдом при объяснении неврозов. **Компульсия.** Симптом, наблюдающийся при некоторых невротических заболеваниях, когда человек чувствует настоятельную необходимость выполнять какое-либо ритуальное действие. **Конфабуляция.** Тенденция, проявляемая при некоторых видах деменции, направленная на заполнение провалов памяти неистинными, воображаемыми ответами на поставленные вопросы. **Лабильность настроения.** Состояние, обычно сопровождающее деменцию, характеризующееся внезапными колебаниями настроения от печали до счастья и наоборот, не согласующееся с окружением пациента в данный момент.

Лейкотомия (лоботомия). Операция на головном мозге, используемая для лечения тяжелых состояний психического напряжения, депрессии и навязчивых состояний, во время которой рассекаются определенные нервные пути, идущие от лимбической системы к лобной доле коры.

Лекарственный препарат. Любое вещество, не являющееся пищей, которое при приеме внутрь тела воздействует на его реакции или на те микроорганизмы, которыми тело заражено.

Лимбическая система. Часть центральной нервной системы, расположенная, в основном, в среднем мозге, состоящая из миндалевидного ядра, гиппокампа, свода головного мозга и еще некоторых отделов мозга, ответственная за контроль эмоциональных уровней и реакций индивидуума.

Лонно-копчиковые мышцы. Мышцы промежности, идущие от лобной кости через основание брюшной полости к позвоночнику, которые окружают сфинктер и формируют его мускулы, предназначенные для управления прохождением веществ через мочеиспускательный канал и прямую кишку. Эти мышцы окружают также влагалище и ответственны за развитие вагинизма.

592

Психиатрия

Маниакально-депрессивный психоз. Старый термин, обозначающий биполярное аффективное расстройство.

Мания. Психиатрическое заболевание, сопровождающееся эйфорией и аномально приподнятым настроением; часто наблюдается как составная часть биполярных аффективных психозов. Мейоз. Часть процесса деления репродуктивной клетки перед оплодотворением.

Метаболиты. Продукты химических реакций, воздействующие на белки, углеводы и жиры внутри тела. Часто это продукты распада белковых ферментов.

Митоз. Процесс в клеточном делении, при котором хромосомные пары расходятся, и клетка делится на две новые клетки. **Мозжечок.** Часть мозга, управляющая равновесием и координацией; особенно хорошо развит у птиц. **Моноамины.** Группа химических медиаторов в мозге. **Монополярное аффективное расстройство.** Психотическое депрессивное заболевание,

депрессия эндогенного типа, или монополярная депрессия, при которой нет фазы мании или гипомании. **Мутация.** Изменение. Процесс наследования, в результате которого появляется новый фактор, отсутствовавший у прежнего поколения. **Нарколепсия.** Аномальная, патологическая склонность к засыпанию.

Натрий. Атом, играющий в ионизированном состоянии, наряду с калием, важную роль в обеспечении проводимости нервных путей. Он является компонентом хлорида натрия, распространенной соли. Его концентрация возрастает в клетках пациента, страдающего аффективными психозами. Введение нейтральной соли хлорида лития (входящий в ее состав литий не ионизируется в растворе) вызывает уменьшение внутриклеточного содержания натрия за счет того, что молекулы натрия замещаются молекулами лития в отношении один к одному.

Невроз (психоневроз). Психиатрическое расстройство, обычно умеренной тяжести, доминирующей отличительной особенностью которого является состояние тревожности и сохранение инсайта. **Невропатия.** Воспаление или вырождение нервных клеток. **Обсессивность.** Умственная озабоченность чем-либо, которая при обсессивном неврозе обычно имеет черты ритуального поведения. **Органическая уязвимость.** Ситуация на ранней стадии деменции, когда мозг еще функционирует с максимальной эффективностью, но уже проявляются симптомы спутанности сознания, поскольку развивается ка-

Глоссарий

593

кое-то органическое заболевание и нарушается эффективность метаболизма мозга.

Отреагирование. Повторное переживание и выражение каким-либо образом вытесненного эмоционального материала. **Параноид.** Болезненно-подозрительное мышление, часто типа навязчивого представления с бредом преследования; наблюдается при паранойе и параноидной шизофрении.

Парасимпатическая. Ветвь вегетативной нервной системы, отвечающая за работу желез внутренней секреции, сексуальное возбуждение и эрекцию.

Парафрения. Психотическое параноидное заболевание, напоминающее шизофрению; развивается в старческом возрасте. **Паркинсонизм.** Состояние, сопровождающееся тремором, в частности дрожанием рук по типу катания пилули, мышечными судорогами, шаркающей походкой и избыточным слюноотделением; наблюдается при болезни Паркинсона и при некоторых расстройствах функционирования базальных ядер, вызываемых уплотнением стенок артерий. Паркинсонизм может вызываться лекарственными препаратами и проявляться в виде побочного эффекта при приеме некоторых нейролептиков. Особенно склонны индуцировать это состояние фенотиазины и бутирофеноны, однако в этом случае паркинсонизм можно устранить уменьшением дозы препарата или назначением дополнительно противодействующего паркинсонизму средства, такого, как бензгексол.

Патология. Наука о болезненных изменениях органов или тканей. **Педиатрия.** Наука о детских болезнях.

Педофилия. Противоестественное сексуальное влечение к детям. **Перенос.** Развитие у пациента эмоциональных взаимоотношений с психотерапевтом, в частности с психоаналитиком.

Периферийная невропатия. Разрушение нервных окончаний, идущих к периферийным частям тела, в частности к рукам и стопам. Может развиваться по разным причинам, таким, как токсические процессы, отравления, недостаток витаминов или неврологические заболевания, например, рассеянный склероз.

Пикнический. Тип конфигурации тела, характеризующийся жировыми отложениями и тенденцией к квадратным формам; часто сопровождается проявлением циклотимической личности и тенденцией к развитию биполярных аффективных психотических заболеваний.

Пилоэрекция. Поднятие волос, как это бывает у некоторых млекопитающих в состоянии гнева или возбуждения.

20 Зек. № 453 Хэзлем

594

Психиатрия

Плацебо. Инертное вещество, не являющееся лекарством; дается вместо медикамента только ради получения психологического полезного эффекта. Плацебо используется при сравнительном изучении эффективности новых активных препаратов, то есть при их клинических испытаниях.

Поздняя дискинезия. Аномальные движения мышц, в частности мышц рта и языка, обусловленные процессом дегенерации базальных ядер в результате длительного приема высоких доз фенотиазинов, которые имеют боковую алифатическую цепь, например, хлорпромазина. **Прогноз.**

Предположение об исходе развития болезни. **Прогрессивный паралич (поздний сифилитический психоз)**. Старое название того типа деменции, который вызывается эффектами последствия сифилиса.

Профилактика. Попытка предотвратить развитие болезни, например, вакцинация.

Психиатр. Врач, специализирующийся на заболеваниях, вызывающих расстройства настроения, мышления и поведения. **Психоаналитик**. Специалист, не обязательно имеющий медицинское образование, прошедший особый курс обучения психоанализу на основе теории Фрейда.

Психогериатрические расстройства. Психиатрические проблемы, появляющиеся в престарелом возрасте.

Психодрама. Психотерапевтическая техника, использующая театрализованную игру.

Психоз. Тяжелое психиатрическое заболевание, такое, как шизофрения, при котором обычно утрачивается инсайт. **Психолог**. Специалист, занимающийся изучением психических механизмов и способный работать в сфере образования, здравоохранения или исследований. Он может не иметь медицинского образования, но способен работать в сотрудничестве с психиатрами в больнице, занимаясь тестированием умственных процессов у пациентов и принимая участие в ориентированных на поведение лечебных программах. **Психология**. Наука о нормальных психических процессах.

Психопатия. Состояние, при котором человек проявляет безответственное или агрессивное поведение.

Психопатология. Наука о психологических процессах, способствующих развитию заболевания.

Психосоматическое заболевание. Заболевание, при котором в организме обнаруживаются явные физические изменения, связанные в своей этиологии с воздействием психологических факторов.

Глоссарий

595

Расторженность. Утрата нормальной способности к контролю поведения и потеря социального самосознания; наблюдается при деменциях.

Реакция Вассермана (РВ). Тест, используемый для диагностирования сифилиса, особенно на поздних его стадиях; проводится по анализу крови.

Реакция конверсии. Явление, наблюдаемое при истерии, когда происходит резкое изменение мнения или поведения.

Ретикулярная формация. Та часть среднего и ромбовидного мозга, которая связана с уровнями возбуждения и тесно взаимодействует с лимбической системой.

Связанное с полом наследование. Тип наследования фактора заболевания, связанный с женской X-хромосомой. Так, рецессивный фактор будет проявляться у особей мужского пола, имеющих только одну X-хромосому, а женские особи будут носителями.

Симпатическая нервная система. Та часть вегетативной нервной системы, которая ответственна за подготовку организма к борьбе. Она управляет страхом и функционирует за счет являющегося моноамином но-радреналина.

Синапс. Соединение нервных клеток, через которое нервный импульс, идущий из одной клетки в другую, переносится с помощью химических передающих агентов.

Сифилис. Венерическое заболевание, получаемое обычно половым путем, которое в отсутствие лечения может через много лет воздействовать на центральную нервную систему за счет заражения вещества мозга инфекционным возбудителем, спирохетой. Если в основном поражается спинной мозг, заболевание называется сухоткой спинного мозга, а если поражается центральная нервная система, то заболевание носит название прогрессивного паралича, или позднего сифилитического психоза.

Сколини. Лекарственный препарат, используемый для индуцирования паралича мышц во время анестезии; полезен также для предотвращения спазма мышц при проведении электросудорожной терапии. **Соматические**. Органические (физические) симптомы, такие, как боль при пальпации или просто боль, например, головная. «Сомлек» («Somlec»), Лечение с помощью электросна, используемое при состояниях психического напряжения или тревожности. **Стандартное отклонение**. Понятие из области статистики, означающее нормальную степень отклонения от среднего значения. **Стереотип**. Стереотипное бессмысленное повторяющееся поведение, которое может наблюдаться при деменциях или при псевдодеменции, сопровождающей тяжелые приступы шизофрении.

20»

596

Психиатрия

Субдуральная гематома. Сгусток крови в субдуральной области под черепом, который может образовываться в результате удара или иного повреждения черепа, способный при своем увеличении вызвать повышение внутричерепного давления.

Судебная психиатрия. Наука о медико-правовых и уголовных аспектах психиатрических болезней.

Суточные колебания настроения. Изменение на протяжении дня, например, ежедневное колебание настроения, типичное для депрессивной фазы аффективных психозов, когда утром настроение имеет

более угнетенных характер, чем вечером.

Таламус. Главный подкорковый центр, имеющий особенно важное значение в качестве координатора реакций на раздражители, поступающие из разных источников, в частности из лимбической системы, ответственной за эмоциональное состояние.

Терапия окружающей средой. Термин, обозначающий психотерапевтический процесс в терапевтической общине.

Тестостерон. Главный мужской половой гормон, вырабатываемый в яичках.

Тиоксантины. Группа лекарств, аналогичных фенотиазинам; используется для лечения шизофрении.

Тиопентон. Быстродействующий барбитуратовый анестетик; используется при электросудорожной терапии, а также в технике отсагирования; вводится внутривенно.

Травма. Повреждение органа или нарушение какого-либо психического процесса.

Трансвестизм. Потребность или навязчивая необходимость одеваться так, как это свойственно противоположному полу. **Транссексуальность.** Состояние индивидуума, который хочет быть человеком противоположного пола и ощущает себя так, будто его личность заперта внутри тела не того пола. Такие люди могут желать подвергнуться операции по изменению пола.

Фенотиазины. Группа химических соединений, в основе структуры которых лежит трициклическое бензильное кольцо; используется для лечения шизофрении и других психотических заболеваний. В малых дозах они могут применяться и для контроля состояния тревожности. **Фуга.** Состояние измененного сознания, наблюдаемое при эпилепсии и истерических неврозах, когда поведение пациента становится автоматическим, лишенным ответных реакций, с последующим забыванием происшедшего эпизода.

Функциональное заболевание. Термин, применяемый к шизофрении и аффективным психозам, когда заболевание вызывается психическими

Глоссарий

597

симптомами, чтобы отличать их от заболеваний, имеющих органическое происхождение.

Хорея. Расстройство базальных ядер внутри координирующих центров мозга, управляющих, кроме прочего, движением тела. При их поражении возникают хореоподобные, то есть аномально отрывистые движения конечностей, что наблюдается при некоторых типах деменции. **Хромосомы.** Спаренные гены, находящиеся в ядрах каждой клетки и управляющие наследованием.

Цереброспинальная жидкость. Жидкость, которая омывает мозг внутри черепа и позвоночника.

Циклотимическая личность. Тип личности, характеризующийся резкими сменами настроения, от счастья до печали, происходящими скорее от внутренних, чем от внешних причин.

Шизофрения. Психотическое заболевание, характеризующееся, в основном, расстройствами мышления.

Шкала визуальных аналогий. Метод оценки переживания или настроения, такого, как состояние тревожности; состоит в том, что пациента просят оценить самого себя в соответствии с прямолинейной шкалой с максимальным значением на одном ее конце и с минимальным — на другом.

Эдипов комплекс. Концепция, сформулированная Фрейдом и названная по имени царя Эдипа, героя греческой легенды; используется для объяснения развития некоторых неврозов, обусловленных неспособностью мальчика разрешить свой конфликт, состоящий в любви к матери и ненависти к отцу.

Экспозиционизм. Термин, обозначающий стремление человека продемонстрировать (exhibit) свои половые органы при лицах противоположного пола с целью получения сексуального удовлетворения.

Электрокоагуляция. Метод, используемый в хирургии для разрушения ненужной ткани; не повреждает остальные ткани и не приводит к кровотечениям.

Электролиты. Вещества, молекулы которых распадаются в растворе на электрически заряженные ионы; например, натрий, калий и хлор. **Электросон.** Процедура, разработанная для облегчения состояния тревожности и психического напряжения, при которой слабый электрический ток используется для инициирования засыпания. Он производит гипнотический эффект путем синхронизации электрических мозговых ритмов, наблюдаемых на энцефалограммах.

Электросудорожная терапия. Метод, в котором для инициирования генерализованного разряда в веществе мозга используется электрический ток.

598

Психиатрия

кий ток. Метод особенно полезен при лечении аффективных психозов. **Электроэнцефалография (ЭЭГ).** Метод, используемый для записи электрической активности мозга, достаточно сходный с электрокардиографией.

Эмбриология. Наука о развитии внутриутробного плода, то есть ребенка до его рождения.

Эмпатия. Отношения взаимной симпатии и взаимопонимания между двумя людьми.

Эндогенное заболевание. Заболевание, возникающее в результате внутреннего расстройства собственного метаболизма организма, а не вследствие воздействия внешней среды. Так, эндогенная депрессия — это депрессия, возникающая по биохимическим причинам, а не из-за факторов внешней среды.

Энцефалит. Воспалительное заболевание головного мозга вследствие заражения вирусной инфекцией.

Эпилепсия. Заболевание, при котором нервные клетки мозга становятся гиперчувствительными, что приводит к вспышке неконтролируемого разряда, вызывающего припадок.

Эстроген. Основной женский половой гормон, образуемый в яичниках.

Этиология. Причина болезни.

Ядра. Группа нервных клеток, образующих сложные соединения и обслуживающих определенные функции центральной нервной системы.

Указатель

Аверсивная терапия 153, 155, 365, 375, 465, 481

Автоматизм 424, 432, 563, 564

Агорафобия 203, 291

Агрессия 216, 218, 542, 543, 547, 559, 560, 563, 564

Адлер, Альфред 103

Акроцефалия 524, 532

Акт о бродяжничестве от 1744 года 101

Акт о домах для умалишенных от 1828 года 84

Акт о душевнобольных преступниках от 1800 года 542

Акт о злоупотреблениях наркотическими препаратами от 1971 года 558

Акт о лечении психических расстройств от 1930 года 86

Акт о национальной службе здравоохранения от 1946 года 86

Акт о преступлениях против личности от 1961 года 542

Акт о приютах от 1808 года 84

Акт о психическом здоровье от 1959 года 36

Акт о психическом здоровье от 1983 года 549

Акт о сексуальных преступлениях от 1967 года 471

Акт о судах магистратов от 1952 года 542

Акт о судах над сумасшедшими от 1883 года 543

Акт об абортах от 1967 года 542

Акт об убийстве от 1957 года 542

Акт об умалишенных от 1890 года 86

Акты об уголовном судопроизводстве 542

Акты об умственной неполноценности от 1913 и 1927 года 86

Алкоголизм 365, 366

Альцгеймера болезнь 414

Аменция 37, 54

Амнезия 428

Амфетамины 93

600

Анксиолитики 132

Аномалии сексуального поведения 344, 452

Анорексия психическая 243, 211, 485

Антабус 374

Антидепрессанты 98

Антисудорожные препараты 132

Апатия 289, 434

Астма 30, 327

Аутизм 485

Африканский периодический психоз 281

Аффект 34

Аффективный психоз 506

Барбитураты 93

Безумие шляпников 342
Бензодиазепины 99
Бессонница 299
Бета-блокирующие агенты 320
Билирубиновая энцефалопатия 540
Биохимия 206
Биоэнергетика 169
Бледная спирохета 91
Блейлер 222
Болезнь Вильсона 514, 533
Болезнь Пика 419
Болезнь Тея-Сакса 514
Болезнь Якоба-Крейцфельда 419
Большие транквилизаторы 97
Боулби 490
Бродмур 44
Бромиды 342, 430
Булимия психическая 485
Бутирофеноны 132
Вагинизм 338, 438
Вайнленд 346
Вегетативная система 294, 329
Вернике энцефалопатия 365, 370
Вибраторы 457
Височная эпилепсия 212
Витаминная недостаточность 90
Вифлеемская больница 83
Психиатрия
Указатель
Восковая гибкость 235
Вуайеризм 464, 467, 477
Галактосемия 514
Галлюцинация 35
Галлюциногены 115
Гарголизм 514
Гашиш 366, 380, 381, 383
Гебефрения 221
Гетерофобии 469
Гештальт-терапия 169
Гидроцефалия 514
Гиперкинез 420
Гиперсомния 407
Гипноз 130, 148, 295
Гипнотерапия 102
Гипогликемия 179
Гипомания 34, 508
Гипофиз 51
Голдфарб 490
Головная боль 434
Гомосексуализм 353, 464
Гомоцистинурия 117
Групповая терапия 166
Группы встреч 163
Двуокись углерода 94, 146, 295, 323
Дебил 87, 518
Deja vu 308
Дезориентация 410
Делирий 410
абортивный 143
алкогольный (*delirium tremens*) 369 Деменция 37, 43, 54, 90, 128, 411

атероскл еретическая 417
паралитическая 91
пресенильная 418
сенильная 415
Dementia praecox 89, 110, 506 Деперсонализация 218, 292, 307 Депрессия 43
анаклитическая 490
601
602
Психиатрия
биполярная 254
монопольная 254
реактивная 306
эндогенная 136, 260 Депривация 236 Дерезализация 218, 308 Детоубийство. Акт от 1938 года 542
Дефективность умственного развития (см. недостаточность
умственного развития) Диметилфенилэтиламин 226
Дисгармония во взаимоотношениях партнеров 453 Дизлексия 486 Диспареуния 445 Диссоциация 307
Дисфункция оргазма 448 Допамин 98
Дыхательная система 327 Еллинек 367 Жане 310
Желудочно-кишечная система 327 Злокачественная анемия 201 Идиотия 518 Иллюзия 35
Имбецильность 518 Имипрамин 99 Импульсивная терапия 155 Импотенция 48
Ингибиторы моноаминоксидазы 98 Инсулин 94 Интеллект 51
Интеллектуальная функция 418 Ипохондрия 243, 255, 299 Исправительные дома 83 Истерия 309
Йоркский приют 83 Камфара 94 Кардиазол 95 Катаплексия 407 Кататония 222, 234, 267 Кинзи 355
I Указатель
\ Клаустрофобия 302
УКлейн, Мелани 103
Когнитивная терапия 170
Кожные заболевания 336
Кольцо Блако 461
Комиссия по Акту о психическом здоровье 76
Контузия 408
Конфабулез (конфабуляция) 408, 422
Концентрация 255, 266
Королевская больница Чидл 83
Крапивница 327
Краснуха (немецкая корь) 514
КрепелинЗО, 89, 93, 101, 221, 225, 228, 240
Кретинизм 527
La bel indifference 310
Лабильность 404
Лактат 119, 298
Лейкотомия (лоботомия) 95, 207, 272
Летаргический энцефалит 92, 431, 519
Лизергиновая кислота (ЛСД) 366
Лимбическая система 115
Литий И8, 140, 269
Магазинные кражи 543, 563
Мания 254, 280
Мастере и Джонсон 455, 462
Мегалобластное сумасшествие 333
Медуна 94, 180, 323
Меланхолия 260
Мелатонин 117
Менингит 420
Мескалин 115
Месмер 102
Метедрин 147
Миалгическая энцефалопатия 432
Мигрень 328, 339
Микседема 257, 316, 340, 430, 432

ювенильная 527
Микседемное сумасшествие 432 Миндалевидное ядро 133 Модифицированный инсулиновый метод
145
603
604
Психиатрия
Мозжечок 329
Мониз, Эгас95, 145
Моноамины 136, 255, 329
Монополярный аффективный психоз 260
Моносимптоматические бредовые системы (психозы) 222
Моносимптоматический ипохондрический психоз 240, 243
Моральная дефективность 513
Морено 167
Мотивация 479
Мочеполовая система 328
Надпочечники 338
Нарколепсия 94
Насилие над детьми 560
Наследование 522
Неадекватность аффекта 344
Невоидная аменция 536
Неврастения 299
Невроз 31, 34
Неврология 196, 197
Невропатия 201
Негативизм 491
Недостаточность возбуждения или эрекции 445
Недостаточность умственного развития 36, 219, 513, 515, 519
тяжелая 519 Незрелость 344, 349 Нейролептики 132, 140 Нейрохирургия 207 Некрофилия 478
Немецкая корь (см. краснуха) Неполноценность умственная (см. недостаточность
умственного развития) Непреднамеренное убийство 548, 549 Неспособность к оргазму 428 Ногухи и
Моор 91, 421 Нормальность 49
Обсессивно-компульсивный невроз 139 Ограниченная ответственность 548 Оксазины 270 Опухоли 198
Опухоль мозга 200
Указатель
605
Органические заболевания 31, 309
Ориентация 411, 468
Отделение прогрессивного лечения 358
Отделения матери и ребенка 278
Отклонение (девиация) 207
'Отравление марганцем 435
'Отравление ртутью 434
Отравление свинцом 342, 420, 430, 434
Отреагирование 130, 143, 312, 323
Отставание умственное (см. недостаточность
умственного развития) Павлов 202
Пагубная привычка 365 Параноидный 36, 240 Паранойя 36
Парасимпатическая 315, 331 Парасуицид 257 Парафрения 222 Паркинсонизм 417 Педофилия 154
Пептическая язва 327 Перенасыщенность мышления 224 Перенос 322 Пигмалионизм 478 Пимозид234,
240, 320, 321, 500 Пинель 85 Пиперазины 142 Пиперидины 141, 142
Поведенческая психотерапия 102, 151, 292, 294, 313, 325 Поздняя дискинезия 98 Порнография 478
Порфириновая болезнь 342 Правила Мак-Нотона 548
Предменструальное психическое напряжение 338 Прерывание беременности 542, 551 Привязанная к
дому домохозяйка 302 Приют 83, 84 Приют Линкольна 85 Прогрессивный паралич 186, 404
Производственная терапия 251, 574
606
Психиатрия
Проституция 440

Протеро 278
Психоанализ 102, 131, 292, 295, 317
Психодрама!68
Психоз Корсакова 90, 365, 370
Психоз 408
африканский периодический 281 Корсакова 90
маниакально-депрессивный 89 органический 409 послеродовой 186, 276, 552 Психология 86
Психомоторный приступ 425 Психоневроз (см. Невроз) Психопатия 36, 87
Психосексуальные расстройства 22, 440 Психосоматическое расстройство 255, 327, 322 Психотерапия
48, 100, 102, 149, 249, 295, 321, 345, 365, 428, 429 Раздражительность 265, 274 Расстройства метаболизма
328
Расстройство личности 110, 120, 128, 199, 236, 489, 585 Расстройство мышления 221, 222, 383
Расстройства памяти 191 Расстройство поведения 219, 485, 491 Расстройство сна 255, 266, 492
Расторможенность 406 Резерпин 117 Резидент, идея о 237
Рекомендующий Акт об идиотах от 1886 года 86 Релаксация 152 Ринит 327, 334
Рот, сэр Мартин 302, 309, 390, 402 Садомазохизм 464, 478 Сакель 95, 101, 143
Сексуальные приспособления 457, 459 Сенная лихорадка 327, 334 Сердечно-сосудистая система 334
Симпатическая система 331, 438, 443, 450 Симптом Фриголи 243 Синдром Гунтера-Гурлер 514, 524,
535
Указатель
Синдром Дауна 514 Синдром Капгра 242 Синдром Клайнфельтера 514 Синдром Клерамбо 243 \
Синдром Лежена 525 ' Синдром Марфана 532 i Синдром Менкеса 533 Синдром Отелло 241 Синдром
«побитого ребенка» 543 Синдром «побитой жены» 543 Синдром Стерджа-Вебера 536 Синдром
Тернера 525, 535 Синдром Туре 485 Сифилис 90, 111, 200, 341, 420, 429, 525
врожденный 540 Скачка идей 255 Скелетно-мышечная система 328 Склероз туберозный 514
Скотоложество 464 «Совместная психиатрия» 196, 585 Сознание 28
Соматопсихические расстройства 328, 339 «Сомлек» («Somlec») 143, 148, 334, 334, 582 Состояние
спутанности сознания вследствие
интоксикации 277
Социальный коэффициент (SQ) 346 Социология 203 Социопатия 361 Спецклиники 547 Статистика 206
Стимуляторы 366, 380 Ступор 234, 267 Субдуральная гематома 428 Суд по защите 78 Судебная
психиатрия 588 Суицид 255, 257, 542, 550
Акт от 1961 года 543 Супружеская терапия 162 Терапия с помощью инсулиновой комы 179 Техника
ответного подавления 155

607

608

Психиатрия

Тики 500

Тиоксантины 132, 142

Тиопентон 147, 153

Тирании 137, 321

Тиреотоксикоз 340, 436

Токсоплазмоз 540

Транквилизаторы 97, 99

Трансакциональный анализ 169

Трансвестизм 154, 464

Транссексуализм 464

Тревожность (тревога, страх) 28, 119, 146, 216, 217, 291, 304

пронизывающая 299

Трибунал по пересмотру психического здоровья 66 Трициклические антидепрессанты 98, 131, 132, 138,
267, 268 Туберкулез 341

Тяжелая степень недостаточности умственного развития 36 Тьюк 85

Убийство 544, 549 Убийство жизнеспособного, но не отделившегося
от тела матери ребенка 551

Уголовно-процессуальный (невменяемость) акт от 1964 года 542 Умственная неполноценность
(дефективность) 66, 513 Управление по делам умалишенных 84 Уязвимость органическая 411
Фенелзин 132, 137, 321 Фенилкетонурия 514, 524 Фенотиазины 247, 369 Фетишизм 154, 464
Фиксированная идея 240 Фобия 29, 216

моносимптоматическая 291, 494 Фокусирование ощущений 438, 447, 451, 456 Фрейд, Зигмунд 27, 102,
114, 150, 202, 292 Фригидность 48, 440 Фроттаж 440 Фуга 310, 424, 563 Фурор 424 Хартнапа болезнь

533 Хил, Р.Г. 85 Хлордиазепоксид 132, 133, 318

Указатель

Хлорпромазин 97, 141, 247, 369 I Хорея Гентинггона 419 \Хэзлем 91, 421 (Черепно-мозговая травма

55 Мерлетти и Бини 95, 144, 180 ^1етырехциклические антидепрессанты 132, 270 Шарики гейши

460 ШаркоЮ2, 322 Шизофрения 31, 43, 178, 221

параноидная 223

простая 223

резидуальная 223

ювенильная 507 Школьная фобия 485 Шнейдер 236

Шоковая терапия (см. электросудорожная терапия) Экзема 327, 336 Эксгибиционизм 440

Электросон 291

Электросудорожная терапия (ЭСТ, шоковая терапия) 176, 177, 210, 223, 255, 323, 580

Эмоциональное отупение 222 Эмпатия 37

Эндокринные расстройства 338 Энкопрез 492 Энурез 491

Энцефалит 407, 421, 431, 504 Эпилепсия 198, 219, 223, 404, 422, 529, 563, 584

малый припадок (petit mal) 426 Эстроген 444, 458 Эфир 146, 147, 323 Эякуляции расстройство 438,

450

преждевременная 441, 443, 450, 453, 457 Юнг, Карл 103

609

Научно-популярное издание

М.Т. Хэзлем Психиатрия

Ответственный редактор С.В. Плотников

Редакторы Л.М. Илюхина, О.П. Кошевой

Художественный редактор О.Н. Адаскина

Компьютерный дизайн: В.С. Лукьянов

Компьютерная верстка: А.Л. Лубочков

Технический редактор В.И. Сава

Корректор Л.М. Смирнова

Подписано в печать 20.03.98.

Формат 60-90 Vie. Усл. печ. л. 39,00.

Тираж 10 000 экз. Заказ № 453.

Налоговая льгота - общероссийский классификатор продукции ОК-00-93, том 2; 953000 - книги, брошюры

ООО "Фирма "Издательство АСТ"

Лицензия 06 ИР 000048 № 03039 от 15.01.98.

366720, РФ, Республика Ингушетия,

г. Назрань, ул. Московская, 13а

Наши электронные адреса:

WWW.AST.RU E-mail: AST@POSTMAN.RU

ТОО "Инициатива" 290008, г. Львов, а/я 850

Отпечатано с готовых диапозитивов

в Тульской типографии. 300600, г. Тула, пр. Ленина, 109.