

**Даниель Хелл  
Магрет Фишер-Фельтен**

# **ШИЗОФРЕНИИ**

**Основы понимания и помощь  
в ориентировке**

Перевод с немецкого  
И. Я. Сапожниковой

**АЛТЕЙА  
Москва  
1998**

УДК 615.86  
ББК 58.14  
X 36

*Русское издание осуществляется по инициативе ассоциации родственников и друзей душевнобольных «Острова надежды» при участии общества родственников душевнобольных земли Гессен (Германия).*

**Хелл Д., Фишер-Фельтен М.**

X 36 Шизофрении / Пер. с нем. И. Я. Сапожниковой. — М.: Алетейа, 1998. — 200 с.  
ISBN 5-89321-011-5

Выдержавшая несколько изданий в Европе популярная книга выдающегося швейцарского психиатра Д. Хелла и немецкого психотерапевта М. Фишер-Фельтен впервые представлена российскому читателю.

Изложенные в ней строго научные сведения имеют не только познавательное, но и психотерапевтическое значение как для родственников больных, так и для самих больных, так как полученные ими знания помогают осознать и преодолеть многие симптомы болезней века — шизофренических заболеваний.

Книга является результатом многолетнего опыта совместной работы авторов с больными и членами их семей.

Книга получила благоприятный отзыв отечественных психиатров действительного члена АМН РФ А. С. Тиганова и проф. Б. С. Положего, ознакомившихся с книгой по заданию министра здравоохранения РФ Т. Б. Дмитриевой.

ISBN 5-89321-011-5

© Перевод. Сапожникова И. Я.,  
1998

© Издательство «Алетейа», 1998

## Предисловие

Шизофрения — самое загадочное заболевание нашего времени. Являясь болезненным отражением разобщенности, отчужденности и расщепленности личности в современном обществе, этот недуг обсуждается в тысячах монографий, учебников и научных работ.

Научные труды, посвященные проблеме шизофрении, являются попыткой описать и объяснить это заболевание с позиций современной медицины. Такой подход, подразумевающий перечисление и нюансировку симптомов и синдромов, входящих в структуру болезни, и поиск причин ее возникновения и развития, привел исследователей к подтверждению вывода, который еще в начале нашего столетия сделал Ойген Блойлер: шизофрения — это группа болезней, объединенных основным свойством расщепле-

ния психической деятельности и вызванных множеством биологических и психологических причин.

Научный подход к шизофрении, характерный для начала и середины XX века, подразумевает анализ ее проявлений с точки зрения наблюдающего и лечащего врача, т. е. рассматривает больного как объект медицинского или психологического исследования. Подобный подход уже сам по себе вызывает отстраненность от предмета исследования, косвенным образом поддерживая отчужденность больных от общества и то отношение к больным как к чужим, изгоем, неполноценным людям, которое породило массу общественных суеверий и предрассудков, столь характерных для нашей страны и для оценки места и роли душевнобольных в ней. Наши социологические доктрины, отношение к больным в семье, в их творчестве, при их трудоустройстве и т. д. в значительной мере определяются именно этой высокомерной субъект-объектной позицией.

Настоящая книга, впервые предложенная российскому читателю, по-своему уникальна. Она представляет удачную попытку не просто описать и объяснить те душевные расстройства, которые объединены понятием «шизофрения», а понять и осмыслить эти расстройства с позиции переживаний самого больного. Такое осмысление, основанное на безупречном знании клиники шизофрении и психологических концепций этого заболевания (в частности, психопатологических описаний Конрада, гештальтпсихологических и других доктрин), помогает приблизиться к больному человеку, сопереживать ему, способствует построению концепции в разрозненном мире переживаний больного и признанию субъективного смысла шизофренического инакомыслия и мировоззрения, по

значению равного для больного коперниковскому повороту в самосознании человечества.

Но понять и осмыслить значит изменить отношение к больному человеку, реорганизовать систему взаимоотношений с ним, отнестись с максимальным уважением к его личностным особенностям, на основе равноправия помочь больному найти свое место среди нас. Таким образом, эта книга является психотерапевтическим средством, позволяющим больному найти общий язык с окружающим его миром, и прежде всего — со своими родственниками.

Понять больного, понять его внутренний мир, его мотивы и побуждения так же трудно, как трудно самому больному найти общий язык с обществом. Вот почему книга Д. Хелла и М. Фишер-Фельтен по-настоящему ценна: она адресована прежде всего родственникам душевнобольных и всем тем, кто хочет, может и должен общаться с больными шизофренией и желает обучиться этому искусству. Это путь к сердцу и душе больного и от него — к сердцам и душам его близких и медицинского персонала.

Настоящая книга своими конкретными практическими рекомендациями не только помогает установить взаимопонимание между больным и обществом, но и способствует созданию организационных структур, призванных реабилитировать больных, сформировать группы самопомощи душевнобольных и их родственников, возродить в них веру в выздоровление и в возможность приспособиться к нашему сложному миру.

Перевод книги сделан в тот период, когда в российском обществе постепенно меняется отношение к душевнобольным. Отчуждение общества от больных и злоупотребления психиатрией, характерные для тоталитаризма, сменились стремлением к правовому

решению социальных проблем, касающихся психически больных. Так, с января 1993 года введен в действие Федеральный закон «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

Показателем изменения отношения общества к психически больным является создание в России благотворительного фонда «Душа человека» и Ассоциации родственников душевнобольных «Острова надежды», по инициативе которой и осуществляется издание этой книги.

Мы благодарны издательству «Шпрингер» и авторам книги за предоставленную российскому читателю возможность ознакомиться с этим гуманным и столь необходимым трудом.

Надеемся, что широкий круг читателей, к которому мы, в первую очередь, относим родственников больных, самих больных, а также психиатров и медицинских психологов, воспримут книгу с таким же энтузиазмом, с каким она была написана и переведена, и с новыми силами возьмутся за великую работу взаимного приспособления больных шизофренией и общества, гражданами которого они являются.

Кандидат медицинских наук

**Э. Л. Гушанский**

*Handwritten notes:*  
 Книга переведена на русский язык  
 и издана в России  
 в 1993 году  
 Э. Л. Гушанский

## Предисловие ко 2-му изданию

Хороший прием, оказанный первому изданию, которое выходило несколько раз по первоначальному, неизмененному тексту рукописи, побудило нас издать новый, серьезно переработанный вариант нашей книги. При этом нам необходимо было учесть непосредственную реакцию наших читателей — больных шизофренией и их близких, а также замечания наших коллег. Но и наше собственное профессиональное совершенствование в течение последних шести лет повлияло на текст предлагаемого нового издания: Даниель Хелл стал ординарным профессором клинической психиатрии в Цюрихе и принял на себя руководство университетской психиатрической клиникой в Бургхельци, в которой 85 лет тому назад Ойгеном Блейлером было сформулировано понятие шизофрении. Магрет Фишер-Фельтен является самостоятельно

практикующим психотерапевтом. Различия в профессиональных интересах и областях деятельности авторов также оказали влияние на разграничение интересов при определении основных задач нового издания. М. Фишер-Фельтен переработала в первую очередь раздел о психотерапии, а Д. Хелл взял на себя переработку и расширение остальных глав.

Основная концепция первого издания сохранена. Тем не менее благодаря добавлению отдельных глав («Что означает «шизофренный»?», «Можно ли воспроизвести шизофренное переживание?», «Психотическое состояние», «Одержимость больного шизофренией») и переработке многих других фрагментов возникла новая книга. (Эти изменения выражены и в новом подзаголовке «Основы понимания и помощь в ориентировке».) Неизменными остались главы, касающиеся самопомощи, поведения близких с членами семьи, страдающими шизофренией, а также резюмирующая глава. В них, как и во всех разделах 2-го издания, увеличено число практических примеров, особо выделены ключевые предложения, примеры, а также прямые высказывания больных; ключевые предложения, которые мы считаем особенно важными, обведены рамкой.

Главы книги построены так, что при необходимости могут быть прочитаны независимо друг от друга. В первой части книги (главы 2–4) обобщены современные знания о шизофрениях, помогающие лучше и глубже понять шизофренное заболевание. Во второй части (главы 5–7) представлены возможности лечения, помощи и самопомощи. Новыми являются также адреса групп самопомощи, приведенные в приложении. Расширен список литературных источников в конце каждой главы. Расширен также глоссарий

(объяснение важнейших понятий о болезни и профессиональных терминов), помещенный в конце книги.

Чтобы не затруднять процесс чтения предлагаемого текста, при описании примеров мы не упоминаем пола больного, так что говоря, например, о больном, мы всегда имеем в виду и больную.

Мы надеемся на то, что обновленное авторами второе издание больше соответствует потребностям читателей, чем первое. Наряду со многими пациентами и их родными и близкими мы благодарим г-жу Маргрит Мильц, г-на Бернхарда Кюхенхофа за их помощь в работе над вторым изданием, г-жу Хайке Бергер за поддержку со стороны издательства и г-на Лотара Пихта как читателя за ценные предложения по исправлению текста.

*Июнь 1993*

*Д. Хелл*

*М. Фишер-Фельтен*

## Предисловие к 1-му изданию

Шизофренические заболевания составляют одну из величайших медицинских проблем нашего времени. По нашим оценкам, во всем мире проживает 40 миллионов человек, которые страдали в прошлом или еще страдают этими заболеваниями. Неизмеримы социальные последствия этих заболеваний, трудно представить себе меру человеческой нужды и отчаяния. А между тем, на эти болезненные расстройства наложена печать молчания, скрывающая от общества размеры бедствия.

Как никакое другое заболевание, шизофренические вызывают замешательство и предубеждения, которые затрудняют открытость при обсуждении проблемы.

Даже в условиях проводимого лечения пациенты и их близкие редко получают дельные разъяснения по поводу появившихся расстройств здоровья и воз-

можности их устранения при помощи терапии. Молчание воцаряется между больным и его родными, между семьей и окружающими. Надолго остаются невысказанными разного рода трудности, вырастающие из неуверенности и недоверия, из чувства страха и стыда.

В этой работе мы хотим попытаться пойти иным путем и по возможности определенно и открыто говорить о болезни. Новые методы лечения шизофреники, для проведения которых информированность больного является обязательной предпосылкой, показали, в первую очередь в США и Англии, что такая тактика врача воспринимается положительно, оценивается как помощь. Но только собственный опыт проведения подобных «курсов информации» для родственников больных шизофренией и ориентировка отдельных больных укрепили нас в решении изложить широкой публике в доступной форме накопленные знания. Нас побуждали к этой работе и родственники больных, и заинтересованные нашей работой коллеги.

Однако издание популярной книги о шизофренических заболеваниях является в известной мере рискованным мероприятием. Многогранность и разнообразие проблем, с которыми приходится сталкиваться больным шизофренией и членам их семей, заставляет обобщать и искусственно объединять основные группы вопросов. Широта современных методов исследования и лечения также заставляет ограничиться определенными темами. В значительной степени принятый нами выбор тем продиктован вопросами и проблемами, которые ставили перед нами больные и их близкие в период проведения курса лечения. Наше изложение основано на позициях нашей психиатри-

ческой школы (Цюрихская школа), на опыте нашей профессиональной деятельности в психиатрическом отделении Шаффхаузен, а также на постоянном близком общении с разными семьями, в которых имеются больные шизофренией. Кроме собственных научных работ мы широко использовали труд Х. Шарфеттера «Шизофренические люди». В завершающей книге послесловии мы воспользовались указаниями, заимствованными из брошюры Л. Чомпи «Шизофреники».

Мы благодарим в первую очередь всех пациентов и их близких, а также всех сотрудников, которые сделали возможным появление этого труда, за их советы, критику, признание. Мы благодарны нашим коллегам, в частности Аннет Белер, Отмару Вегеру, Петеру Цингу и Лотару Эрдменгеру за критические замечания, сделанные ими при чтении рукописи, и нашим секретарям г-же Дорис Шумахер и г-же Элизабет Мюллер за активную помощь по сверке текстов. Издательство «Шпрингер» стимулировало нашу работу самым благоприятным образом, достойным благодарности: г-н Томас Тикеттер поддерживал наш план с самого начала и был нашим неустанным и доброжелательным союзником. Г-жа Хайке Бергер в качестве редактора внесла весьма полезные предложения, которые оказали существенное влияние на окончательный образ книги.

*Октябрь 1987*

*Д. Хелл*

*М. Фишер-Фельтен*

# ШИЗОФРЕНИИ

# 1 Введение

## ■ Зачем нужна эта книга?

Сотрудничая с больными шизофренией и их близкими, мы пришли к убеждению, что существует большая потребность в информации о возникновении, лечении, течении шизофренических заболеваний. Многие больные вынуждены противостоять жизненным явлениям и фактам, которые делают их «взъерошенными», неуверенными в себе, боязливыми. Они стремятся добиться ясности, большей уверенности, хотят понять, что же происходит. Нередко они переживают эти поиски как своеобразную Одиссею. Кого они могут спросить, кто может дать им разъяснения, у кого есть достаточно времени, чтобы выслушать их проблемы, и кто может указать им возможности решения этих проблем?



Так, больные шизофренией и их близкие часто сообщали нам, что в поисках необходимой информации, в надежде узнать что-нибудь о своих проблемах они обращались преимущественно к энциклопедическим словарям. Многие сталкивались с краткими и лаконичными определениями в толковых словарях или мало понятными определениями в различных изданиях, находя в них подтверждения своим наихудшим опасениям. А это приводило к тому, что они становились еще более неуверенными в себе и даже впадали в состояние паники.

Другие приобретали учебные пособия или специальные труды по психиатрии. Однако подобная литература не соответствует информационной потребности людей, не имеющих медицинского образования, т. к. трудна для понимания, слишком перегружена специальными выражениями и научными терминами. Кроме того, учебники не затрагивают тех проблем, которые так важны для человека, страдающего от этого заболевания.

Как может быть передано шизофренное переживание? Что может сделать для улучшения своего состояния сам человек, заболевший шизофренией? Как должны вести себя близкие больному люди в критических ситуациях или при затяжных расстройствах? Какие практически значимые лечебные возможности существуют?

Вопросы подобного рода стоят в центре внимания этой книги.

## ■ Как и для кого создавалась эта книга?

Эта книга создавалась на основе нашей повседневной психиатрической практики и в результате сотрудничества с больными и их близкими, которые оказали нам ценную помощь своими критическими замечаниями во время проводившихся нами «информационных курсов для заболевших, не сведущих в вопросах медицины». Они внесли существенный вклад, помогая сформулировать психиатрические понятия в общедоступной форме и учесть разнообразные проблемы больных.

До сих пор шизофрению слишком часто воспринимают как заболевание, наводящее ужас. Из-за этого состояние больных отягощается угрозой изоляции от общества.

Поэтому предлагаемая работа рассчитана не только непосредственно на больных, но и на более широкий круг лиц, например, учащихся, медицинский персонал, осуществляющий уход за больными, социальных работников, учителей, священнослужителей и т. д. Врачи и психологи также найдут для себя полезные сведения о современном уровне учения о шизофрениях, о попытках понять психотические переживания больных, изложенные ими самими, принять всерьез их потенциал самопомощи и дать советы по поведению с больными.

Цель книги — информировать больных о характере переживаний при шизофренных расстройствах, чтобы добиться большей ясности и понимания заболевания шизофренией и ее лечения.

### ■ Какие вопросы остались открытыми?

Предлагаемая книга не может и не должна ответить на все вопросы, которые возникают у конкретных больных шизофренией и у их близких. Сознательно оставлены в стороне те вопросы, которые касаются принимаемых лично решений (намерение вступить в брак, желание иметь детей, усыновление ребенка, желание сохранить свою болезнь втайне либо говорить о ней открыто со своим работодателем или другими гражданскими или военными официальными лицами, решать вопросы по социальному страхованию, выбору профессии, перемене места жительства). Мы не считаем, что наша работа, носящая информационный характер, способна заменить собой беседу пациента с лечащим врачом или другим помощником-профессионалом. Мы больше надеемся на то, что книга даст импульс к высказываниям и явится исходным пунктом для углубленного обмена опытом между больными (особенно в группах самопомощи или в группах родственников больных).

Проблематика информации о шизофрениях является не в последнюю очередь и языковой проблематикой. Слишком часто врачи-психиатры пользуются описаниями, в которых больные и их родственники не узнают самих себя. Поэтому мы сделали попытку так описать «шизофренную жизнь», чтобы она оказалась для больных узнаваемой. В конечном счете, шизофренное переживание может быть охарактеризовано самим больным. Вследствие этого мы чаще всего опирались на описание психотического состояния самих больных шизофренией и сознательно игнорировали научные психиатрические определения в описании заболеваний. При описании научных достижений мы

старались использовать общедоступные термины и статистические сведения. Таким образом книга приобретает известное многообразие выразительных средств, которое, как нам кажется, наиболее соответствует шизофренной тематике. Потому что:

Никакая другая клиническая картина кроме шизофренной не сопротивляется так упорно сложившимся о ней представлениям. Вряд ли какая-либо иная клиническая картина охватывает столь разные аспекты человеческой жизни.

## 2 Что такое шизофрения?

### ■ Что означает слово «шизофренический» (и чего не означает)?

Этимологически объяснить термин «шизофрения» весьма просто. Он происходит от греческих *schizo* (расщеплять) и *phren* (сознание) и означает, таким образом, «расщепление сознания». Понятие «шизофрения» было введено в начале нынешнего века швейцарским психиатром О. Блейлером. Этим термином он хотел подчеркнуть, что наиболее впечатляющим признаком данного заболевания является разорванность чувств и мыслей.

Термин «шизофрения» должен был выразить отчуждение, которое, как пропасть, образуется между заболевшим человеком и окружающим

### ЧТО ТАКОЕ ШИЗОФРЕНИЯ?

23

его миром и продолжается в его внутреннем мире.

Таким образом, О. Блейлер термином «шизофрения» хотел выразить больше того, что сказал Гете: «Две души живут в моей груди». В отличие от автора этого высказывания, которое отдаляет больного от окружающего его мира, он думал также о тех изменениях, которые одновременно заставляют больного чувствовать себя «потерянным для самого себя».

Насколько легко применить термин «шизофрения», настолько же трудно понять то, что он под собой скрывает. Эта трудность заключена в самом своеобразии данного заболевания: лежащем в его основе отчуждении в переживаниях и поступках, но главным образом — в многообразии его проявлений, которые могут по-разному выражаться у разных больных, но могут и меняться в разное время у одного и того же больного. С другой стороны, термин «шизофрения» за свою почти столетнюю историю оброс противоречивыми теоретическими представлениями и отягощен жесткими и насильственными формами лечения. Так что теперь для того, чтобы добраться до истинной сущности заболевания, необходимо сперва освободиться от всего этого балласта. К этому балласту, подобному лиане в джунглях, опутавшей ствол дерева и изменившей его облик, относятся и некоторые предубеждения. Они закрывают доступ к пониманию заболевания и поэтому должны быть устранены в первую очередь.

### Распространенные предубеждения

Первое и старейшее предубеждение заключается в представлении о том, что шизофрения будто бы раз-

вивается на фоне разрушения мозговой субстанции и приводит к разновидности преждевременного слабоумия (подобного старческому). С этим предубеждением связано все еще широко распространенное, но ложное представление о неизлечимости шизофренических заболеваний.

Ложное представление о том, что больные шизофренией из-за неизлечимого болезненного процесса в мозге постепенно теряют разум, создается наблюдением за особенно тяжелыми, замкнутыми больными. Но тот, у кого достаточно терпения, или тот, кто длительное время проживает совместно с больным, иногда наблюдает такие проявления и поступки, на которые считал больного уже не способным.

Так, в 1951 году в Канзасе при прорыве плотины хронические больные шизофренией, к тому времени более 20 лет находившиеся в клинике Менинген, не только помогали грузить и укладывать мешки с песком, но также принимали участие в решении вопроса о том, как и где лучше поставить преграды потоку. До того момента замкнутые и молчаливые, они в течение нескольких дней проявляли инициативу. После того как опасность миновала, они вернулись к своему прежнему поведению, и их состояние снова характеризовалось замкнутостью.

Склонность больных шизофренией к возврату в прежнее состояние или их негативные установки, выявляемые, в частности, при обследовании с помощью тестов, ни в коем случае не должны быть истолкованы как общая утрата умственных способностей. В целом больные шизофренией скорее «сверхчувствительны» и «сверхсмотрительны». Они руководству-

ются «иной» логикой, которая нами воспринимается как противоречивая. Эта логика нужна им, чтобы выразить свои необычные переживания. Только в самых тяжелых болезненных состояниях временами может наступать полный разрыв связей между мыслями и переживаниями больного.

Второе предубеждение заключается в суждении, противоположном первому. В противовес представлению о преждевременно наступающем слабоумии у больных шизофренией утверждается, что это заболевание приводит к возврату в детство. При психологическом обследовании больных выявляются особенности, свойственные детям раннего возраста. Здесь речь идет, скорее всего, об извращенном толковании психоаналитической теории.

Больные шизофренией не мыслят как маленькие дети и не чувствуют как они.

Правда, у больных, как и у детей, магические представления могут определять их мысли и поступки. Но наряду с магическим мышлением сохраняется способность к мышлению, соответствующему возрасту.

Больные шизофренией при определенных обстоятельствах могут прибегать к детской аргументации: луна якобы преследует их, так как следует за ними по пятам.

В другое время те же больные способны решать сложные абстрактные задачи — например, математические — или излагать представления о траектории движения Луны вокруг Земли, т. е. обращаться к проблемам, недоступным детям.

Третье предубеждение заключается в том, что в больных видят «первобытных» людей, которые спо-

собны переживать нереальные страдания. Это предубеждение включает в себе аспекты двух предыдущих (разрушение интеллектуального контроля, потеря навыков, полученных в результате воспитания), но в то же время устанавливает связь между шизофрениями и так называемыми «примитивными культурами». Если развитие первобытных племен, каким оно представляется в современной авангардистской литературе нашего столетия, оценивается позитивно, то шизофрении рассматриваются как высвобождение от призыва и морали, как возврат к «первобытной» жизни, основанной на чувственности, что на самом деле отнюдь не характерно для первобытных племен.

При отрицательной, морализирующей оценке «первобытной» жизни больные шизофренией рассматриваются как жертвы своих страстей, как устрашающие примеры последствий неконтролируемых влечений. Правильнее будет сказать, что при определенных шизофренических состояниях (но далеко не при всех) можно говорить об отходе от принятых социальных норм.

Одна больная рассказывала: «Летом я была задержана полицией, когда вброд переходила Зиль (река в районе Цюриха). Я ни за что не хотела назвать своего имени. В то же время я хотела доставить неприятности г-ну С. Поэтому решила, совершенно не веря в это, утверждать, что он является моим мужем». Пациентка добавляет, что на этот раз во время психоза с удовольствием переживала ситуацию, которую теперь оценивает как крайне неприятную. При этом ее «тогдашнее одичание было разыграно не без намерения и расчета». При рассказе о своих переживаниях во время психоза больная использовала литературную форму изложения с целью привлечь внимание слушателей.

В последнее время это третье предубеждение связывают с представлением о том, что шизофрении воз-

никают под влиянием неограниченного приема лекарств, т. к. известно, что лекарственные препараты могут иногда явиться причиной психотического состояния.

Даже при условии, что эта ложная предпосылка будет «вывернута наизнанку», т. е. будет принято представление об особой одухотворенности больных шизофренией, то и это не всегда окажется правильным, хотя можно утверждать, что шизофрении чаще всего связаны с потерей чувственности и радости жизни, а не с триумфом и радостями ума. Больные шизофренией иногда прибегают к лекарствам и алкоголю, чтобы улучшить самочувствие и забыть о своих переживаниях.

Как показали обследования больших групп населения, больные шизофренией представляют общественную опасность не чаще, чем все другие люди, вопреки бытующему мнению о том, что они являются жертвами своих страстей. В большинстве больные шизофренией более пассивны, чем здоровые.

Четвертое предубеждение возникло относительно недавно, но уже получило широкое распространение. В отличие от изложенных выше, оно не пытается обнаружить у заболевших какую-то особенность (например, инфантильность или жертвенность), а стремится увидеть в симптомах шизофрении нечто само собой разумеющееся, отрицая любые проблемы, связанные с болезнью, и рассматривает шизофрению как искусственный продукт психиатрии. Только одно описание шизофренического заболевания якобы делает людей, обладающих «даром предвидения», носителями симптомов приписываемой им картины заболевания.

Это предубеждение исходит из представления о волшебстве слов, которые придают особую силу названию заболевания. Одновременно оно обезоруживает больного шизофренией, рассматривая его как беззащитную жертву врачебного произвола. Отрицание заболевания превращается в свою противоположность — в современный вариант нетерпимости к жизненному явлению, которого не должно быть, хотя оно возникает без содействия медиков, этих «богов в белом».

Несомненно, диагноз «шизофрения» является тяжелым. Однако путь дискуссии о проблемах, обозначенных как «шизофренические», исключает применение каких-либо вспомогательных толкований. К тому же невозможно вызвать шизофрению путем ее предсказания (например, на основании определенных черт характера).

Все попытки предсказать заболевание шизофренией конкретного человека тщетны.

Шизофренное заболевание может быть диагностировано только тогда, когда личность оказывается измененной в результате психоза, т. е. тогда, когда высказывания и поступки больного изменились так сильно, что это становится очевидно для непрофессионала и воспринимается как фактор, обусловленный болезнью.

Если пациенты с шизофреноподобными изменениями диагностируются не как больные шизофренией, а, например, как страдающие «неврозами» или «эпизодическими приступами» (без дополнительного уточнения их характера), то окончательный диагноз шизофрении может быть установлен только в тех слу-

чаях, когда со временем не наступает благоприятного поворота, как у тех, кто ранее был диагностирован как страдающий шизофренией. В противоположность этому, правильная постановка диагноза позволяет своевременно начать целенаправленное лечение и тем самым открывает лучшие возможности для излечения.

### ■ Шизофрения в историческом аспекте

Все перечисленные выше предубеждения опровергнуты многочисленными фактами. Тем не менее они до сих пор во многом определяют мировоззрение большого числа людей. Устойчивость этих представлений, как нам кажется, имеет свои исторические корни. Прежде чем кратко остановиться на развитии представления о шизофрении как о болезни и на ее лечении, нужно сказать еще несколько слов о характерном признаке, присутствующем во всех предубеждениях. Почти все предубеждения пытаются исключить отчужденность больных шизофренией, ставя знак равенства между необычным и привычным. Таким образом, первые три предубеждения могут быть поняты как попытка отрицать чуждое и непонятное в переживаниях больных шизофренией и подменить их более знакомыми моделями (слабоумие, детскость, первобытность). Попытки подобных объяснений в дальнейшем перерастают в предубеждения, которые закрепляются, несмотря на фактические противоречия, и ориентируются на то, чтобы упорядочить в своем понимании «необычное» и в конечном счете определить его социальное значение. Тем самым больные шизофренией рискуют оказаться в категории всего чуждого. Им угрожает отчуждение и «выталкивание»

из общества. Только на основании распространенного в обществе разграничения становится возможным понимание последнего, четвертого, предубеждения, которое находит выход из исторически сложившейся дилеммы путем отрицания шизофренических болезненных проявлений вообще.

#### **Как развивалась проблематика шизофрении в историческом аспекте**

Мюнхенский психиатр Эмиль Крепелин в 1896 году впервые отделил шизофреноподобные заболевания от других аффективных и психических заболеваний, в частности от так называемого маниакально-депрессивного помешательства. Он считал, что таким образом возможно объединить в одну группу заболевания с неблагоприятным течением. Эту картину заболевания он назвал *Dementia praecox*, т. е. «преждевременное слабоумие». Даже тогда, когда 10 лет спустя цюрихский психиатр Ойген Блойлер внес коррективы в представления Крепелина, частично исправил их и вместо термина *Dementia praecox* ввел понятие шизофрении, ошибочное представление о том, что заболевание поражает интеллект и имеет постоянно неблагоприятное течение, настолько укоренилось, что этот шаблон неизлечимого заболевания был перенесен и на понятие шизофрении. Поскольку шизофрению всегда отождествляли с неизлечимым душевным заболеванием, диагноз этот превращался в приговор, который, однако, не мог приниматься безоговорочно. История подхода к шизофрениям, несмотря на достигнутые успехи, к сожалению, является и историей изоляции и подавления этих больных, вплоть до варварского массового их уничтожения в Третьем Рейхе.

Конечно, изоляция и преследование психически больных не могут быть отнесены только на счет представлений о болезни. Это означало бы игнорировать наихудшие проявления, такие, как преследования, которым подвергались психически больные вплоть до возникновения психиатрии в XVIII веке. Вместе с тем, трудно работать с понятием о болезни, которым, хотя бы в малейшей степени злоупотребляют. Термин «шизофрения» следует употреблять только таким образом, чтобы он не оскорблял заболевших людей, а хоть сколько-нибудь облегчал взаимопонимание с этими «иначе мыслящими» пациентами.

Возможно, все будет гораздо проще, если исходить из более глубокого понимания шизофрений, участия и открытости в отношениях с больными. Согласно современным оценкам, болезненная суть шизофрении неразрывно связана с индивидуальными предпосылками и способностями, так что шизофреноподобные переживания относятся к возможностям человеческого существования вообще.

Даже в самом термине «шизофрения», избранном О. Блойлером, заключена динамика напряжения в стремлении больного к «разорванности». О. Блойлер знал, о чем пишет, когда формулировал понятие «шизофрении», т. к. много лет провел в общении с больными. Именно огромный личный опыт привел к тому, что его понимание «группы шизофрений» сохранилось до настоящего времени, пройдя через все превратности столетнего периода.

Правда, в течение этого периода внутри самой психиатрии подход к больным шизофренией изменился.

Современная психиатрия пытается признать «иное существование» больных шизофренией

временным, расширяет амбулаторное и полустационарное лечение, сокращает сроки пребывания больных в больницах, делает больницы более открытыми.

Вследствие этих перемен быть больным шизофренией означает сегодня нечто совсем иное, чем еще несколько десятилетий тому назад.

О впечатляющих переменах в подходе к больным шизофренией со всей очевидностью свидетельствуют сокращающиеся сроки содержания их в стационаре (рис. 1). В начале нынешнего века термин «лечение» означал почти исключительно содержание больного в больнице. Благодаря введению трудотерапии в 30-е годы и применению специальных медикаментов (так называемых нейролептиков) в 50-е годы сроки содержания больных в стационаре были существенно сокращены. Наконец, альтернативные предложения социальной психиатрии позволили пойти на дальнейшее сокращение сроков лечения в больнице до нескольких недель или на исключение госпитализации вообще, используя для лечения дневные и ночные стационары, специализированные мастерские, а также благоприятные общественные и социальные перемены: поддержку больных шизофренией путем назначения им пенсий по инвалидности. Из общего числа шизофренических эпизодов, во время которых больные нуждаются в лечении, около 60% купируются в амбулаторных условиях. Вследствие такой тактики амбулаторному лечению больных шизофренией придается все большее значение.

При этом для больных шизофренией и их близких возникла новая ситуация, к которой они оказа-

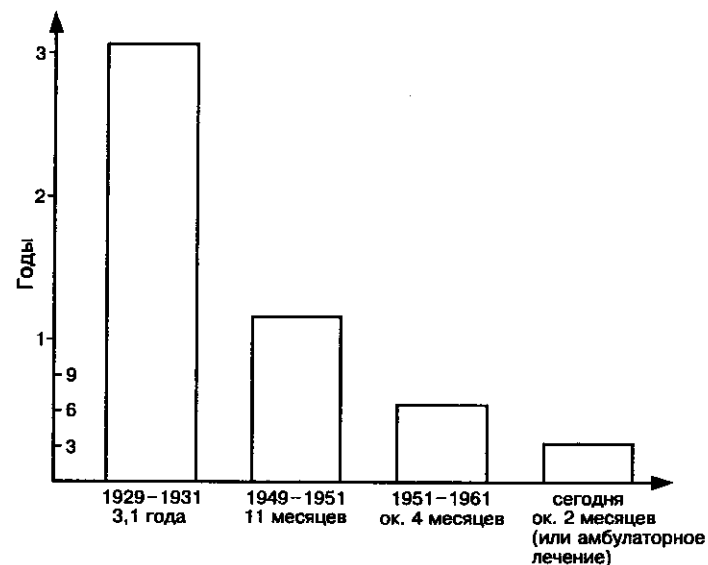


Рис. 1. Продолжительность пребывания больных шизофренией в психиатрических клиниках в текущем столетии (по Мейеру, 1984)

лись недостаточно подготовленными. Изложенный выше процесс развития психиатрической помощи означает, что в настоящее время психически больные большую часть времени проводят не в клинике и поэтому могут способствовать увеличению напряженности в домашнем кругу.

Современные подходы имеют также и теневые стороны, которые обозначаются все более отчетливо. Население, проживающее на определенной территории, не является «ответственной общиной», способной ассимилировать психически больного. Реальность жизни вне стен психиатрической больницы является для многих больных шизофренией слишком суровой. Это связано с тем, что психичес-



ки больные не находят для себя подходящего рабочего места и все чаще чувствуют себя чужими в собственной семье. В США и в европейских странах больные шизофренией составляют большую часть бездомных, которые живут на улицах или в ночлежках. Все большее число больных шизофренией (в США — около 50%) на фоне своей нужды злоупотребляют алкоголем и наркотиками, что раньше наблюдалось значительно реже.

Изменилась ли в связи с этим клиническая картина болезни у больных шизофренией? Имеются указания на то, что в связи с нарастающим обнищанием старые предубеждения обретают новую силу. С другой стороны, там, где открытость психиатрии сочеталась с развитием социальной помощи, где широко разъяснялось понимание межличностных отношений в случаях психического заболевания и значение среды, оказывалось возможным влиять на характер и течение заболевания.

Все более ясным становится факт, что шизофреники не могут быть вызваны общественными условиями, а также не могут быть просто объяснены ими.

До сих пор отсутствуют удовлетворительные критерии, которые позволили бы ясно и однозначно определить причину шизофренического заболевания, например, нарушение обмена веществ. Вопрос о том, каким будет понимание шизофреники в будущем, остается открытым. Это отсутствие краеугольного камня влияет и на применение термина «шизофреники» во множественном числе, что следует постоянно учитывать, имея в виду совершенно разные жизненные пути заболевших.

### ■ Можно ли воспроизвести шизофреническое переживание?

Шизофреническое переживание многообразно и, как правило, чуждо больному — это мы установили. Как же можно охарактеризовать шизофреническое переживание и приблизиться к его пониманию?

В первой половине текущего столетия в психиатрии царили разногласия по вопросу о том, можно ли вообще вжиться в шизофреническое переживание. Карл Ясперс, знаменитый философ, практиковавший в качестве врача-психиатра, был сторонником «понятной психиатрии», но все больше приближался к точке зрения, утверждающей непонятность шизофренических переживаний. О. Блойлер во многом придерживался противоположной точки зрения. Однако и он при подобной постановке вопроса испытывал свойственную его времени раздвоенность. Так, однажды он сказал, что, даже если о больных шизофренией уже все сказано, они, тем не менее, продолжают оставаться для него «чуждыми», как птицы в его саду. Это высказывание противоречит публикуемым описаниям, в которых утверждается, что между переживаниями во время сновидений и шизофреническими переживаниями существует только количественное различие. Он утверждал: «Одним из важнейших симптомов шизофреники является преобладание внутренней жизни и активное отгораживание от окружающего мира. В тяжелых случаях этот уход оказывается настолько полным, что больные живут как бы во сне. В более легких случаях мы наблюдаем те же явления, но они менее выражены».

Таким образом, можно сделать попытку приблизиться к пониманию шизофренических переживаний, сравнивая их со сновидениями. При таком толкова-

нии больного шизофренией можно сравнить с грезящим наяву. Но и это сравнение страдает неточностью, хотя и помогает понять одну существенную особенность шизофренного переживания.

Шизофренное состояние настолько же принципиально отличается от обычного состояния сознания бодрствующего человека, насколько сновидение отличается от наблюдений бодрствующего.

Спящий переживает сновидение таким образом, как будто речь идет о действительно происходящем событии, в центре которого находится он сам. Во сне он может убежать от враждебных ему преследователей и при этом испытывать ужасный страх. Или же он может пережить сон, в котором происходит исполнение желания или неожиданное свидание приносит чувство глубокого счастья. При всем разнообразии содержания сновидений неизменным остается то, что спящий исполняет в сюжете главную роль, а все действие разворачивается вокруг него. Но при этом человек, переживающий сон, так включен в сюжет сновидения, что ему больше приходится исполнять навязанную ему роль, чем активно принимать самостоятельные решения. Во время сновидения спящий не осознает своей позиции. Он является действующим лицом драмы или спектакля, развитие действия которого ему заранее не известно. Он не может самостоятельно выбрать для себя роль — она диктуется развитием сюжета, и он должен ее исполнять. Собственные действия воспринимаются как действия актера в фильме неизвестного режиссера, который руководит действием, но при этом содержание сновидения почерпнуто из сокровищницы личного жизненно-

го опыта спящего. Часто спящий настолько попадает под власть своего сновидения, что правильнее было бы воспользоваться выражением «ему грезится», чем «он грезит». Пока спящий переживает сновидение, для него невозможен выход из сюжета этого сновидения. Он скован законами развития действия, которые исключают сознательный контроль над ним. Только после пробуждения человек осознает, что ему привиделся сон.

Тем не менее, спящий ни в коем случае не воспринимает себя как актера или марионетку. Он способен во сне сражаться за свою жизнь или пытаться вполне серьезно убедить других действующих в сновидении лиц. Именно тогда, когда развитие сюжета сновидения направлено на спящего, для него становится важной каждая мелочь. Более того, мелочей для него более не существует. Начертанные на бумаге каракули приобретают особое значение. Роза выглядит необычно, но не становится от этого ненастоящей. Каждая отдельная деталь сновидения содержит свою собственную реальность. Сновидение никогда не воспринимается как нечто искусственное. Оно представляет собой особый мир, в котором во сне не приходится сомневаться даже тогда, когда образы сновидения сильно отличаются от привычных.

В том случае, когда сценарий сновидения очень схож с событиями повседневной жизни — например, когда в сновидении участвуют конкретные близкие люди и действуют они в знакомой обстановке, — сновидение и реальность сливаются воедино. Как же происходит, что при пробуждении, вопреки пережитому в сновидении, человек открывает для себя совершенно другой, возможно, тревожащий его мир? Ответ прост: не предопределенный или увиденный сценарий определяет, спим мы или бодрствуем, а только характер и способ пере-

живания этих обстоятельств. Каждому человеку на собственном опыте известно различие между сном и бодрствованием. Точно так же мы умеем отличать друг от друга различные виды переживаний.

Иначе обстоит дело с шизофреничными переживаниями. И здесь переживание видоизменяется характерным образом, проходя путь от обычного, повседневного сознания до нового восприятия вещей. Но так как только ограниченное число людей приходит к обладанию этим опытом, то шизофреничное переживание гораздо труднее классифицировать и еще труднее воспроизвести.

То общее, что существует между шизофреничным переживанием и хорошо всем известным переживанием во сне, является «прыжком» из повседневного сознания в новый тип переживания, который распространяется и на спящего, и на больного шизофренией. В шизофреничном заболевании не сохраняется (или сохраняется мало) нереальных событий, которые не имели бы непосредственного отношения к его личности. Заболевший, как и спящий, включается в действие «фильма», в котором играет главную роль. Все, что происходит в этом фильме, относится в основном к нему. Много воспринимается им как давно запланированное, заданное, не связанное с определенным временем, как в картине, в которой все взаимосвязано, а наблюдатель находится в центре.

В отличие от спящего, видящего сон, больной шизофренией, как правило, остается бодрствующим и сохраняет сознание. Только при тяжелых болезненных состояниях больной может производить впечатление не совсем проснувшегося человека или даже потерять сознание. Часто сознание бывает слегка изменено.

Одна больная объяснила это так: «Здоровый человек может представить себе легкое изменение сознания, сравнивая его, к примеру, с психическим отсутствием. Это состояние испытывал каждый, кто недосыпал, переутомлялся, с головой погружался в какую-то работу или сильно влюблялся. Если в такую минуту кто-то обращается к вам с банальным вопросом, то наступает «короткое замыкание». После затянувшейся паузы вы отвечаете невпопад или даже просите повторить вопрос, так как обращение просто не дошло до вас. Во время шизофреничного состояния постоянно пребываешь в состоянии подобного «короткого замыкания», психического отсутствия. Это психическое отсутствие, по моему опыту, не является результатом поглощенности шизофреничным переживанием. Напротив, оно, скорее, является исходным пунктом для более не подчиняющегося правилам мышления».

Как правило, больной шизофренией не ускользает ни в какую иную действительность из той, что знакома нам всем. Он не мечтатель, не спящий и не видящий сны наяву.

Отличие от сновидения заключается в том, что больной шизофренией не спит и в состоянии реагировать на внешний раздражитель.

Он воспринимает окружающую его действительность, но совершенно иначе, чем в то время, когда он был здоров, или чем ее воспринимают другие.

Насколько иначе и насколько отчужденно больной шизофренией воспринимает окружающий мир, он часто осознает только много времени спустя.

Одна больная вспоминает: «Выход из шизофреничного состояния я пережила как пробуждение ото сна. В начале болезни я часто переходила из одного состояния

в другое. При этом я плохо осознавала перемену в своем осознании окружающего, подобно тому как человек не может осознать засыпания. Позднее я всегда умела точно установить момент начала психотического состояния».

Однако нельзя с достаточной уверенностью утверждать, что больной шизофренией живет, как правило, не в «ином» мире, а в нашем, что он переживает внеземные ситуации и получает «сверхчеловеческий» опыт. Мы обозначаем это состояние как «иное» понимание больным нашей действительности, ее переосмысление.

Переживания больными жизненных реальностей во время болезни настолько видоизменены, что не идут ни в какое сравнение с нашими повседневными «нормальными» переживаниями. Они «перевернуты» и «повернуты». Больной шизофренией выходит за пределы считающегося здоровым восприятия и общепонятного языка, но вступает не в осознанную «жизнь грез», а в неведомую, чуждую сферу, которую познает более или менее сознательно.

### ■ Психотическое состояние (по собственным описаниям больных)

#### Начало

Шизофренические симптомы редко проявляются совершенно внезапно. Чаще всего случается так, что лица, в дальнейшем заболевшие шизофренией, в течение недель, месяцев, а то и лет, предшествовавших заболеванию, замыкались в себе и постепенно обрывали прежние социальные связи.

Систематические катамнестические исследования больных шизофренией показали, что около 90% лиц до начала психоза или к моменту его начала чувствовали себя замкнутыми, ограниченными в возможности проявлять инициативу или вовсе лишившимися ее.

До заболевания и в самом его начале они часто чувствуют себя подавленными, напряженными, угнетенными, испытывают нарушение внимания. Многие ощущают усиленное давление на себя, чувство перегрузки и в итоге — лихорадочное состояние, как это бывает перед принятием серьезного решения. Немногие испытывают уныние или бывают радостно возбуждены.

Но все это не характерно и только указывает на то, что шизофреническое переживание не возникает «на пустом месте». Часто больные шизофренией непосредственно перед острым началом заболевания становятся все более и более пессимистичными. Им кажется, что в атмосфере происходит что-то необычное. В этот момент они могут повторять: «Что-то происходит. Я не знаю что. Скажите же мне — в чем дело?»

Это напряжение и недоверие, которое часто сопровождается бессонницей — своего рода повышенной бдительностью, — дает нам возможность лучше понять, что переживает больной шизофренией. Так, например, почти все по собственному опыту знают, что тревожный страх, охватывающий нас в темноте, в лесу, заставляет воспринимать тени и стволы деревьев как угрожающие образы, а шорох листвы и звуки, издаваемые зверями или птицами, принимать за шаги преследователей. Естественные события в такие

минуты переживаются как угроза. При этом страх, заставляющий нас дрожать, возникает не столько из-за вида дерева или куста, которые мы в этот момент не различаем отчетливо или принимаем за фигуру человека, сколько от невидимого окружения, погруженного в темноту. В такие минуты мы теряем привычную уверенность, которая позволила бы нам правильно разграничить и оценить окружающие нас предметы. Там, где находящееся на переднем или заднем плане смещается в полумраке, некоторые воспринимают неясно рассмотренные предметы как нечто, имеющее особое значение. Это определяется нашим настроением, тем, как мы истолковываем определенные восприятия. В состоянии сильного страха ствол дерева превращается в подстерегающего нас врага, а весь лес грозит опасностью.

При шизофренических переживаниях подобное ощущение угрозы часто предшествует началу заболевания. Во всяком случае, для больного шизофренией окружающее принимает все более чуждые формы, пока, наконец, собственное переживание вконец не опрокидывает привычные нормы и не заставляет частично или полностью разорвать прежние связи и создать из одномоментного, преобладающего восприятия новый образ действительности, основывающийся на личном опыте.

В собственно болезненном состоянии окружение не имеет более своих естественных взаимосвязей, оно кажется ненастоящим, как бы инсценированным специально для больного. В то же время больной шизофренией ощущает себя измененным, находящимся то ли под гипнозом, то ли под телепатическим воздействием.

Несмотря на то что эти изменения во внутренней и внешней жизни тесно связаны друг с другом, в дальнейшем изложении мы для лучшего понимания постараемся рассматривать их отдельно.

#### «Вовне многое изменилось»

В шизофреническом переживании окружающий мир воспринимается больным так, словно каждое событие и каждый предмет касаются его лично. Все, на что он обращает свое внимание, представляется сделанным специально для него. Все меньше становится того, что не имеет особого значения. Во всем, что он видит, слышит, обоняет, осязает или ощущает как-то иначе, может заключаться послание, адресованное только ему. Так, например, обычная поездка в автомашине может превратиться в своеобразное открытие, как описал профессор Конрад (Conrad, 1958), пересказав историю своего пациента-призывника.

«На всем пути вдоль улицы всего было понастроено. Масса предметов была поставлена только для того, чтобы проверить, заметит ли он их; например, большой стог сена, которому в этом месте нечего было делать; большая куча камней была приготовлена для ремонта улицы, которая находилась в хорошем состоянии и не требовала ремонта; по обочине улицы шла овца, которую трудно было не заметить; навстречу ехали велосипедисты; всего было так много, что обо всем и не скажешь. Все это было приготовлено специально для него, через каждую сотню метров попадалось что-то. В общем, буквально все, что повстречалось, было примечательно...»

Когда на следующий день он должен был зарегистрироваться в призывном пункте и ожидал вызова, то заметил, что все прохожие чего-то пугались, когда про-

ходили мимо него. Он видел это по выражению их лиц: в них было что-то напряженное, неестественное, схожее с гримасами. Их движения также были неестественными. Даже собаки обходили его стороной и убегали с поджатыми хвостами. Они явно были довольны, когда могли облаять его издали. По-видимому, от него исходило какое-то особое воздействие, так что люди вокруг него выглядели как замороженные, заключенные в магический круг.»

Для этого больного поездка в машине превратилась в своеобразный испытательный полигон. При этом ему «бросилось в глаза» и примечательное, и малоприметное. Для других больных сценарий, который они переживают, может принимать форму кинофильма или театральной постановки, для иных это будет преследование или защита. Но во всех случаях все воспринимаемые ситуации имеют непосредственное отношение к больному.

Для больного шизофренией больничная палата во время остро приступа болезни превращается иногда в киносъемочную площадку или театральную студию. Находящиеся в ней больные в этом случае перестают быть больными, вместе с врачами и медицинским персоналом они исполняют отведенные им роли. Один больной опознал в высокой светловолосой медсестре Клаудиу Шиффер. О лечащем враче он говорит: «Так называемый доктор Н. является актером, который играл в фильме «Доктор Живаго» главную роль. Он точно знает, какая сцена исполняется, но по поводу киносъемок ничего не может сказать. Иногда он издали кивает мне. А потом подает знак, который не должен быть замечен снимающей скрытой камерой. Этим он подтверждает, что находится на моей стороне».

Средства массовой информации, являющиеся неотъемлемой частью современной жизни, превращаются для больного шизофренией в носителей тайных

посланий. Газеты, телевидение и радио передают в зашифрованном виде, а иногда и открытым текстом послания, всегда адресованные персонально ему. Так, например, заметка в газете, по мнению больного, может быть полна намеков на его личную жизнь. Передачи по радио и телевидению осуществляются специально для него и могут, как в приведенном выше случае, описанном Клаусом Конрадом (поездка больного в автомашине), содержать специальные сообщения для больного.

Для одной больной репортаж о войне, проходившей на далеком континенте, был сигналом о ее участии в военных действиях. Среди названных в репортаже участников боев она находила зашифрованные намеки на имена своих родственников, которые занимали ключевые позиции в армии противника.

У другого пациента предсказание гадалки приобрело особое значение: он решил, что обещание, данное незадолго до этого одним родственником, якобы не будет выполнено. Больной обосновал свое предположение тем, что, сделав предсказание, гадалка многозначительно улыбнулась.

Зачастую такие эпизоды повторяются многократно в течение короткого промежутка времени. «Ты постоянно балансируешь на канате. То, что происходит вовне, составляет не более сотой доли того, что происходит внутри: каждая статья в газете, каждая шутка в телепередаче, каждое слово медсестры может таить в себе целую историю», — рассказала одна больная.

Поэтому для многих больных шизофренией чтение газет и книг, а также слушание радио и просмотр телепередач превращается в процедуру, требующую напряжения — ведь каждое слово в них полно особого значения.

Та же больная вспоминает: «В конце последнего болезненного эпизода меня начали раздражать эти направленные на меня воздействия окружающего мира. И прежде всего все эти книги, которые печатаются массовыми тиражами и которые предназначены только для меня и противоречат действительности».

Совместное проживание с другими людьми также становится крайне утомительным, так как за многим приходится неустанно следить. За каждым фактом может скрываться откровение. При этом для больного шизофренией многое может иметь только форму намеков и ставить перед ним задачи, которые он должен разрешить. Многое другое также может содержать важные послания, достоверность которых не вызывает никаких сомнений.

Банальные и случайные наблюдения приобретают характер требования, как показывает следующий пример, где надпись «Setz» (букв. «Садись») приобрела форму приказа сестры.

«Теперь я садилась на стул в ресторане только тогда, когда мимо окон проезжал грузовик с надписью «Setz». Птицы своим полетом указывали направление, по которому я должна двигаться, или я ориентировалась по расположению еловых ветвей. Такие же указания таились в окраске цветов, в окурках, обертках жевательной резинки, камнях, еловых ветках. Г-н С. просто организовал для меня игру вроде спортивного ориентирования.

Я была лишена права принимать решения. Как раз в это время я раздумывала над тем, не следует ли мне переехать из университетской клиники Бургхельци в другую клинику, находящуюся в Кильхберге. Тут я заметила воздушный шар, который рекламировал «Nixdorf» (т. е. Nix — ничего, а Dorf — деревня Кильхберг), и мне стало ясно, что следует оставаться в Бургхельци. Такое вынужденное решение неожиданно дало мне ощущение защищенности. А последствием было то, что с этой

минуты я смогла противостоять своим регрессивным потребностям.»

Чувственно яркий характер восприятия может также привести к тому, что больной шизофренией при случае не узнает знакомое место или лицо. А незнакомая местность при известных обстоятельствах может восприниматься как хорошо знакомая, чужой человек — как близкий родственник. Возможно и обратное: собственный дом и близкие люди не узнаются и воспринимаются как незнакомые.

Одна пациентка во время автобусной экскурсии за границей была уверена, что находится в Швейцарии, в родном кантоне. Она так была обрадована этим, что пригласила всех находившихся в автобусе к себе в гости, в дом, который «находится за ближайшим поворотом». К некоторым незнакомым людям она обращалась как к хорошо знакомым и была удивлена, что они отвечают ей на чистом немецком языке: «Они, по-видимому, были подменены», — сообщила она позднее. «Все было совсем как дома. А у одной дамы была точно такая же привычка смотреть исподлобья, как у г-жи О.»

Другой пациент, который во время пребывания в больнице принимал посещавших его родственников за совершенно незнакомых людей, позднее говорил: «Мои посетители принимали различные характерные образы: одна из моих родственниц, на мой взгляд, была одета как монашка, и это служило поводом для цепной реакции в моих мыслях». Эта «похожая на монахиню личность» настолько завладела мыслями больного, что он стал всерьез принимать за монахиню одну близкую родственницу, и при этом его не покидало чувство неправдоподобности своего переживания, связанного с отчуждением близкого ему человека.

После всего сказанного выше может показаться, что больной воспринимает самого себя внутри сценически измененного мира, в котором знакомое становится не-

узнаваемым, а чужое — знакомым, а ему остается только подчиниться обстоятельствам. Но такое представление было бы неполным. Правда, шизофренное переживание изменяет действительность, но при этом, как правило, не угасает воспоминание об обычном образе действительности. Если течение шизофренного заболевания является не слишком тяжелым, больной сохраняет возможность «вести двойную бухгалтерию», т. е. он способен в общении с внешним миром удерживать представление о старом образе действительности, а новое ее лицо только изредка отражается в его высказываниях и поступках. При более легком течении болезни или в самом начале тяжелого приступа могут попеременно проявляться «нормальные» и «шизофренные» переживания, подобно смене состояний сна и бодрствования у здоровых.

В конечном счете, больной шизофренией не чувствует себя больным, беспомощным, скорее он ощущает себя приобретшим всемогущие силы. Так, например, больной уверен, что другой действует так, как это задумано больным. По мнению больного, это происходит потому, что этот «другой» раскрывает ему свои мысли. Даже ход истории или погода представляются зависящими от его воли. Однако на заднем плане этого «могущества» часто таится ощущение, что эта таинственная сила только предоставлена ему на какое-то время и он является не более чем исполнителем воли ее таинственного владельца.

Бессилие и всемогущество находятся в непосредственной близости друг от друга. Они представляют собой две стороны одного и того же переживания, которое характеризуется исчезновением границ между Внутренним и Внешним.

### «Внутри многое изменилось»

В той же мере, в какой для больного шизофренией изменился окружающий его мир, он и сам чувствует себя измененным. Если внешний мир в шизофренном переживании воспринимается как «искусственно созданный», то себя больной ощущает как «сделанного и подмененного» (Congrad). То, что больные думают или чувствуют, также кажется им в большей или меньшей степени чуждым, как будто это мысли и чувства другого человека. Они расценивают свои поступки и мысли как не принадлежащие им, а внедренные в них особым образом без их ведома и согласия.

Для иного читателя особенно трудно будет вчувствоваться в эти внутренние переживания, и он может поставить под сомнение нарисованную нами картину. Ведь основу нашего самопонимания со времен французского философа Декарта составляет убеждение, что мысли человека являются его личным достоянием. «Я мыслю, значит, я существую». Если в шизофренном переживании затрагивается эта основа, то возникает угрожающий вывод: «Я не мыслю (самостоятельно), значит, я не существую». Однако при шизофренных переживаниях не утрачивается способность к самонаблюдению. Но при этом внутренняя жизнь кажется таинственным образом подчиненной кому-то (или «чему-то»), что заставляет размышлять и привлекает. Больные шизофренией часто воспринимают свои мысли не как возникающие спонтанно в их разуме, но как привнесенные извне «озарения». Соответственно, они часто исходят из того, что эти мысли не принадлежат им и потому могут быть услышаны другими. Естественно, что многие больные отказыва-



ются отвечать на вопросы, так как уверены, что задающий вопросы и без того знает ответ на них.

«Они могут читать мои мысли и точно знают, что со мной происходит. Не притворяйтесь. Вы прекрасно знаете, что случилось. Вы ведь тоже принимали в этом участие. Это же игра в передачу мыслей», — говорила одна пациентка врачу в первой беседе при поступлении в клинику.

Нередко больные шизофренией чувствуют, что их мысли подслушивают; подозревают, что повсюду спрятаны микрофоны, так как убеждены, что их мысли становятся известны другим, а поэтому должны прослушиваться. Это толкование становится еще более понятным, когда узнаешь от больных шизофренией, что свои собственные мысли они часто слышат звучащими в голове и воспринимают их как произнесенные какими-то чужими голосами. Но если чьи-то мысли слышны для них, то аргументация больного звучит так: почему же тогда мои мысли не могут быть услышаны другими?

От ощущения, что мысли звучат и больной сам слышит их в голове, до улавливания отдельных слов, фраз или «голосов», идущих извне, остается только небольшой шаг.

Пациент Клауса Конрада так проиллюстрировал этот переход: «Они подслушивают мои мысли и все, что я делаю. Им не нужно даже подсматривать. Они и так все видят. Я уже давно думаю о том, какими аппаратами они пользуются. По-видимому, это как-то связано со светом. Это очень интересно. Таким образом мне хотели вложить в голову слово «генерал-полковник»... Они все повторяют его и напоминают мне о событиях, которые сыграли роль в моей жизни. Это происходит так: в меня закладывают мысли, затем я их высказываю и тогда, соответственно, они прослушиваются» (Congrad, 1958).

Типично то, что голоса, которые слышат больные шизофренией, главным образом комментируют их действия.

Один пример: «Когда я курю сигарету, то слышу: «Теперь он курит». Или другой голос: «Брось курить». Если я бегу по улице, то голос говорит: «Теперь он бежит по улице, добегают до угла и спрашивает себя, какой маршрут выбрать дальше. Для этого смотрит на ноги идущей мимо девушки, на витрину мясной лавки и т. д.»

Иногда голоса дают советы «за» или «против» какого-либо поступка или угрожают, ругают, высмеивают, критикуют, приказывают.

Пожилой больной шизофренией слышал различные мужские и женские голоса. Один низкий голос говорил ему: «С. П. — слабак». Потом высокий женский голос констатировал: «Следует его проучить». Другой женский голос возражал: «Это неправда. Он весьма приятный человек.»

По оценке больного, голоса исходят извне: из стен, из воздуха, от соседей или «сверху» и т. д.

Иногда голоса становятся тише или вовсе исчезают, если больные ведут непринужденную беседу с другими людьми или если они выполняют работу, которая приносит им удовлетворение. Напротив, при социальной изоляции или в состоянии напряжения они усиливаются.

Голоса крайне мешают больному шизофренией, отягощают его жизнь. Они могут вызывать чувство страха и увеличивать растерянность.

Пациентка, которая слышала различные мужские и женские голоса, в основном в ночное время, определяла их как «квази-демонов», которые не хотят ее покинуть. «Они исходят отовсюду. Я оказываюсь в центре, и они дирижируют мной».

Они могут мешать сосредоточить внимание на выполняемой работе или препятствовать разговору. Но не всегда голоса мешают больному шизофренией. Отдельные голоса бывают приятными, слова других воспринимаются как послание или приказ. Иные дают повод для обсуждения, причем голос может восприниматься больным как воображаемый собеседник.

Вследствие этого многие больные шизофренией не ищут защиты от своих голосов. Они воспринимают их не как нечто болезненное, а как что-то, что с ними происходит и является неотъемлемой частью их самих. В большинстве случаев они способны отличать их от голосов реальных собеседников. Часто голоса приобретают индивидуальные характеристики.

Можно предположить, что голоса отражают часть собственных мыслей больного шизофренией. Согласно этому толкованию, мысли, которые воспринимаются больными как чуждые им, также исходят извне. Их «Я» отодвигается при этом на отдаленный наблюдательный пост, и собственно личное (мысли, чувства) частично оценивается как не принадлежащее им.

Тогда мысли превращаются в «мысленные восприятия», в «услышанные слова» (представления становятся «видимым действием», а чувства превращаются в «галлюцинаторные переживания прикосновения, вкуса, обоняния»). Внутреннее переживание при этом теряет личностную окраску и воспринимается только как нечто «представленное» божественным режиссером на подмостках сознания.

Действительно, в разговорных оборотах больных шизофренией мы находим много указаний на

то, что они воспринимают мысли и слова как свершившиеся факты. Тогда слова для них из средства, предназначенного исключительно для коммуникации или обозначений, употребляемых для взаимопонимания, превращаются в «речевые образы» с самостоятельным значением. Они могут рассматривать их, расчленять на слоги, а затем составлять заново. Больные шизофренией могут даже обрабатывать и видоизменять слова, как произведения искусства, в результате чего появляются новые, совершенно непонятные речевые конструкции. При этом изменениям могут подвергнуться и построение фраз, и способ написания.

Один больной шизофренией выразился так: «Когда становится холоднее, красный серп закругляется. Месяц старится».

Другой больной: «Священник поступает неправильно, он ломает хлеб вместо того, чтобы преломлять его. Сила ломает железо и является рукой защиты. Это мелькающая рука, она похожа на молнию. Эпилепсия — это когда человек падает в припадке. Это может сделать двойной святой дух, господин величия, оставшийся непорочным».

Еще один пример такого замысловатого письма, противоречащего принятым правилам языка, приведен на с. 92 в «Манифесте» больного шизофренией.

Тексты, написанные больными шизофренией, редко бывают гармоничны, цельны, но их привлекательность обусловлена именно их противоречивостью, изломом. Они отражают разорванное, раздробленное восприятие больным окружающего его мира.

Может ввести в заблуждение употребление больными шизофренией символического значения слов для описания своего состояния в данный момент.

*Ученый  
М. С. Соловьев  
1926  
1927*

Одна пациентка жаловалась на бессердечность своей матери в таких выражениях: «У нее порок сердца, и ей следовало бы обратиться к врачу». Другой больной проявил агрессию в отношении матери за то, что та выбросила в мусорное ведро гниющее яблоко, которое он отложил. Он обвинил свою мать в том, что она похитила его потенцию, так как выбросила адамово яблоко.

Подобно тому как больные шизофренией воспринимают свои мысли как частично им не принадлежащие, а заложенные в них извне, точно так же они могут ощущать чуждыми отдельные части своего тела. И это позволяет им сделать вывод, что отдельные части тела присоединены к ним извне. Одни больные чувствуют себя автоматами, управляемыми на расстоянии. Другие ощущают, что в их голове помещен какой-то механизм. Тогда им представляется, что они утратили контроль над своим телом (так же как частично утратили контроль над своими мыслями). В начальный период болезни больные шизофренией часто страдают от того, что, как показывает следующий пример, теряют уверенность в том, самостоятельно ли они совершают какие-либо действия или кто-то другой управляет их членами.

«Когда я протягиваю руку за расческой, то это моя рука, выполняющая движение. Мои пальцы также берут перо, но я не контролирую их. Я сижу и смотрю, как они двигаются. То, что они делают, не имеет ко мне никакого отношения».

На тяжелых стадиях заболевания собственное тело может восприниматься больным как полностью отчужденное, искаженное, полое, пронизанное токами и лучами, подогретое или наэлектризованное.

Одна пожилая больная постоянно жаловалась на то, что ее кровать всегда находится под током. «Я совсем не

могу спокойно лежать. Я сгораю от теплового облучения. Потом внезапно чувствую, как меня поражает удар тока. Это не жизнь». Больная тщетно пыталась защитить себя от воздействия извне многослойными повязками.

Собственные восприятия также приобретают характер необычных, ненастоящих, «космических». С постепенной утратой разделяемых с близкими переживаний сами переживания теряют свое значение как коммуникативные средства выражения. Больные шизофренией часто говорят о своем ощущении «вне жизни».

Один больной сообщил о пережитом: «Это было так, как будто жизнь была где-то снаружи, как высушенная». Другая больная шизофренией сказала: «Мои чувства как бы парализовало. А потом их создали искусственно; я чувствую себя роботом».

Собственные чувства могут в экстремальных случаях переживаться как искусственные, «сделанные» другим лицом.

Один больной говорит: «Это не я кричу. На мой головной нерв оказывается воздействие, и тогда этот крик вырывается из меня». Другой констатирует: «Мой смех превращается в хохот, мой плач — в судорожное рыдание. Все это так неестественно».

### **Понимание действительности стало другим**

Коль скоро при шизофренном психозе переживания изменяются столь коренным образом, становится понятно, что больной шизофренией ищет новые, иные объяснения своим переживаниям. Ощущая, что окружающий его мир создается искусственно и что над ним совершаются манипуляции,

больной шизофренией предполагает, что становится игрушкой злой воли. Многие больные чувствуют себя преследуемыми, загипнотизированными, отравленными.

Один молодой мужчина, остро заболевший шизофренией, был уверен в том, что какая-то женщина в гостинице подмешала ему в кофе наркотик. «Я заметил это только через некоторое время. Она так комично расспрашивала меня, какой вкус был у кофе! Уже через час после того, как я вышел из ресторана, мне стало понятно, что от меня что-то требуется. Я чувствовал себя совсем иначе, чем обычно. Эта женщина, должно быть, что-то против меня замышляла.»

У другого больного психотическое состояние развилось во время поездки. По многим знакам он замечал, что его преследуют: «Штора в комнате как-то особенно колыхалась. И даже зеркало стояло так, что за мной можно было наблюдать со стороны. В радиоприемник был вставлен подслушивающий аппарат. Официантка в ресторане сперва совсем не обращалась ко мне, а потом заговорила со мной на моем родном языке (я находился в это время за границей). Многие люди вели себя как-то иначе. Против меня была пушена в ход целая кампания».

Если шизофренное заболевание длится очень долго, то больным может быть воздвигнуто целое здание рассуждений с целью объяснить свои необычные переживания. Если в прежние времена больные чаще ссылались на преследования по религиозным мотивам, то в настоящее время чаще упоминаются секретные службы и политические организации.

Одному больному, по его убеждению, завербованный секретными службами зубной врач вмонтировал в зубную коронку передатчик. Таким образом секретные

службы хотели использовать и его. Политические деятели, к которым он обращался за помощью, также состояли в этой организации. Они не смели действовать вопреки приказам своих могущественных руководителей. Поэтому секретные службы могут продолжать безнаказанно мучить его ударами тока и т. д.

Больные шизофренией могут настолько оказаться во власти своих переживаний, что, как и описанный выше больной, пытаются принять все возможные меры, чтобы преследования прекратились. Однако гораздо чаще больные в повседневной жизни не заходят так далеко в попытках найти подтверждение своим бредовым переживаниям. Они не подвергают свои переживания детальному разбору и ведут себя не так, как можно было бы ожидать, учитывая твердую их уверенность в реальности своих суждений.

Один пациент в клинике, убежденный в том, что он является руководителем учреждения или даже папой римским, усердно работал в лечебно-трудовых мастерских и спокойно приспособился к жизни в отделении.

Многие больные шизофренией вообще не ищут объяснений своим измененным переживаниям. Другие настолько быстро дистанцируются от своих психотических переживаний, что поиск объяснений отпадает сам собой.

И наконец, само переживание может так измениться, что вообще не оформляется в четкую мысль. В таких экстремальных случаях больные переживают ощущение апокалипсиса. Этот чрезвычайный личный опыт, который является уделом только тяжело больных, невозможно воспроизвести. Взаимосвязи распадаются, границы между миром и «Я» рушатся, контакт с внешним миром разрывается. Со стороны это чрезвычайное состояние может восприниматься как

экстаз или блокировка. Такие больные могут часами и даже днями оставаться в одной позе или лежать неподвижно вплоть до появления пролежней, не выдавая ничем своих реакций.

### Возврат

Все эти внезапно наступающие изменения переживаний и поведения могут закончиться спустя дни, недели или месяцы, могут остаться и надолго, но в смягченной форме.

Не существует единого течения шизофренических болезненных состояний. Шизофреническое переживание, столь характерное в своих основных чертах, индивидуально для каждого пациента, для каждого отрезка времени; на него оказывают влияние и ситуация, и взаимоотношения с окружающими.

В какой-то момент речь больного может быть совершенно разорванной и непонятной, а немного времени спустя он уже в состоянии написать связное и содержательное письмо. Больной шизофренией может ясно и последовательно беседовать с врачом, но обращаться к своим близким на совершенно особый манер. Шизофреническое переживание не является устойчивым. При всем ограничении или утрате границ больной сам участвует в формировании своих переживаний.

Если шизофренические эпизоды становятся более частыми или более продолжительными, то увеличивается опасность того, что они могут привести к дальнейшему ослаблению воли к сопротивлению болезни и уходу в себя. То, что пациенты до начала заболевания делали с легкостью, стоит им теперь большого труда. Они значительно чаще нуждаются в передышках, привычные дей-

ствия становятся для них обременительными, они пренебрегают правилами гигиены, перестают регулярно питаться. Однако такие последствия продолжительных приступов отнюдь не являются правилом и ограничиваются только периодом самого болезненного приступа. Часто картина психотического состояния сходит на нет так же, как она развивалась в начале, т. е. внезапно или медленно, но все же чаще больной проходит через промежуточную стадию, когда его состояние будет колебаться, перемежая психотические и реальные будничные переживания.

### ■ Экскурс в переживания

Состояние соматической болезни, как правило, связано с болями и разнообразными нарушениями. Состояние психического заболевания, сверх того, и до настоящего времени, к сожалению, связано с чувством стыда. Не зря в романе Роберта Музиля «Человек без особенностей» говорится, что психическое заболевание воспринимается «не только как неполноценное здоровье, но еще и как неполноценная болезнь».

Если трудно смириться с наличием соматического заболевания у самого себя или у кого-то из близких, то при психическом заболевании приходится преодолевать еще большие трудности. Часто осознание того факта, что один из членов семьи психически болен, представляет собой многолетний процесс, развивающийся не по прямой. Еще труднее протекает признание собственных психических изменений.

Поэтому далее делается попытка показать отдельные шаги или ступени этого процесса — сначала у больных шизофренией, а затем и у их близких.

### Переживания больных шизофренией

*Осознание с других  
(«болезненных») позиций*

Шизофренное переживание предполагает «пересадку». Взгляды на действительность, разделяемые с другими, исчезают, иногда скачкообразно, иногда медленно, пока не достигают той точки, откуда возврат уже невозможен («point of no return»). Этот поворотный пункт в переживаниях можно было бы сравнить с полным изменением ориентировки. Уместно привести пример из повседневной жизни: когда мы едем в поезде, то при взгляде в окно видим, что пейзаж бежит нам навстречу. Если мы на мгновение представим себе, что движущийся поезд стоит на месте, то заметим, что пейзаж несется вперед. Иногда при очень большой концентрации внимания нам удастся выбрать последовательно ту или иную точку зрения. Тогда наш взгляд перескакивает с одного предмета на другой.

Сходное изменение перспективы переживают больные шизофренией. Но их «пересадка» не ограничивается образом мыслей, не совершается, как правило, по их осознанному желанию и не связана с фиксированным пунктом. Сама перемена также происходит по-разному. У некоторых больных переживание изменяется постепенно, ступенчато (раскачиваясь, как маятник, между «болезненной» и «здоровой» точкой зрения). У других больных это происходит медленно и неуклонно, у третьих — молниеносно и всеобъемлюще. Соответственно различным видам этого перехода психотический опыт каждого отдельного больного формирует его разнообразные впечатления и реакции.

Если «пересадка» происходит в форме колебаний маятника между повседневными и психотическими переживаниями, то постоянная перемена точки зрения, под влиянием которой оказывается больной, зачастую повергает его в страх и замешательство. Больные испытывают при этом неуверенность и чувствуют, что теряют контроль над собой. Если переход от «здорового» к «больному» осуществляется медленно и плавно, то наступающие изменения поначалу остаются почти незамеченными и не вызывают чувства беспокойства. Если же психотические переживания изменяются сразу и относительно быстро, то характер реакции на них больного может быть различным. Одни больные защищаются от того необычного, что происходит с ними, и испытывают при этом страх и напряжение. Другие без сопротивления погружаются в психотические переживания или видят в них проявление возросших до максимума ежедневных жизненных проблем.

Доротея Бук сообщает в своей публикации: «В самом начале первого приступа болезни, при появлении еще слабых внутренних импульсов я сделала вывод: моя воля заключается не в том, чтобы хотеть, а в том, чтобы подчиниться, т. е. я была заодно со своим психозом, а не гребла против течения. Поэтому психоз как ощущение утраты самоконтроля не вызывал во мне страха. Пугающим в этом первом шубе (приступе болезни) было молниеносное овладение моим сознанием отдельными вспышками озарения. Они породили во мне, наряду с испугом, чувство беспомощности и не могли объяснить мне это совершенно необычное переживание. Такое же молниеносное нападение я пережила еще один раз во время последнего шуба. Во время предыдущих обострений этого не происходило. Это скорее исключение, чем правило» (Buck и. Вокс, 1991).

И наконец, «пересадка» может (хотя и редко) произойти столь внезапно и всеобъемлюще, что больные шизофренией как бы погружаются в сон и ведут себя, как сомнамбулы, двигаясь наугад в чуждом мире, не проявляя признаков страха или потрясения.

Пока пациент охвачен шизофренным переживанием, он не в состоянии воспринимать собственное заболевание. Больными он считает других, не разделяющих его переживаний (и уверенности в них). Воспринимая мир по-иному, чем окружающие, больной твердо придерживается своей точки зрения даже тогда, когда другие хотят убедить его в правильности своих «нормальных» взглядов. «Это вы сумасшедшие, а не я.»

Часто больной, у которого наряду с шизофренными переживаниями бывают и «здоровые» моменты, также не признает себя больным. При этом могут сыграть роль различные обстоятельства: шизофренная точка зрения ощущается больным как более «правдоподобная», во всяком случае — более впечатляющая, чем обыденная. Больной опасается раскрыть свои переживания, так как боится, что на него могут поставить клеймо психически больного, поместить в психиатрическую больницу, а там — лечить принудительно. Он может стыдиться самого себя или испытывать чувство стыда перед другими. Он может также испытывать надежду на то, что «все это выведенного яйца не стоит; это только нервный срыв, на который не нужно обращать внимания». Наконец, он может чувствовать, что его близкие страшатся психического заболевания или что его заболевание может их обременить. В последнем случае больной вполне сознательно относится к своим

трудностям и замалчивает свои шизофренные переживания из страха перед последствиями своего разоблачения.

*Страдания, связанные  
с «переживаниями особого рода»*

Психоз невозможно долго скрывать от окружающих. Когда шизофренные переживания выплескиваются наружу, то потрясение оказывается очень большим.

Один больной пишет: «Психоз относится к самым сильным и захватывающим переживаниям человека. В первую очередь потому, что все переживания воспринимаются как незыблемая истина, независимо от того, проходят они в дальнейшем или нет. Это заболевание имеет для больного далеко идущие последствия — утрату приобретенной профессии, утрату близкого человека, крах семейных отношений или отношений с друзьями... Особенности душевного напряжения, а также объем переживаний я хотел бы сравнить с взвинченностью в моменты больших событий в жизни каждого человека, таких, как экзамен, влюбленность, любовь, смерть близкого человека, рождение ребенка, творческое достижение, как у художника или мыслителя. Эти душевные потрясения смягчаются или усугубляются компонентами бреда величия, чувством, что ты избежал опасности преследования и можешь торжествовать. В течение всей своей жизни я ни в чем не был так твердо убежден, как в моих психотических фантазиях. Быть может, только в детстве я испытывал подобное чувство — твердо веря в доброго Бога» (Buck и. Bock, 1991).

Какими бы потрясающими ни были психотические переживания, следует постоянно учитывать, что больные шизофренией страдают не только от собственных представлений, но и от реакции близких. Шизофреники протекают не в безвоздушном пространстве, не на иных планетах, а подобны сновидениям.

Больные шизофренией почти всегда болезненно воспринимают столкновение переживаемой ими действительности с действительностью в восприятии других.

Они страдают от непонимания близких, чувствуют себя отстраненными, уязвленными, отвергнутыми. Вследствие «иных» переживаний близкие им люди становятся чужими. Некоторые больные ощущают себя как бы находящимися за стеклянной стеной, видимыми, но недостижимыми. Часто на их настроениях отражаются чувства «неслышанной исключительности» и одиночества, а также непонимание близкими или навязывание ими разных мер. Многие чувствуют себя «поставленными под сомнение», испытывают личную угрозу. Тогда бодрствование становится для них долгом, сон представляет опасность. Постоянное напряжение в конце концов приводит к переутомлению. Свойства больных подмечать в течение длительного времени разнообразные смысловые связи, не умея упорядочить их, также приводит к напряжению.

#### *Трудный возврат к повседневности*

Когда больной шизофренией через некоторое время — благодаря лечению или спонтанно — возвращается из психотического состояния к реальным переживаниям, то жизненные будни встречают его неприветливо. Столкновение с ними оказывается жестким. Больной с трудом включается в реальную жизнь, будучи не в состоянии отбросить опыт переживаний, приобретенный в болезненном состоянии. Тогда наиболее приемлемой для него становится мысль о том, что он стал жертвой об-

стоятельств, которые не может оценить ни полностью, ни частично. Действительно, даже после того, как психоз отзвучал, больному очень трудно оказывать сопротивление приобретенной во время психоза уверенности в том, что он кем-то был использован, находился под чьим-то влиянием.

В дальнейшем осмысление психоза затрудняется отсутствием понимания со стороны окружающих. Даже готовые к диалогу больные шизофренией чувствуют себя после излечения в своего рода вакууме, который поддерживает в них чувство неуверенности. Как следствие этого, многие больные стараются выглядеть особенно трудоспособными и здоровыми. Даже в том случае, если они не перенапрягаются, такое поведение не способствует укреплению их жизненной ситуации и осмыслению пережитого во время психоза, а скорее, мешает этому. В итоге повышенная ранимость, как следствие болезни, может вновь обусловить психотическую реакцию на нагрузки и неспособность освободиться от груза прошлых переживаний. Даже совершенно реальные вопросы и нагрузки делают вживание больного в повседневность очень трудной.

Одна больная написала после выхода из психоза: «Как я перенесу то, что мои коллеги (которые ничего не знают о моем заболевании) или средства массовой информации постоянно высмеивают это заболевание? Известный афоризм гласит: «Ты никогда не останешься наедине со своей шизофренией». К моему ужасу, сейчас я могу подтвердить правильность этого высказывания. Какие же чувства должны подняться во мне, когда на моем письменном столе оказывается рекламная листовка, в которой социальная служба предостерегает родителей от несправедливого отношения к детям и предупреждает, что в этом отношении больные шизофренией составляют особую группу риска? Каковы теперь мои шансы выйти замуж? Могу ли я так просто



согласиться с тем, что никогда не смогу усыновить ребенка или совершить путешествие в Америку? И кто при наличии шизофрении пробовал оформить договор страхования жизни? Можно только учиться жить с этим заболеванием и самому приспособливаться к ограничениям» (Katsching, 1989).

Такие трудности могут способствовать увеличению неуверенности в себе и замкнутости у больных, перенесших приступ шизофрении. При этом сохраняется опасность, что особенности поведения (недоверчивость, навязчивое стремление к постоянному контролю, злоупотребление алкоголем или наркотиками) могут усугубить состояние или даже вызвать новое психотическое обострение.

Некоторые больные, перенесшие психоз, сообщают о том, что им помогла попытка задним числом истолковать пережитое психотическое состояние как сновидение. Таким образом, они могли лучше сопоставить свои необычные переживания с повседневностью и лучше понять самих себя. Другие не желают избавляться от своего психотического опыта, так как он открыл им новый взгляд на мир. Поэтому для них стало возможным более всестороннее рассмотрение предметов и событий. Третьим удается воздвигнуть «мост» между психотическими и обычными переживаниями.

Большая часть больных, однако, не в состоянии дистанцироваться от шизофренических переживаний и даже после возврата к «нормальности» сохраняют убеждения, которые оформились во время психоза. Наконец, нельзя забывать и о тех многочисленных больных шизофренией, которые после нескольких повторных приступов не выходят из круга шизофренических переживаний. С социальной точки зрения их судьба

сложена ограничениями, которые знакомы и соматическим инвалидам, но усложнена тем, что и в качестве инвалидов они остаются «иными».

### Переживания родственников больных

#### *Невозможность принять переживания больного как истину*

При медленном развитии заболевания близким родственникам больного гораздо труднее, чем посторонним, увидеть изменения в состоянии больного и оценить их как признаки заболевания. Посторонние чаще первыми говорят, что «с человеком происходит что-то не то».

При этом нельзя предполагать, что близкий заболевшему шизофренией человек также находится в болезненном состоянии. Напротив, тенденция многих родственников не замечать проявлений болезни может стать понятной как самозащита. Наконец, предполагаемые последствия заболевания часто идут так далеко, что наилучшим способом кажется не думать о них. С другой стороны, больные шизофренией способны в течение длительного времени успешно скрывать переживаемые ими изменения — избегать частых встреч, уединяться в своей комнате, а при «скупых» контактах с окружающими отвечать на вопросы уклончиво или вовсе не отвечать. Возможно, что родственники больного дольше других не замечают болезненных изменений потому, что за этими изменениями они продолжают видеть здоровые, знакомые им черты.

Мать одного больного шизофренией, Франциска Матманн, вспоминает в своей книге «Потерянное «Я» о

времени первой госпитализации ее сына: «Наконец я решилась (после того, как сын был госпитализирован) и впервые за много месяцев вошла в комнату сына, который запрещал мне это и охранял свою комнату, как собственное царство. Он запирает дверь, когда выходил. У меня никогда не было возможности прибраться в его комнату. А войти внезапно я не смела. Я инстинктивно уважала его желание уединиться.

Потом пришло время, когда он вовсе перестал покидать свою комнату и часами сидел там без движения, как паук. Я часто наблюдала это через щель, так как сын иногда неплотно закрывал дверь. Он сидел, уставившись в одну точку, подперев голову рукой и не шевелясь.

Он стал совсем одиноким. Он испытывал страх, когда раздавался звонок в дверь или телефонный звонок. Когда я однажды спросила его, чего он так боится, он ответил мне таинственным шепотом: «Нужно соблюдать осторожность. Они собираются кого-то прикончить. Самое лучшее — быть немой. Все мы и так слишком много говорим. Если ничего не говоришь, то как бы не существуешь по-настоящему и тебя не могут схватить».

Мать говорит о том, что она почувствовала, войдя в комнату сына: «Я с ужасом увидела царившее там запустение и одновременно подумала о том, что уже давно должна была действовать более решительно. Ведь то же самое, наверное, происходило и внутри него».

#### Видеть, но не уметь понять

Если поведение пациента становится настолько странным и трудным для окружающих, что воспринимается как помеха, то естественно возникает вопрос, как можно объяснить такое изменение. Часто делаются попытки найти его причину в событиях жизни человека.

У Франциски Маттманн в этой связи появились воспоминания о школьных годах ее сына; эти годы преврати-

лись в трагедию, «так как недалекий учитель возненавидел неудобного для него ученика». Она вспоминала: «Позднее, в годы учебы, одноклассники высмеивали его, обижали, издевались над ним. Учителя его не любили. Его не понимали и не старались понять. Его постоянно оттесняли. В лучшем случае — просто не замечали».

Руководствуясь собственным опытом, автор (Hell, 1982) подтверждает, что почти половина супругов больных шизофренией относят заболевание на счет психологических или социальных причин. От других родственников то и дело можно услышать ссылки на профессиональные или семейные трудности у больного.

Как бы ни были важны для понимания шизофренного заболевания отягчающие его факторы, эти биографические интерпретации затрудняют признание тяжелого психического заболевания. Они порождают чувство вины. Иногда вопрос о вине занимает центральное место, и тогда внутренние проблемы больного остаются нераспознанными. Понятно, что чувство вины возникает в первую очередь у близких больному членов семьи. С другой стороны, близкие, отношения которых с больным ничем не отягощены, часто задают себе вопрос, что же они упустили или сделали неправильно. Даже дети спрашивают себя, были ли они «молодцами» и оказывали ли необходимую помощь.

Вопрос о собственной вине нередко затрагивает третьи лица, бывает так, что супруги и родители больного возлагают ответственность за случившееся друг на друга.

Так, в одном случае мать бросает невестке: «Нет ничего удивительного в том, что твой муж заболел, если принять во внимание твои проблемы с алкоголем и твою ненадежность». А жена больного на замечание свекрови реагирует ответными упреками: «Ты сама отдала своего

сына в детстве в интернат, а после развода с первым мужем ребенок попал под власть отчима, который был подвержен вспышкам гнева».

Постоянные вопросы больного, адресованные самому себе, и поиски собственной вины могут оказать растущее давление на всех членов семьи, даже если за этим скрывается надежда преодолеть «кризис» или «нервный срыв» без каких-либо насильственных мер.

Если шизофренное расстройство не проходит и если вопрос о собственной вине получает все больше пищи, то перед многими семьями встает тяжелое испытание «на разрыв».

Страх перед непониманием, упреки соседей и друзей, а также сама манера поведения больных (беспокойство в ночное время, пренебрежение правилами гигиены, отсутствие критического отношения к своему поведению или замкнутость) способны обострить ситуацию. В связи с перенапряжением в этот период болезни многие члены семьи больного переживают нервный срыв, который при определенных обстоятельствах создает впечатление, что и они полностью изменились.

Верена Дизеренс, председатель объединения родственников больных шизофренией в Цюрихе, пишет в заметке, адресованной врачам: «Родственники больных переживают эту болезнь со своих позиций и под иным углом зрения, но всегда остаются беззащитными перед натиском обстоятельств на их самочувствие и равновесие. Мы, родственники, вдвойне переживаем отчуждение, молчание, недоверие больного ко всем и ко всему, придание всякой мелочи особого значения, превращение ночи в день и наоборот, страх и еще раз страх, вырастающий до размеров идеи преследования. Этот страх испытывает наш ребенок, наша жена и, наконец, мы сами. Мы относимся ко времени так, как будто оно заключено в градуирован-

ный сосуд. Мне очень важно, чтобы вы это знали. Во время психоза у наших детей, мужей, жен мы находимся рядом с ними».

В этот период родственники больного не стремятся получить помощь со стороны, из опасения ли проявить несправедливость к заболевшему члену семьи или из чувства стыда. Не в последнюю очередь имеют значение и многие предубеждения против психических заболеваний, и боязнь самому оказаться в подобном положении.

При остром течении заболевания эти трудности также выступают на первый план, особенно тогда, когда у больного наступает улучшение, а вместе с ним спадает чувство напряженности у близких. При затяжном течении расстройств члены семьи больных шизофренией подвергают себя опасности изоляции, вместо того чтобы искать поддержки и помощи и получить их.

По данным статистических исследований, эти проблемы оказывают влияние и на больных. В тех случаях, когда трудности в поведении больного расцениваются как выражение его злой воли, родственники, согласно исследованиям Вогана и Леффа (1977), скорее склонны к предубеждениям в отношении заболевшего члена семьи. Таково мнение 2/3 авторов, обследовавших членов семей, которые отворачивались от больных, не считали их страдающими психическим заболеванием. Большинство членов семей находилось под впечатлением, что больной действует им назло. На этом основании члены семьи либо приходили в замешательство, либо предъявляли больному постоянные упреки и обвинения.

При этом следует признать, что многие чувства членов семей больных приобретают — соответственно «расщепленной» жизненной ситуации — противоречивый характер, часто изменяются от неожиданного понимания до полного неприятия. Манфред Блойлер также счита-

ет, что существует постоянная связь между состоянием больного и отношением к нему близких: привязанность и неприязнь. Эту взаимосвязь вряд ли можно отразить статистически. Но о ней узнаешь тотчас же, стоит лишь углубиться в каждую отдельную историю болезни.

*Всмотреться и изучить,  
чтобы жить с этим*

Несмотря на многие внутренние и внешние препятствия, те обстоятельства, которые обусловлены заболеванием, принуждают родственников рано или поздно признать, что психическое заболевание близкого человека обрушилось на них всей своей тяжестью. Чувство беспомощной ярости и опустошенности уступает место признанию того, что прежние представления и тактика поведения не соответствуют интересам больного.

Если этот шаг наконец сделан, то многие родственники больного парадоксальным образом испытывают ослабление напряженности, так как у них отпадает необходимость вновь и вновь убеждать себя в реальности наступивших у больного расстройств. По-видимому, они способны принять эти расстройства как вызов и поставить для себя новую задачу — заботу о больном. Поэтому временное принятие на себя тех обязанностей, которые больной ранее выполнял самостоятельно, не является просто дополнительной нагрузкой. В противоположность эмоциональному гнету, который приносит с собой заболевание близкого человека, эта задача придает также новое содержание жизни, принося наряду с усталостью и удовлетворение, и немного отвлекает от постоянных забот.

Кроме того, признание факта болезни близкого человека позволяет относиться к его «неправильному» поведению с меньшим предубеждением и меньше чувствовать себя в чем-то виноватым.

Они должны меньше относить на свой счет порой непредсказуемое поведение и странные поступки больного шизофренией и меньше объяснять их семейными обстоятельствами. Одновременно родственники могут, ведя дневник болезни больного, внутренне несколько дистанцироваться, излагая на бумаге те детали, которые, по их мнению, являются для больного чуждыми и зависят от его болезни.

При этом нельзя говорить о недостаточной или ограниченной способности близких вчувствоваться в переживания больного. Нет никаких оснований любить и уважать больного меньше, чем здорового.

При опросе родственников больных по указанной выше проблеме, проводившемся в США, Англии и Швейцарии, были получены сходные данные, свидетельствующие о том, что большая часть опрошенных членов семей не только желала бы видеть своего больного дома, но и охотно примет его. Процент родственников, которые отказывались содержать больного в домашних условиях, колебался в этом исследовании от 5% до 25%. Другие углубленные исследования (Hell, 1982) подтвердили, что ни одна другая группа населения не имеет меньше предубеждений и неприятия психически больных, чем группа родственников больных.

Наблюдения в течение длительного времени позволяют сделать вывод, что целенаправленная помощь больным со стороны родственников после признания факта заболевания вполне возможна. Так, например, изучение Хогарти и Андерсоном (1986) течения заболевания показало,

ли, что частота повторных обострений в течение года снизилась до 19% у тех больных, родственники которых занимались на курсах по изучению шизофренических заболеваний, в то время как у больных, чьи родственники получали только индивидуальные консультации от случая к случаю, частота повторных обострений достигала 35%.

### ■ Как диагностируют шизофрению?

Предположение о наличии шизофренического заболевания требует определенных соматических и психологических уточнений.

Шизофренические заболевания не могут быть распознаны по одному-единственному симптому или по одной, изолированной особенности поведения.

Некоторые особенности, в менее выраженной степени, встречаются и у здоровых людей, и у лиц, страдающих другими заболеваниями, и не дают оснований думать о шизофренических признаках. Единственный, неотъемлемый признак (например, биологический) до сих пор так и не найден. Точно так же не существует специфического теста — ни психологического, ни лабораторного, с помощью которого можно было бы с уверенностью подтвердить диагноз шизофренический.

Врачебный диагноз основывается на биографических сведениях (изложенных другим лицом) о развитии расстройств, на подробной беседе с больным и психологических исследованиях. Для исключения других заболеваний необходимо тщательное соматическое обследование больного. Шизофреноподобными могут временами казаться глубокие изменения в переживани-

ях и поведении больных вследствие отравлений или длительного применения некоторых лекарственных препаратов, вследствие мозговых расстройств и нарушений обмена веществ, а также вследствие далеко зашедшего алкоголизма. Тяжелые депрессии также нередко протекают с бредовыми переживаниями и крайне выраженным отходом от социального окружения, хотя это происходит в несколько иной форме. Выраженные расстройства влечений, сопровождающиеся возбуждением (так называемые мании) приводят иногда к состояниям спутанности, которые могут выражаться в расстройстве мыслей, чувств и поступков и осложняться обманами чувств.

Однократно перенесенный приступ шизофренический отнюдь не означает, что заболевание останется навсегда. После того как шизофреническое состояние миновало, даже если оно наблюдалось в течение длительного времени, еще нельзя говорить о шизофреническом и называть больного шизофреником.

Для уточнения диагноза врачи, и прежде всего психиатры, в первую очередь обращают внимание на нарушение восприятия и мышления у пациента. При этом они опираются на признанные в настоящее время международные диагностические критерии (например, Всемирной организации здравоохранения или Американской психиатрической организации). Согласно международной классификации болезней ICD-10, перечисленные ниже симптомы должны сохраняться в течение месяца и дольше, для того чтобы соответствовать критериям шизофренического.

Среди расстройств восприятия важное место занимают слуховые, т. е. восприятие слов и фраз, не произносившихся никем из присутствующих.

Наряду с собственно обманами чувств важную роль играет бред, например, бредовое истолкование обманов чувств (убеждение в наличии преследования, воздействия).

Для постановки диагноза важны следующие нарушения мышления:

- ♦ изымание мыслей (убеждение, будто мысли вынимаются из рассудка «внешней силой»);
- ♦ распространение мыслей (убеждение, что собственные мысли передаются так, что становятся известны другим).

Эти симптомы важны для диагноза, хотя не могут обосновать его окончательно. Остаются субъективные источники возможной ошибки; остается также неуверенность, не кроются ли за описанными изменениями всей личности, которые, как правило, обозначаются как шизофрения, признаки других, не известных врачу болезней, которые в итоге вызывают подобные проявления (как, например, различные инфекционные заболевания вызывают сходные лихорадочные состояния).

Распознавание шизофренических картин заболевания в настоящее время стало более ранним, чем прежде, благодаря ряду методических усовершенствований. Так, например, при большом обследовании, проведенном в 1973 году под наблюдением ВОЗ, в разных странах была выявлена высокая степень соответствия между диагнозами, поставленными врачами, с одной стороны, и моделями расстройств, составленными с помощью компью-

теров, — с другой. Правильную оценку клинической картины нельзя, однако, смешивать с понятием о сущности заболевания. Вопрос о сущности заболевания, называемого шизофренией, остается открытым.

#### РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

- Mattmann F. Das verlorene Ich. Tagebuch einer Mutter. 3. Aufl. — Zytglogge, Bern, 1988.  
(Ужас, переживаемый матерью.)
- Navratil L. Schizophrenie und Kunst. 2. Aufl. — Deutscher Taschenbuch Verlag, München, 1966.  
(Способ выражения у больных шизофренией, рассмотренный с позиций анализа их творчества.)
- Scharfetter C. Schizophrene Menschen. 3. Aufl. — Psychologie Verlags Union und Urban & Schwarzenberg, München, 1990.  
(Научный обзор.)
- Sheehan S. Ich bin nicht da, wo ihr mich sucht. Geschichte einer Schizophrenie. — Kreuz-Verlag, Zürich, 1987.  
(Одиссея одного больного шизофренией, рассказанная журналисткой.)
- Wing J.-K. Schizophrenie in Selbstzeugnissen//Katschnik H. (Hrsg). Die andere Seite der Schizophrenie. 3. Aufl. — Psychologie Verlags Union, München, 1989.  
(Самоописания больных шизофренией.)

### 3 Как протекают шизофрении?

Уровень жизни больного и отчасти его семьи существенно зависит от течения болезни. Поэтому центральное место для больного занимает проблема, должен ли он смириться со своим заболеванием или может надеяться на улучшение.

Течение шизофренических заболеваний может существенно различаться по своим проявлениям. Чтобы помочь читателю правильно ориентироваться, мы укажем здесь некоторые формы течения, хотя для оценки каждого отдельного случая такое деление весьма условно.

Для описания течения болезни необходимо учитывать три отрезка времени:

- начало заболевания;
- дальнейшее течение, продолжающееся месяцы или даже годы;

- конечное состояние (т. е. степень нарушений через десятки лет).

**Начало заболевания.** Начало заболевания может выражаться внезапным появлением симптомов. В таких случаях говорят об остром начале. Если симптомы развиваются медленно, в течение месяцев и даже лет, говорят о вялом течении (см. рис. 2).

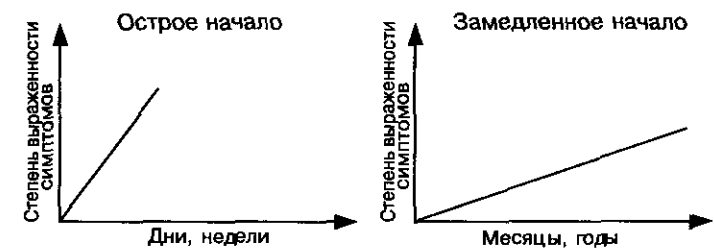


Рис. 2. Течение болезни в начале заболевания

При первой манифестации шизофрении особенно трудно с уверенностью предсказать дальнейшее развитие болезни. Примечательно, однако, что примерно у 10–20% всех заболевших наступает спонтанное выздоровление, и при этом — на всю жизнь.

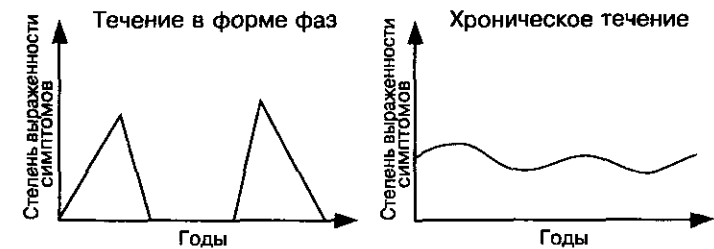


Рис. 3. Формы дальнейшего развития болезни

**Тип течения.** Если при дальнейшем течении заболевания шизофренические эпизоды чередуются с периодами, свободными от болезненных проявлений, то говорят о

приступообразном течении. Если же симптомы в большей или меньшей степени остаются на длительное время, то такое течение обозначается как хроническое (или, лучше сказать, затяжное) (см. рис. 3). При приступообразном течении отдельные эпизоды болезни длятся под влиянием лечения от нескольких недель до месяцев (чаще всего от 5 до 12 недель).

**Конечное состояние.** Конечное состояние также может быть очень разнообразным. Через несколько десятилетий после начала болезнь может быть полностью излечена, состояние больного может улучшиться или, напротив, может произойти стойкая инвалидизация.

### ■ Частота различных форм течения

Течение шизофренических заболеваний изучалось в Европе на больших группах больных М. Блойлером (1972) в Цюрихе, Хубером и Гроссом (1979) в Бонне и Чомпи и Мюллером (1976) в Лозанне.

Эти исследования, охватившие более 1000 больных, оказались удивительно схожими по полученным данным. Авторы приходят к общему выводу, что через 22—37 лет после начала заболевания 1/3 больных оказалась выздоровевшей, у 1/3 наступило значительное улучшение, а 1/3 была инвалидизирована. Таким образом, более чем у половины обследованных больных исход болезни следует признать скорее благоприятным. Другие, более поздние по времени исследования течения заболевания, проводившиеся в разных странах, в целом подтверждают приведенные выше результаты. Если диагноз (как это принято в настоящее время) устанавливается только при более тяжелых прояв-

ниях и в случаях с изначально большой продолжительностью эпизодов, то их прогноз неблагоприятен. Следует также принять во внимание, что в ряде случаев заболевание протекает на небольшом отрезке времени и имеет благоприятный исход. Так что эти случаи остаются, как правило, не охваченными статистическими исследованиями.

Различные формы течения и их частота отражены на рис. 4. Наиболее часто встречающаяся форма течения шизофренического психоза (около 40% всех случаев заболевания шизофренией) характеризуется единственным или несколькими эпизодами болезни, которые начинаются остро и также довольно быстро проходят (№ 1 и 3). Вялое начало чаще соответствует хроническому (затяжному) течению. Однако и медленное начало болезни может в дальнейшем приобрести приступообразное течение (№ 5) или постепенно и медленно привести к улучшению (№ 4). Возможны и другие типы течения (например, № 6, 7 и 8), так что в каждом отдельном случае первый или повторный приступ шизофренического заболевания не может быть спрогнозирован. По данным более раннего исследования Чомпи и Мюллера, 40% больных через десятки лет после начала заболевания продолжали жить в своих квартирах (с семьей или самостоятельно), 20% находились в различных интернатах (пансионатах), 40% продолжали лечение в больницах. Несмотря на то что к моменту катamnестического исследования средний возраст пациентов составлял 74 года, многие из них сохранили работоспособность, что лишнее подтверждает оправданность благоприятного прогноза. Однако смертность больных шизофренией по сравнению со средней смертностью населения во всех возрастных группах несколько выше. При этом меньшую роль играет частота болезненных эпизодов, большую — склон-



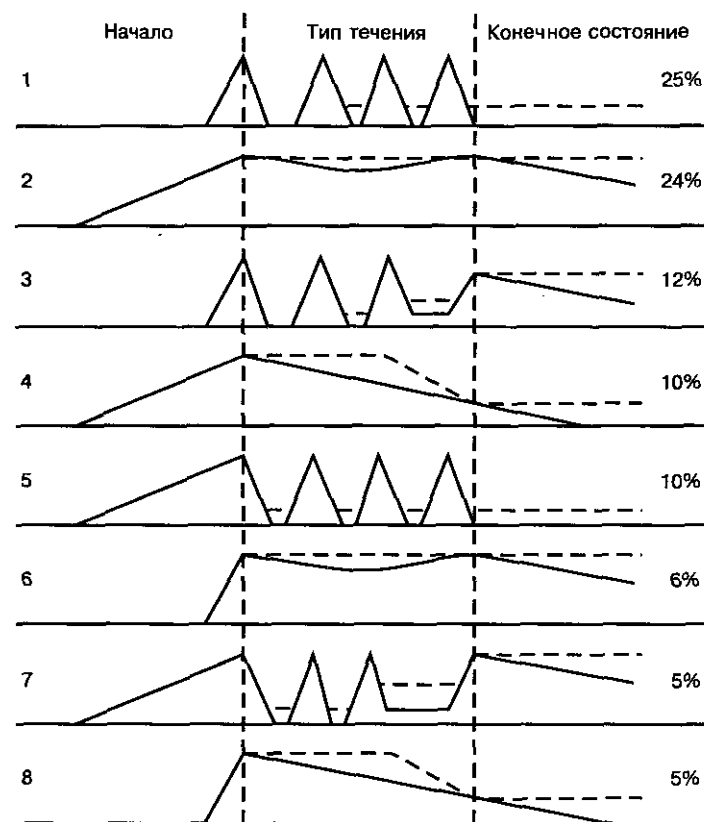


Рис. 4. Периоды развития шизофрении.  
Средняя продолжительность наблюдения 36,9 лет,  
n = 228; пунктиром обозначены варианты  
тех же форм течения (Сіомрі, 1984)

ность к самоубийствам. Статистически установлено, что почти 10% больных шизофренией в течение своей болезни совершали попытки самоубийства со смертельным исходом.

Если до сих пор мы старались описать течение болезни в соответствии с различными его типами, то

в итоге должны все же указать, что течение заболевания не может быть установлено однозначно. В значительной степени течение болезни у каждого отдельного больного зависит от различных внешних влияний; существенное воздействие на течение болезни оказывают современные методы лечения.

### ■ Признаки благоприятного течения

Несмотря на то что в каждом отдельном случае форма течения болезни имеет свои особенности, продолжается поиск тех подходов, которые позволили бы более точно прогнозировать течение заболевания.

Многочисленные исследования последних лет опровергли прежние представления об относительно долгосрочных прогнозах.

По данным этих исследований, не выявлено никакой отчетливой связи между дальнейшим течением заболевания и

- семейной отягощенностью шизофрениками и другими психическими заболеваниями;
- строением тела;
- порядковым местом, которое занимает больной в ряду братьев и сестер;
- социальным слоем.

Несмотря на все приложенные усилия до сих пор не удалось выработать всеобщих «правил» определения течения заболевания, которые бы удовлетворяли всем требованиям, предъявляемым к ним.

Насколько трудно выработать универсальные критерии для оценки типа течения, можно судить

хотя бы по тому, что такой критерий, как «трудо-вая деятельность», может служить эталоном только с учетом такой предпосылки, как существующая в данное время полная занятость. В условиях растущей безработицы разрыв между понятиями «трудо-вая деятельность» и «трудоспособность» увеличивается и становится яснее для всех. Повторное поступление в клинику также может быть обусловлено самыми разными причинами и не является однозначным критерием течения заболевания. Если родные уговаривают больного поехать в некоторое время в больничных условиях, то этот факт совсем не означает, что у больного наступило ухудшение состояния, а может быть обусловлен заботой о правильном лечении.

Возможно также, что члены семьи больного нуждаются в передышке и после долгих колебаний решаются на помещение больного в клинику. Возможно, что изменения во внутрисемейных отношениях создают для отдельных членов семьи совершенно неприемлемую ситуацию, или же сам больной надеется на успешное применение нового лечения.

Поэтому здесь следует указать на некоторые отправные точки для оценки форм течения болезни:

- Благоприятное течение болезни до настоящего момента позволяет надеяться на благоприятное течение и в будущем.
- При хронических формах течения улучшение возможно через годы и даже десятилетия; тенденцию к улучшению состояния нельзя исключать.

Мягко протекающие формы встречаются чаще,

- если начало заболевания было острым;

- если заболевание развилось на фоне тяжелой ситуации;
- если оно сопровождалось колебаниями настроения;
- если до начала заболевания личность больного была гармоничной и способной к контактам;
- если больные продолжают заботиться о сохранении социальных контактов и благодаря этому чувствуют теплое отношение к себе друзьями.

Наряду с изложенными выше отправными точками следует упомянуть, что:

- медикаментозное лечение, в том числе продолжающееся в течение очень длительного времени, смягчает симптомы заболевания и уменьшает возможность инвалидизации, а также способствует уменьшению риска новых повторных шубов;
- изменение концепции лечения, как в условиях клиники, так и амбулаторно, должно происходить достаточно активно; оно облегчает возвращение к «привычному образу жизни»;
- растущее в обществе понимание природы психических заболеваний, а с ним и терпимость в отношении самого психически больного, помогает всем причастным лучше относиться друг к другу.

Все это привело к тому, что тяжелые формы течения со сложными бредовыми системами, наблюдавшиеся еще 30 лет тому назад, в настоящее время стали встречаться реже.

### ■ Личностные факторы и риск заболеть

Риск когда-либо в жизни заболеть шизофренией оценивается для мужчин и женщин примерно в 1%.

Таким образом, в странах Запада риск заболеть шизофренией с точки зрения статистики в два раза ниже, чем риск заболеть сахарным диабетом.

Во всем мире в настоящее время проживает около 4 миллионов людей, болеющих шизофренией.

В каждый отдельно взятый день в регионе с населением в 1000 жителей имеется 2–4 больных шизофренией. В течение года из 10 000 жителей впервые заболевают шизофренией 15–35 человек.

Однако нас интересует не столько статистически рассчитанный риск, сколько риск персональный.

Известно, что заболевание шизофренией среди кровных родственников встречается чаще, хотя у большинства больных шизофренией не удается выявить родственников с этим заболеванием.

Однако поскольку возможность заболевания родственников больного шизофренией представляет для многих большой интерес, мы приводим ниже некоторые средние показатели, взятые нами из различных исследований (Zerbin-Ruedin, 1971).

сестры и братья больных шизофренией .....	10%
сестры и братья, один из которых болен шизофренией .....	12%
дети, у которых один из родителей болен шизофренией .....	14%
дети, у которых оба родителя больны шизофренией .....	4%
родители больного шизофренией .....	6%
внуки, племянники, дядя .....	1-3%

Этот обзор указывает на то, что риск заболевания шизофренией возрастает по мере увеличения степени

родственной близости к больному шизофренией. Исследования подтверждают, однако, что например из числа братьев и сестер больного заболевает тем же заболеванием только 1 из 10, а шанс остаться здоровыми сохраняется высоким для всех родственников за исключением близнецов.

Риск заболевания с возрастом уменьшается (начиная с 30 лет).

По данным одного очень объемного исследования, проведенного в Бонне (Huber, 1980), среди заболевших приблизительно:

17%	— в возрасте между 10 и 20 годами
39%	— в возрасте между 20 и 30 годами
26%	— в возрасте между 30 и 40 годами
14%	— в возрасте между 40 и 50 годами

Однако возраст, в котором начинается заболевание, в отличие от частоты, у мужчин и женщин существенно различается.

Мужчины заболевают чаще между 15 и 35 годами, женщины — между 27 и 37 годами. Для выяснения природы этого различия были выдвинуты многочисленные предположения:

- заболевание развивается у мужчин раньше, так как они подвержены большему «давлению ожидания» (уровню претензий);
- женщины легче приспосабливаются ко «вторым ролям» (например, хозяйки в своей семье), так что их заболевание становится заметно позднее; или же необычное поведение у женщин чаще принимается за норму, чем у мужчин;
- женщин предохраняют от заболевания их половые гормоны;

- не в последнюю очередь привлекаются для объяснения и половые различия в функциях мозга.

Научно обоснованного объяснения различий в возрасте начала заболевания до настоящего времени не найдено. Тем не менее, уже из этого факта можно извлечь примечательные выводы:

- шизофрения встречается у холостых мужчин в 4 раза чаще, чем у женатых (это зависит от более раннего возраста, в котором начинается болезнь);
- у больных шизофренией тем же заболеванием чаще больна мать, чем отец (это связано с более поздним началом заболевания у женщин).

### ■ Описание отдельных случаев

#### *Пример заболевания с ранним и вялым началом*

В течение некоторого времени родители и братья 19-летнего Петера с растущей озабоченностью замечали изменения в его состоянии, повергавшие их в страх. Эти изменения всякий раз давали повод к разногласиям между членами семьи. Прежде Петер был немного застенчив, но всегда приветлив в обращении. Теперь он производил впечатление человека, погруженного в себя, порой отсутствующего, иногда упрямого и склонного к раздражительности, а иногда без всякого повода взрывался и мог быть агрессивным.

Контакты Петера с окружающими и коллегами постепенно обрывались, так как он то избегал общения, то осыпал всех оскорблениями. С приятелями

своих братьев и сестер он обращался также весьма своеобразно: иной раз казалось, что он вовсе никого не замечает, а иногда он озадачивал вдруг какими-то непонятными репликами. Поэтому братья и сестры со временем перестали приглашать друзей и предпочитали сами ходить к ним.

В течение последних недель внешность Петера также заметно изменилась: он стал явно пренебрегать правилами гигиены, что привело к постоянным размолвкам между ним и его родителями.

Даже совместное пребывание с ним за обеденным столом стало мучительным, так как Петер покорно сидел перед своей тарелкой, но не притрагивался к еде. Он говорил, что не может есть, потому что его хотят отравить. Однако по ночам он тайком брал из холодильника запечатанные пакетики йогурта, которые мать ставила туда как бы ненароком.

Поскольку Петер перестал регулярно ходить на работу, через некоторое время он получил уведомление об увольнении. Теперь он целые дни проводил в постели или сидел в кресле с высоко поднятыми коленями, опираясь головой на сложенные на коленях руки, что-то бормотал и утверждал, что механизм в его голове работает неправильно. Потом вдруг издавал короткий, своеобразно звучащий на одной ноте и ничем не вызванный смех.

На повторные просьбы и настойчивые уговоры родителей и братьев обратиться к врачу, так как с ним что-то происходит, Петер отвечал упорным отказом, утверждая, что он не болен и у врача ему делать нечего.

Часто по ночам он ходил взад-вперед по своей комнате или выкрикивал что-то в окно редким прохожим. Соседи начали жаловаться на то, что он на-

рушает их покой. Вообще участились неприятности разного рода: приходили неоплаченные счета, квитанции для уплаты штрафов. В один прекрасный день Петер исчез и не вернулся даже с наступлением ночи. Полиция сообщила родителям по телефону, где он находится, и просила забрать его из населенного пункта, расположенного в 50 км от дома. Там он был обнаружен на скамейке в парке, в совершенно спутанном состоянии, без денег и билета на транспорт. На обратном пути домой Петер повторял, что вынужден был бежать, чтобы скрыться. На следующий день он забаррикадировался в своей комнате и только после долгих уговоров осторожно приоткрыл дверь и с опаской выглянул. Лишь поздним вечером удалось, наконец, доставить его в психиатрическую клинику.

*Пример острого заболевания  
с короткой продолжительностью*

Сусанна и Роберт Р. живут со своей теперь уже 9-летней дочерью на окраине большого города. После рождения дочери Сусанна перенесла длительное и тяжелое расстройство настроения и поэтому вынуждена была обратиться к психиатру. В последующие годы у нее случались краткие мгновения, когда она воспринимала себя странным образом отчужденной от других. Эти состояния ее скорее озадачивали, чем беспокоили по-настоящему.

Однако, когда дочь уже начала посещать школу, а Роберт был очень занят на работе, у Сусанны развился тяжелый приступ болезни: ее все больше и больше охватывало чувство, что кто-то преследует ее с сексуальными домогательствами. Она слышала голоса, которые неприязненно комментировали ее действия, считала, что соседи все время обсуждают ее, исполь-

зую непристойные выражения, и наконец она стала находить в телевизионных передачах высказывания, которые были обращены к ней лично. Из страха, что дочь может подвергнуться таким же воздействиям, она перестала выпускать девочку из дома и с этой целью прятала ее обувь. Она настолько чувствовала себя в опасности, что находилась в состоянии паники, ни о чем другом не могла думать, не могла заниматься ни собой, ни домашним хозяйством, не могла обеспечить уход за дочерью. Мужу она также доверяла все меньше по мере того, как он высказывал все больше сомнений по поводу ее поведения. Своему домашнему врачу она откровенно рассказала о своих переживаниях. Врач настоял на лечении в стационаре.

После нескольких недель пребывания в клинике Сусанна вернулась в семью поправившейся и с тех пор наблюдается психиатром. Все члены семьи рады тому, что тяжелый приступ болезни, который был для всех нелегким испытанием, прошел бесследно и больше не повторялся.

*Пример хронически протекающего расстройства*

Г-же М. 50 лет, и уже в течение 25 лет она страдает шизофренией. После неоднократного пребывания в клинике она живет со своими родителями, которые уже достигли преклонного возраста и часто задумываются над тем, что будет тогда, когда они не смогут больше заботиться о своей дочери. Ведь в течение долгих лет она привыкла к размеренной жизни совместно с ними, к установившемуся привычному порядку, который помогает ей и ее родителям сосуществовать. Каждое утро после совместного завтрака, во время которого г-жа М. принимает свои лекарства, она отправляется автобусом в лечебно-трудоустройство мастерские.

Там она и обедает и под вечер возвращается домой. После ужина семья недолго смотрит телевизор, и потом все идут спать. Г-жа М. особенно радуется концу недели, когда все трое отправляются куда-нибудь пообедать, а затем — на прогулку в автомашине или пешком.

Раньше день проходил совсем иначе: г-жа М. час-то весь день бесцельно проводила в постели. Когда мать делала попытку заставить ее подняться, то это регулярно приводило к спорам и пререканиям, которые доводили всех до изнеможения. Это были тяжелые, изнуряющие годы. Только со временем им удалось найти решение, которое позволило существовать совместно, не испытывая большой напряженности. Этому способствовало настойчивое наблюдение родителей за тем, чтобы дочь своевременно принимала лекарства; но вне этого ей не задавали никаких лишних вопросов и при первых признаках раздражения уходили.

#### *«Манифест» больного шизофренией*

Приведенный ниже отрывок иллюстрирует непоследовательность и разорванность мыслей больного. Текст не поддается пониманию, приобретает форму зашифрованного письма, не подчиняющегося правилам правописания.

«Все или ничего — так называется цель, которая ущемляет здоровье. Исключения из правил — это достигнутые цели, которые даны на счастье. Правилom является и подписанный шизоидом текст, иначе говоря, больным шизофренией. В качестве псевдонима изымается вещь-объект здоровье. Вопрос о деньгах действует также просто как рубль. Глупость является преимуществом богатых. Это всегда раздражает бед-

ных. Манифест — это импульс ожидания своего перевоплощения. Террористы заслуживают приветствия. Для успеха этого манифеста необходим только террор. Для того, чтобы дать горилле исходную точку, нужно сказать последние главные слова. Перескакивание мыслей на бумагу это результат интеллекта и прежде всего Кельнского суда. Мировая революция для меня — исходная точка пользы с помощью работы. Труд освобождает, как заверял Вальдхейм папу римского.»

#### *РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА*

- Bleuler M. Die schizophrenen Geistesstörungen im Lichte langjähriger Kranken- und Familiengeschichten. — Thieme, Stuttgart, 1972.  
(*Научное исследование типов течения шизофрении.*)
- Brenner H. D., Böker W. Verlaufsprozesse schizophrener Erkrankungen. — Huber, Bern, 1992.  
(*Научное определение типов течения в цепи актуальных проблем.*)
- Gmür M. Schizophrenieverlauf und Entinstitutionalisierung. — Emke, Stuttgart, 1986.  
(*Подробный обзор исследований вариантов течения болезни.*)

## 4 Что является причиной шизофрении?

Проявления шизофрении вызывают у самого больного и у членов его семьи сильнейшее потрясение. При этом неизбежно возникает настоятельная потребность связать заболевание с какой-либо определенной причиной и тем самым обрести хоть какую-то уверенность. Чем дольше длится заболевание и чем глубже становятся изменения личности у больного, тем сильнее потребность получить объяснение. Однако до настоящего времени научные исследования не смогли однозначно решить эту насущную проблему и сделать ее воспроизводимой в эксперименте, несмотря на то что для этого прилагались разнообразные и интенсивные усилия.

Не удалось выявить ту единственную причину — физического, психического или социального порядка, — которую можно было бы считать ответственной

ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЧИНОЙ ШИЗОФРЕНИИ? 95

за появление специфических расстройств, характерных для шизофренного заболевания. Были исследованы практически все возможные химические вещества, различные условия окружающей среды, разнообразные типы личности и структура семьи. Даже в тех случаях, когда у больных шизофренией обнаруживаются отклонения в отдельных показателях от аналогичных средних показателей у населения в целом, то, как правило, такие же отклонения можно обнаружить и у здоровых.

Несмотря на это, усилия исследователей в последние десятилетия были вознаграждены: благодаря трудоемким частным исследованиям были обоснованно опровергнуты многие предположения и предубеждения. Так, например, бытовавшее ранее убеждение, что эпизодический онанизм ведет к шизофрении, было отвергнуто как бессмысленное. Подобные суждения являлись скорее проявлением господствовавшего мировоззрения викторианской эпохи, чем выводами, основанными на изучении фактов. Подобным же образом признаны несостоятельными современные мифы, например, распространенные убеждения, что заболевание шизофренией тесно связано с холодностью или сверхзаботливостью матери или с нарушенными взаимоотношениями в семье. В значительно большей степени сформировалось научно обоснованное мировоззрение, которое покоится на материале многочисленных исследований и утверждает, что серьезную роль в развитии шизофренного заболевания играет взаимодействие разных факторов. В большом обзоре М. Блойлер (1983) относит заболевание шизофренией на счет неблагоприятного наложения друг на друга унаследованных особенностей характера и более поздних влияний окружающей среды. Он под-

черкивает, что для возникновения заболевания не играют роли одинаковые особенности характера или сходные влияния окружающей среды; значение приобретают противоречивость и непереносимость их взаимного влияния друг на друга.

Новейшие исследования в основном подтверждают эту оценку. Сложилось убеждение, что наследственные и внешние факторы при их неблагоприятном сочетании ведут к повышенной ранимости и тем самым увеличивают риск заболевания шизофренией. В настоящее время все чаще исходят из того, что шизофренное заболевание не может быть вызвано одним-единственным фактором (физическим или социальным), но возникает под влиянием взаимодействия нескольких факторов (в том числе неспецифических).

Повышение риска заболеть шизофренией может быть связано с совершенно разными условиями (см. рис. 5).

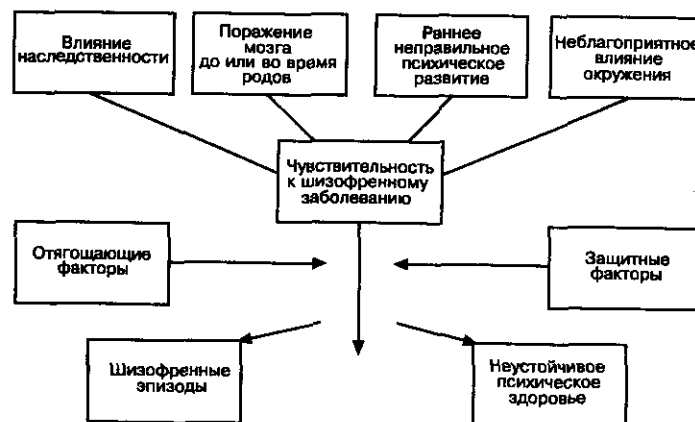


Рис. 5. Современная концепция заболевания шизофренией (модель по Voker, 1988)

Эти условия (например, наследственное предрасположение, отклонения в строении определенных участков мозга и т. д.) могут привести к повышенной ранимости, так что можно говорить о первичных факторах влияния. Но их нельзя считать достаточной причиной для возникновения шизофренических расстройств. Только тогда, когда включаются вторичные факторы влияния, которые особенно обременяют ранимую личность, дело может дойти до развития эпизода шизофренического заболевания.

В качестве пускового механизма заболевания могут выступать самые разные стрессовые ситуации (внутренние или внешние). Напротив, особо благоприятные условия жизни и личные установки могут являться защитой, так что даже очень ранимые личности не обязательно должны пройти путь шизофренического заболевания.

До настоящего времени исследованию первичных факторов, увеличивающих риск заболевания шизофренией, уделялось значительно больше внимания, чем не менее важным защитным механизмам. В частности, необходимо обсудить следующие первичные условия: влияние наследственности, влияние физических расстройств, а также особенностей развития личности, условия, существующие в семье и в ближайшем окружении.

### ■ Возможное влияние наследственности

Изучение влияния наследственных факторов на шизофрению стимулировалось тремя группами наблюдений.

К определенному наследственному фактору в целом относятся особенности человека. Сюда же могут



быть отнесены особые способности, а также физические и психические заболевания.

Ко второй группе относят влияние периодов «потрясений» (войны, экономический кризис, голод и т. д.), которые не приводят к росту числа заболеваний шизофренией, как можно было бы ожидать, если бы влияние социальных (а не наследственных) факторов занимало первое место.

Наконец, следует отметить повышенную частоту заболеваний шизофренией среди лиц, состоящих в кровном родстве (см. стр. 86).

В последние годы благодаря исследованиям, основанным на новейших методах, удалось частично уточнить вопрос о том, насколько заболевание шизофренией зависит от внутренних и внешних факторов. К этим методам изучения относятся:

- исследования, проведенные в детских приютах;
- исследования усыновленных детей;
- исследования близнецов.

Результаты этих исследований подтвердили, что шизофренией чаще заболевают дети родителей, страдающих шизофренией, даже тогда, когда они растут не в своей семье.

Из этой группы исследований необходимо упомянуть о работе Хестона (1966), изучавшего детей, матери которых страдали шизофренией и которые непосредственно после рождения по различным причинам помещались преимущественно в приюты. Изучение этих детей проводилось через 36 лет после рождения, т. е. в возрасте, когда шизофренное заболевание могло уже возникнуть и у мужчин, и у женщин. 16% этих детей во взрослом возрасте страдали шизофренией, еще у 50% наблюдались психические

отклонения, но в том числе и творческая одаренность. В контрольной группе шизофренные заболевания не наблюдались.

Изучение приемных детей имеет те же четко выраженные тенденции: дети, матери которых страдают шизофренией, растущие у приемных родителей, заболевают шизофренией чаще, чем приемные дети, матери которых не болели шизофренией. При этом необходимо сослаться на последние исследования, проведенные в Финляндии (Tienari, 1992), которые показали, что очень благоприятная атмосфера в семье приемных родителей заметно снижает риск заболевания шизофренией у приемного ребенка, мать которого больна шизофренией, а напряженные отношения в семье усиливают этот риск.

Изучение близнецов неизменно подтверждает, что риск заболевания шизофренией у обоих однояйцевых близнецов выше, чем у разнойяйцевых, даже если они растут отдельно друг от друга. В то время, как у двойяйцевых близнецов частота заболевания шизофренией обоих не превышает 10%, как это имеет место между братьями и сестрами вообще, то среди однояйцевых близнецов, наследственный материал которых идентичен, частота заболевания обоих составляет 30–40%.

Эти результаты со всей очевидностью указывают на то, что передается не сама болезнь, а повышенная по сравнению с другими людьми ранимость. Наследственно отягощенный человек совсем не обязательно должен заболеть шизофренией, как это показано на однояйцевых близнецах (т. е. людях с идентичными наследственными данными).

Резюмируя, можно сказать, что только одним влиянием наследственности невозможно объяснить заболевание шизофренией.

### ■ Возможное влияние соматических расстройств

- **Биохимические нарушения.** На основании данных о взаимодействии между определенными биохимическими веществами и деятельностью мозга делаются попытки объяснить симптомы шизофреничного заболевания нарушениями обмена веществ в определенных участках мозга.

Наиболее известной из биохимических концепций является так называемая допаминовая гипотеза, согласно которой происходит либо повышение производства самого допамина, либо усиление его действия в определенных участках мозга, что и вызывает клиническую картину шизофреничного заболевания.

Тем не менее в настоящее время еще не получено научно обоснованного однозначного доказательства правильности допаминовой гипотезы. Даже то обстоятельство, что лекарства, смягчающие симптомы шизофрении, «внедряются» в обмен допамина, скорее говорит против объяснения шизофреничного заболевания как следствия исключительно нарушения обмена допамина, чем за. В то же время исследуются сложные взаимодействия других «веществ-переносчиков».

- **Изменения в структурах мозга.** У больных шизофренией нередко находили изменения в отдельных структурах мозга. Эти наблюдения приводили к предположению, что шизофрения может быть выражением этих изменений. Современный уровень научных исследований позволяет обнаружить у части больных шизофренией расширение или уменьшение желудочков мозга, но у большинства больных шизофренией такие изменения не могут быть доказаны. Их значение до сих пор не выяснено. Далее, шизофреничные

изменения часто связывают с изменениями в тканях и функциях отдельных участков мозга, особенно в лобных долях. Однако эта область исследования еще так мало развита, что никакое окончательное суждение на этот счет невозможно. Дальнейших разъяснений следует ожидать от результатов исследований, полученных при помощи современных методов исследования (MRI, СПЕКТ, РЕТ). Результаты исследований, при которых используются эти новейшие методики, чаще говорят о функциональных, а не о структурных изменениях определенных участков мозга, не давая, однако, четкого представления о том, насколько значительны эти выявленные изменения для возникновения шизофреничного заболевания.

**Дефицит витаминов и минеральных веществ.** Известно, что дефицит витаминов и минеральных веществ способен вызвать развитие некоторых нервных болезней. Поэтому была исследована и возможная связь этих факторов с причинами развития шизофрений.

Даже в тех случаях, когда удастся доказать дефицит витамина В вследствие недостаточного или однообразного питания, применение терапии с большими дозами витамина В или определенные диеты до настоящего времени не дали однозначно положительных результатов.

**Вирусная инфекция.** В последние годы при изучении других заболеваний мозга особое внимание привлекал вопрос, могут ли вирусные поражения отдельных участков мозга вызывать определенные симптомы. Некоторые наблюдения могли, казалось бы, говорить в пользу таких предположений. Особенно дискутируется заражение так называемым «slow virus» (медленно растущим вирусом) при шизофреничных заболеваниях. В пользу вирусной гипотезы в широком смысле

могло бы говорить наблюдение, что дети, родившиеся в зимние месяцы и входящие в группу инфекционного риска, во взрослом возрасте несколько чаще заболевают шизофрениями. Но даже эта гипотеза, если бы удалось ее подтвердить, не смогла бы дать всестороннего объяснения наступлению шизофренического заболевания.

Предпринималось изучение и многих других физических расстройств с целью выявить их причастность к развитию шизофренического заболевания. Однако и эти исследования не принесли однозначных положительных результатов.

Еще несколько десятилетий тому назад было очень популярно утверждение, что к заболеванию шизофренией особенно предрасположены люди с определенным строением тела, с так называемым «лептосомным хабитусом» (худые, узкоплечие, с плоской грудной клеткой, вытянутым длинным черепом). Благодаря усилиям исследователей, в первую очередь Церсена (1977), эта теория в настоящее время отвергнута.

О новых нейropsychологических концепциях будет сказано ниже (см. с. 106 и след.).

### ■ Возможное влияние психологических и социальных факторов

**Психоаналитические концепции.** Психоаналитики в течение длительного времени создавали многогранные модели развития шизофренических нарушений, но нередко расходились в своем подходе к этой группе заболеваний. Основу психоаналитического метода составляет изучение формирования «Я» в смысле слабости «Я». Эта слабость относится на счет формирования в раннем дет-

стве чувства утраты доверия и уверенности, а это препятствует развитию цельной личности, способной интегрировать различные жизненные потребности.

Шизофрения рассматривается как особая позиция индивидуума в отношении окружающего мира.

Психоаналитические концепции способны частично объяснить недостаток самостоятельности и зависимость людей, позднее заболевших шизофренией, а также разрыв между воспринятыми от семьи представлениями о мире и «иной» (болезненной) реальностью. Однако эти концепции, в силу своей сложности, не могут быть изложены кратко.

Психоаналитические концепции возникновения шизофренических почти или совсем не могут быть подтверждены методом статистической обработки. Необходимо также подчеркнуть, что в детские годы люди, позднее заболевшие шизофренией, росли и формировались в самых различных условиях. Хорошее представление о некоторых психоаналитических концепциях дают работы Аристи (1986).

**Семейные концепции.** Начиная с 50-х годов учеными с нарастающим интересом исследовались личности родителей больных и, позднее, взаимоотношения в семье. Совершенствование методов исследования (в основном, межперсональных отношений) не смогло, однако, подтвердить наличия прямой причинной связи между заболеванием шизофренией у детей и определенными особенностями личности их родителей и стиля воспитания.

Следует упомянуть, что отвергнуто и утверждение, что родители детей, позднее заболевших шизофренией, обращались с ними как с козлами отпущения и что холодное, отстраненное отношение родителей или, наоборот, чрезмерная опека матерей приводят к заболе-

ванию шизофренией. Утверждалось также, что в семьях больных шизофренией до начала заболевания господствовали такие своеобразные образцы и характер взаимоотношений, которые не встречаются в обычных семьях. Эти выводы, естественно, не исключают того, что часть больных шизофренией вынуждена бороться с тяжелыми, напряженными взаимоотношениями в семье и что встречаются такие взаимоотношения, которые отягощают развитие ребенка. Но только в каждом отдельном случае можно высказывать предположение о том, насколько эти многообразные внутрисемейные отношения, которые встречаются и в здоровых семьях, способствовали развитию шизофрении.

Однако тщательные исследования показали, что ближайшие родственники больного своим поведением и отношением оказывают скорее благоприятное воздействие на течение болезни. Удалось также доказать, что прогноз пациентов, страдающих шизофренией, может быть существенно улучшен, если в планы лечения и реабилитационные программы включаются члены семьи. В тех случаях, когда в процессе успешного лечения допускалось выражение родственниками их чувств и заботы или, при необходимости, поощрялась их сдержанность и соблюдение дистанции, то частота повторных обострений снижалась в течение 9 месяцев до нескольких процентов (Leffet и др., 1982; Falloon и др., 1982). Напротив, в контрольных группах больных шизофренией, родственники которых были предоставлены сами себе и не имели поддержки со стороны врачей, частота повторных приступов превышала 50%, т. е. психотические приступы были в пять раз чаще.

**Социологические концепции.** В социальном плане шизофрении чаще отмечаются в низших слоях общества. Но в большинстве исследований подчеркивается,

что этот феномен может быть объяснен снижением социального статуса больного именно в связи с болезнью, в то время как родители больных не чаще, чем этого можно было бы ожидать, относятся к нижним слоям общества. Новейшие шведские исследования обратили внимание на то, что больные, заболевшие шизофренией в более позднем возрасте, чаще росли в городе, а не в деревне. Больные шизофренией чаще встречаются в разрушенных семьях, но и этот показатель не является специфическим и может приводиться только в качестве примера значения психической отягощенности для развития болезни.

Против изолированного социологического обоснования, особенно выраженного в итальянской психиатрии, говорит тот факт, что шизофренические заболевания встречаются в приблизительно равном количестве как в высокоразвитых странах, так и в странах третьего мира, как в капиталистических, так и в коммунистических странах. Однако течение шизофренических заболеваний оказывается легче там, где больному человеку предъявляется меньше новых повседневных требований (в т. ч. и связанных с выполнением профессиональных функций), например в странах третьего мира. Это объясняется тем, что больному требуется приложить меньше усилий для того, чтобы приспособиться к новым условиям при наступлении неглубокой инвалидности.

### ■ Концепция болезни для шизофрений

После представления отдельных разрозненных факторов, значение которых для возникновения шизофренических заболеваний продолжает обсуждаться,

следует задаться вопросом, как можно объединить в единую, интегрированную концепцию болезни различные точки зрения и возможности влияния отдельных факторов.

Для общего понимания этого заболевания, как и для решения практических вопросов, необходимо иметь простую модель, на которую можно ориентироваться повседневно.

Необходимо, чтобы такая модель заболевания соответствовала современному научному уровню результатов психиатрических исследований, чтобы она имела практическое значение для борьбы с ней и не дискриминировала ни самого больного, ни его близких. Последнее особенно важно, так как неправильные представления о болезни, бытующие даже в среде специалистов, ведут к пессимистическим выводам и бездеятельности. Кроме того, больные утверждают в представлении о своей «особой ранимости», что соответствует их личному опыту.

Что касается современного состояния науки, то нужно признать выдающимся результатом многоплановых усилий исследователей утверждение того факта, что шизофренические заболевания протекают чрезвычайно разнообразно (в частности, на различных стадиях болезни проявляются очень отличающиеся друг от друга клинические картины). Вследствие этого необходимо признать, что пониманию болезни должно соответствовать представление не об одном зафиксированном нарушении, но об изменчивой клинической картине, зависящей от взаимодействия отдельных факторов. Толкования, базирующиеся, например, на наличии какого-то стойкого физического дефекта, на определенном воз-

действию воспитания или на длительно наблюдаемых расстройствах личности, не в состоянии объяснить диапазон нарушений и многообразие форм течения. В значительно большей степени следует принять предположение о переменном взаимодействии различных влияний, которые одновременно могут включать, например, наследственно обусловленное предрасположение к шизофреническим переживаниям, а также переживания и умозаключения, появившиеся под влиянием внешних обстоятельств.

Для практических целей пригодна модель нарушений приема и переработки информации, интенсивность которых периодически меняется.

Здоровые люди способны упорядоченно воспринимать раздражители, поступающие извне (например, устную и письменную речь, музыку, фильмы), а также импульсы, поступающие изнутри (физические ощущения, собственные мысли), не отвлекаясь на них вновь и вновь и не фиксируясь на них. Процессы возбуждения в их центральной нервной системе всегда уравновешены. Больные шизофренией, напротив, неспособны правильно перерабатывать эти внешние и внутренние раздражители, так что многое из того, что здоровыми воспринимается отдельно, они связывают воедино и в связи с возникающей при этом перегрузкой испытывают внутреннюю напряженность. Процессы возбуждения в их центральной нервной системе выходят из состояния равновесия. Экспериментальные нейропсихологические исследования свидетельствуют о том, что вследствие нарушения внимания и переработки информации больные шизофренией в меньшей степени могут отличать важное

от второстепенного, находящееся на переднем плане от находящегося на заднем плане и поэтому попадают под действие своеобразного «наплыва раздражителей», из которого не могут выбраться. Как следствие этой недостаточной «фильтрации» или выпячивания не относящихся к делу элементов, становятся понятны нестабильность и рыхлость шизофренических чувств и мыслей, непредсказуемость поступков больного шизофренией. Необычное образование понятий, неожиданные ассоциации, чересполосица мыслей могут оказаться следствием этих процессов. Многие другие особенности поведения могут быть поняты как попытка больного справиться с этим хаотическим нагромождением импульсов. Сюда же, в первую очередь, относится и социальная изоляция, которая позволяет больному сознательно избежать лишних для него раздражителей.

Если представить себе головной мозг как компьютер, то шизофренические симптомы можно интерпретировать как следствие перегрузки обрабатывающего информацию нервного аппарата. Такое объяснение очень близко к самоописанию одного больного шизофренией: «Я мог на себе самом изучать, как определенные ситуации вызывают у меня отдельные симптомы. Чувствительность, конечно, заложена во мне самом. И я должен попытаться внутренне ужесточиться, чтобы иметь силы отгородиться от возможных опасных ситуаций. Я пытаюсь теперь избежать общения с людьми, которые настроены против меня, или теми, кого, как мне кажется, я раздражаю. Иногда я замечаю, как меня раздражают некоторые темы... тогда я призываю себя к спокойствию. Лучше уступить, чем быть агрессивным... Временами, когда я раздражаюсь, я часто ощущаю возврат к своим бредовым представлениям. Тогда я начинаю внезапно фиксироваться на тех случаях, которые, как правило,

игнорирую. Тогда я по возможности выстраиваю бредовую теорию и начинаю ее проверять. Я начинаю проверять, объедет ли меня автомашина. Если да, то сделает ли она и другие повороты за моей спиной? А потом она должна следовать за мной. Мне кажется, что теперь я хорошо знаю самого себя для того, чтобы понимать, поскольку такие мысли опасны. Я достаточно хорошо владею собой, чтобы препятствовать им и не давать выйти из-под контроля и тем самым не разрушить мое внутреннее бытие».

Такие нарушения переработки информации встречаются в первую очередь у больных шизофренией с более легкими длительными расстройствами. Они проявляются не постоянно, имеют различную интенсивность и зависят от фазы заболевания, поставленных больным перед собой задач и эмоционального соучастия. Они соответствуют тем феноменам, которые еще в начале нынешнего века рассматривались как центральные при шизофрении. Так, например, О. Блойлер еще в 1911 году писал о «рыхлости ассоциаций» у больных шизофренией. Причина этого основополагающего изменения до сих пор хорошо не известна. Его также следует тщательно обосновать, так как у одного и того же больного оно может быть то в большей, то в меньшей степени. Возможно наличие каких-то уязвимых физических точек (прежде всего — передача импульса в определенных участках мозга), функции которых связаны с взаимоотношениями личности с внешним миром (замкнутость, беспомощность, перекосы во взаимоотношениях). Даже в том случае, если предположение о неуравновешенном балансе процессов возбуждения в центральной нервной системе, периодически приводящем к сбоям в обработке информации, недостаточно обосновано, тем не менее, оно способствует пониманию про-

блем, которые ставит перед нами заболевание шизофренией.

Предположение о наличии «особой отвлекаемости» у лиц, склонных к шизофренному образцу реакций, дает возможность понять, что они отнюдь не являются иными по сравнению с другими людьми, а просто общие для всех людей особенности у них выражены значительно сильнее.

Упомянутая модель по основным параметрам легко укладывается в простую схему (рис. 6).

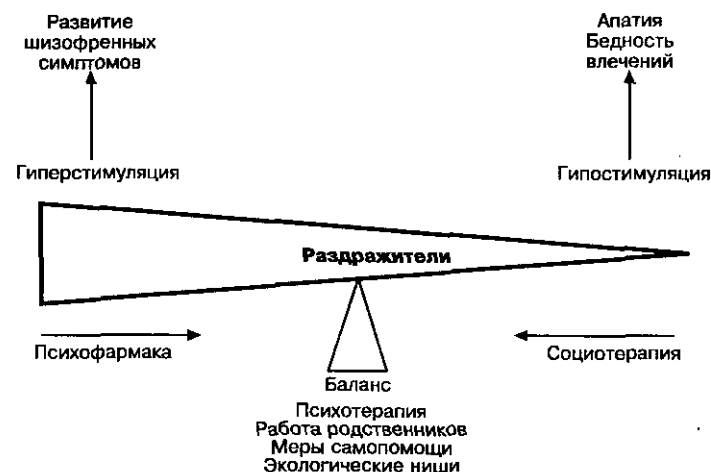


Рис. 6. Модель основной проблематики больных шизофренией

В силу своей открытости в отношении раздражителей и беспомощности в отношении различных влияний (неумение использовать возможность выбора) люди, страдающие шизофренией, особенно тонко реагируют на внутреннюю и внешнюю дисгармонию.

Они не могут «выйти за границы своей личности» и направляют свои усилия на борьбу с внутренними проблемами. В силу своей ранимости они очень чувствительны и в форме болезненных расстройств реагируют на нагрузки, кризисные ситуации, на перемены и установки. Исследования подтвердили, что больные до начала заболевания больше, чем здоровые, переживали изменения в своей повседневной жизни. Также было доказано, что устранение раздражителей приводит к смягчению шизофренических симптомов, а сильные, особенно эмоциональные, раздражители способны спровоцировать появление острых шизофренических симптомов. В связи с тем, что гиперстимуляция таит в себе риск вызвать болезненную фазу, а в гипостимуляции заложена опасность развития апатии и как ее следствия — бездеятельности, больные шизофренией вынуждены постоянно балансировать между близким и далеким, сосредоточенностью и расслаблением, приближением и отступлением. Они словно балансируют на высоко натянутом канате, постоянно рискуя упасть в ту или другую сторону.

Эта динамика заболевания положена в основу современной концепции лечения. Чем более возбужден больной, тем более он нуждается в медикаментозном успокоении и четко организованной системе ухода. Чем более замкнутым и неактивным становится больной, тем важнее для него стимулирующие, активные реабилитационные мероприятия.

Терапевтический опыт подсказывает необходимость первым делом отнестись всерьез к шизофренической ранимости, так как в зависимости от стадии болезни чрезмерная стимуляция или подавление могут оказаться опасными.

Здесь уместно сравнение с сахарным диабетом. В зависимости от состояния обмена веществ у диабетика может произойти опасное повышение или понижение уровня сахара в крови, что приводит к сонливости и даже к потере сознания. В более широком смысле сравнение шизофрении с сахарным диабетом также полезно, хотя параллели здесь условны, так как понятия «шизофрения» и «сахарный диабет» являются в первую очередь понятиями комплексными. Понятие только констатирует тот факт, что у больного появились расстройства, характерные для сахарного диабета. Но при этом ничего не говорится о возможных последствиях этого заболевания: у одного снижение веса может привести к устранению нарушений, другой должен ежедневно тщательно придерживаться прописанной ему диеты, третий — принимать лекарства, а четвертый уже в детстве нуждается в ежедневных инъекциях инсулина. Шизофренические расстройства столь же разнообразны и нуждаются в совершенно различных методах лечения.

#### РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

- Ciampi L. Affektlogik. Ein Beitrag zur Schizophrenieforschung. — Klett-Cotta, Stuttgart, 1982.  
(Интегративная модель шизофрении.)
- Kisker K. P. et al. Schizophrenien (Psychiatrie der Gegenwart Bd. 4). 3. Aufl. — Springer, Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo, 1987.  
(Научное руководство, включающее обсуждение роли отдельных факторов.)
- Scharfetter C. Schizophrene Menschen. 3. Aufl. — Psychologie Verlags Union und Urban & Schwarzenberg, München, 1990.  
(Обзор существующих теорий.)

## 5 Возможности лечения: какая терапия подходит для решения той или иной проблемы?

Единой схемы лечения шизофрений не существует, так как нет возможности устранить их первопричину. Поэтому для врача, применяющего только один метод лечения, поле действий в известной мере ограничено.

Особенно важной нам представляется терапевтическая гибкость. Однако она не отрицает того, что в течение определенного времени следует придерживаться одной, определенной схемы лечения. Именно такая лечебная тактика принимается больным и его близкими как помощь и позволяет найти правильные ориентиры.

Применяемое лечение должно быть разумно и ориентироваться на ту фазу заболевания, в которой в данное время находится больной:

- при тяжелых состояниях спутанности медикаментозная терапия является методом выбора;



- если больной социально снижен или инвалидизирован в профессиональном плане, предпочтение должно быть отдано социотерапевтическим усилиям (включая все меры по реабилитации);
- в промежутках между острыми фазами заболевания (т. е. тогда, когда больной находится в лучшем состоянии) на первый план могут быть выдвинуты психотерапевтические аспекты, ставящие своей задачей укрепление личности.

Во все периоды болезни, особенно в первых двух названных фазах, большое значение придается сотрудничеству врача с ближайшими родственниками больного.

Первой «станцией следования» в кризисной ситуации в большинстве случаев является семейный врач или психиатр, обслуживающий данную территорию. Врач должен решить, какие шаги следует предпринять, можно ли ограничиться назначением амбулаторного лечения.

Если содержание больного в домашних условиях и проведение амбулаторного лечения оказывается для родственников слишком трудным, особенно при обострениях с большой продолжительностью, то необходимо обсудить показания для направления в дневной стационар или для госпитализации (ср. с. 138 и след.). Законодательные основы госпитализации различны в разных землях, а в Швейцарии — в разных кантонах. В экстренных случаях (при угрозе самоповреждения или угрозе другому лицу) госпитализация, как правило, может быть осуществлена по направлению врача. Длительное недобровольное содержание больного в больнице требует судебного решения или решения представительной власти. Психиатрические

клиники обеспечивают интенсивную терапию в своих острых отделениях. Наряду с медикаментозной терапией большое значение придается и вспомогательным методам: беседам, трудовой терапии, эрго- и физиотерапии, а в дальнейшем — привлечению к различным видам творческой деятельности. Психиатрические клиники в настоящее время значительно лучше закрепившейся за ними репутации и ни в коем случае не ограничиваются надзором и изоляцией. Поэтому в самом начале пребывания больного в психиатрическом стационаре большое значение придается уточнению диагноза, включая соматическое обследование.

Необходимо отметить, что госпитализация больного является для него и его близких новой страницей в их жизни, а освобождение от выполнения требований повседневной жизни представляет собой действительную часть стратегии лечения.

Далее мы обсудим медикаментозное лечение, психотерапию, помощь в реабилитации. Эти методы не исключают, а дополняют друг друга.

## ■ Медикаментозное лечение

В медикаментозном лечении шизофрений существенную роль играют нейролептики.

### Действие нейролептиков

Действие нейролептиков можно охарактеризовать, в первую очередь, как снимающее напряжение и притупляющее стремления при сохранении сознания.

Под действием нейролептиков происходит дистанцирование от внутренних и внешних переживаний. Болезненные страхи, обманы чувств, внутреннее возбуждение могут еще оставаться, но они уже меньше занимают и беспокоят больного.

*Механизм действия нейролептиков*, как доказано, базируется (в основном, но не исключительно) на ограничении передачи возбуждения в определенных участках мозга.

Нейролептики могут быть разделены на две группы:

- «мягко действующие» нейролептики оказывают меньшее антипсихотическое действие, но легче переносятся больными;
- «сильнодействующие» нейролептики высоко эффективны, но порой их прием переносится тяжело.

*Действие нейролептиков* проявляется в их способности подавлять и даже полностью устранять такие симптомы, как слуховые обманы, идеи отношения и преследования, путаницу в мыслях, а также состояния возбуждения и беспокойства. Мягко действующие нейролептики обладают этими свойствами в меньшей мере. Зато они сильнее притупляют и поэтому более пригодны для устранения страхов и облегчения засыпания.

К числу *наиболее часто применяемых сильнодействующих нейролептиков* относятся Haldol, Fluanxol, Darotum, Clorixol, Semar (торговые обозначения). *Наиболее известные мягко действующие нейролептики* — это Melleril, Truxal, Nozinan, Prazine. Leponex

трудно отнести к той или другой группе, но в повышенных дозах он оказывается особенно эффективным.

Каждый препарат наряду с терапевтическим воздействием обладает, как правило, нежелательными побочными действиями, в известной мере зависящими от дозы. К группе нейролептиков применимо также высказывание Парацельса: «Все вещества — яды; нет ничего, не содержащего яд. Только доза определяет то, что данное вещество не является ядом».

Для того чтобы врач мог наилучшим образом назначить прием препарата, рассчитанный на длительное время, ему необходимы не только познания в фармакологии, но и тесное сотрудничество с больным и его близкими. Учитывая, что медикаменты на разных больных действуют различно, необходимо каждый раз подбирать индивидуальную дозу и регулировать прием препаратов. Для пользы больного врач обязан прислушиваться к его замечаниям о появившихся побочных действиях препарата. Знание побочных действий этих лекарств облегчает больным и их близким подробное описание этих феноменов в случае их появления.

### **Побочные действия нейролептиков**

При приеме *сильнодействующих нейролептиков* на первый план выступают их побочные действия в форме нарушений движений. Эти нарушения нередко оказываются весьма впечатляющими и для пациента очень утомительными. В начале лечения почти у 1/3 больных могут появиться произвольные мышечные подергивания и судороги в области шеи и лица (судороги могут затрагивать также глазные мышцы, язык и глотательные мышцы). Эти явления — так называемые

мые ранние дискинезии — часто вызывают у больного страх, например страх развития паралича, если человек не подготовлен к проявлению побочных действий. Однако они не опасны и могут быть устранены препаратами противоположного действия (медикаментами, предназначенными для лечения дрожательного паралича, так называемыми антипаркинсонными препаратами). Часто может появляться общее двигательное беспокойство, которое выражается в невозможности усидеть на одном месте, особенно когда больной отдыхает сидя или лежит в постели. Такое нарушение особенно заметно и тягостно. Этот феномен называется акатизия.

После 1–2 недель лечения могут появиться мышечная ригидность, дрожание и слюнотечение (как при дрожательном параличе, в частности при болезни Паркинсона). Это побочное действие больные иногда называют «феноменом смирительной рубашки», поскольку испытывают скованность своих движений. У отдельных больных это явление наступает с разной частотой и не может быть устранено упомянутыми выше препаратами противоположного действия, снижением дозы принимаемого нейролептика или даже его заменой другим, мягко действующим нейролептиком. При длительном, часто многолетнем лечении, особенно высокими дозами нейролептиков, могут исподволь появиться непроизвольные стереотипные движения, которые похожи на ранние дискинезии (те, что наблюдаются в начале лечения), — так называемые поздние дискинезии. Они представляют собой еще одну нерешенную проблему. В отличие от ранних дискинезий поздние дискинезии иногда остаются и после полной отмены нейролептиков. Частота этого вида побочных действий колеблется в широком диапазоне и составляет 10–20% среди боль-

ных, длительно находящихся в психиатрических больницах. Побочные действия нейролептиков как будто бы встречаются чаще у пожилых больных, здоровье которых в прошлом было подорвано вредными привычками, болезнями, травмами и т. п.

*Мягко действующие нейролептики*, как правило, не вызывают нежелательных расстройств движений, но их побочное действие дает о себе знать в вегетативной сфере. Чаще всего это сухость во рту, заложенный нос, запоры. Может наблюдаться также небольшое снижение кровяного давления и легкое нарушение кровообращения. Эти вегетативные побочные действия в подавляющем большинстве случаев безопасны и исчезают без специального лечения примерно через две недели после прекращения приема препарата или при продолжающемся приеме, но желательнее в несколько уменьшенной дозе. Значительно реже, да и то только при высоких дозах, могут наблюдаться нарушения цикла и потенции, задержка мочи, нечеткость зрения. Изменения в печени и судорожные припадки при применении современных препаратов встречаются исключительно редко.

Некоторые препараты вызывают и другие побочные явления, которые необходимо иметь в виду, особенно изменения в составе крови и аллергические реакции, сопровождающиеся кожными высыпаниями. При регулярном врачебном контроле эти побочные явления распознаются своевременно, на ранней стадии, что позволяет избежать тяжелых осложнений.

Необходимо подчеркнуть, что все названные побочные эффекты возможны, но не являются обязательными сопутствующими явлениями во время лечения. Знание побочных явлений важно не только для врача, но также для больного и его близких, так

как их непредвиденное появление может свидетельствовать о завышенной дозе нейролептика и подсказать врачу выбор оптимального для больного препарата.

Привыкание к нейролептикам в форме зависимости или токсикомании не известно.

Нейролептики оказывают угнетающее воздействие на «систему оценок» нашего мозга. Их действие противоположно действию эйфоризирующих препаратов, в первую очередь — алкоголя и наркотиков. Это угнетающее воздействие приводит к тому, что многие больные неохотно принимают нейролептики даже тогда, когда чувствуют, что эти средства устраняют страхи и упорядочивают мысли. Так или иначе, нужно помнить, что нейролептики усиливают действие алкоголя, однако не в такой степени, чтобы стоило запрещать больному, принимающему их, небольшую порцию спиртного к еде (стакан вина или пива). Ограничение активного общения больных в значительной мере зависит от степени угнетенности, вызванной нейролептиками. Необходимо обращать внимание на утомляемость больных, которая, как и у здоровых, таит в себе опасность неожиданного засыпания.

При лечении нейролептиками беременных и больных в климактерическом периоде необходимо соблюдать особую осторожность. Как и во всех прочих случаях, здесь действует общее правило: все вопросы решать только с лечащим врачом.

В связи с необходимостью контрольных исследований (анализ крови) длительное лечение нейролептиками должно проводиться только под наблюдением врача.

### Практическое применение нейролептиков

Прием нейролептиков может быть прописан в форме таблеток или капель. Все нейролептики, за исключением препаратов продленного действия, усваиваются организмом очень быстро и поэтому эффективны. В большинстве случаев бывает достаточно двукратного приема препарата в течение дня, в некоторых случаях можно ограничиваться однократным приемом — на ночь. Распад этих препаратов происходит главным образом в печени, выделение — через почки. Дозировку препарата определяет врач, руководствуясь состоянием больного, а также учитывая переносимость препарата. Вне кризисных состояний дозировка может повышаться медленно во избежание появления побочных явлений, а при их появлении снижение дозировки (или прием корректоров) поможет устранить их. Для правильного выбора нейролептика очень важно хорошее взаимопонимание между пациентом и врачом. Многие больные шизофренией, как и страдающие другими заболеваниями, поначалу с недоверием относятся к медикаментозному лечению или считают его излишним. Несмотря на это в большинстве случаев удается убедить больного в необходимости лечения, добиваясь этого терпеливыми разъяснениями, а иногда — проявляя твердость и настойчивость. Особенно важна поддержка родственниками больного позиции врача, когда больной неуверен или недоверчив. Следует избегать скрытной подачи нейролептиков (например, безвкусных препаратов в молоке или супе). Такое поведение близких обычно приводит к утрате доверия и ставит под угрозу возможность длительной медикаментозной терапии. В

кризисных ситуациях предпочтительнее открытая конфронтация с пациентом, а не безболезненная, но тайная подача лекарства.

Применение нейролептиков требует от врача не только фармакологических познаний и психологического подхода, а прежде всего опыта. В остром отделении психиатрической клиники часто предопределяется то, как больной будет в дальнейшем относиться к врачебным назначениям.

В благоприятных случаях сотрудничество врача и больного приводит к тому, что больной самостоятельно — в определенных пределах — в дальнейшем может оперировать принимаемыми им лекарствами.

Когда острый приступ болезни через несколько недель или — реже — месяцев преодолен, то встает вопрос о профилактическом приеме нейролептиков. В настоящее время, как правило, рекомендуется проводить медикаментозную профилактику при всех видах шизофрений, независимо от того, обходится ли больной без нейролептиков и у него при этом не повторяется обострение, или же обострение наступает несмотря на регулярный прием лекарств. До настоящего времени не найдено убедительного критерия, который бы позволил определить, чем отличаются друг от друга больные с высокой и низкой степенью риска повторных обострений. Тем не менее, установлено, что около 60% людей, перенесших первый приступ болезни и отказавшихся от дальнейшего приема нейролептиков, в ближайшие годы переживают повторный психотический рецидив. Поэтому специалисты рекомендуют всем впер-

вые заболевшим пациентам профилактику с помощью нейролептиков как минимум в течение года (за исключением очень легко протекавших и коротких психозов). Пациентам, которые перенесли несколько приступов заболевания, рекомендуется продлить время медикаментозной профилактики (согласно рекомендациям Международной конференции экспертов, не менее чем на 5 лет).

Дозы медикаментов, принимаемых в профилактических целях, могут быть, как правило, значительно снижены.

Вполне возможно подобрать для больного очень маленькую, почти неощутимую субъективно дозу медикамента. С этой целью между врачом, больным и его близкими родственниками должна быть достигнута договоренность о том, что сам больной будет внимательно относиться к появлению ранних тревожных симптомов, предвестников возможного нового обострения (например, бессонницы, душевного беспокойства). В таких случаях низкая профилактическая доза нейролептика может быть увеличена своевременно, при первых тревожных признаках.

Кроме таблетированных форм и капель отдельные сильнодействующие нейролептики (например, Fenapxol, Haldol, Darotum, Clorixol) прописываются в форме инъекций, а в настоящее время — в однократных шприцах с препаратами продленного действия. В отличие от инъекций, которые больной получает, находясь в состоянии острого психоза, эти препараты предназначены для длительного лечения, и срок действия каждой инъекции составляет от 1 до 4 недель. Инъекции делаются внутримышечно,

чаще в ягодицу, и имеют то преимущество, что пациенту не приходится постоянно помнить о своевременном приеме назначенных ему препаратов. При таких инъекциях уровень содержания препарата в крови сохраняется устойчиво и поэтому доза может быть более низкой, чем при приеме таблеток или капель. Однако многие больные предпочитают принимать лекарства самостоятельно, распределяя их в течение дня так, чтобы улучшить свой отдых в ночные часы, а днем ощущать их действие в меньшей степени.

#### **Применение других медикаментов**

При состояниях с выраженным страхом, при тяжелых расстройствах настроения или при выраженном снижении активности в период шизофренического эпизода целесообразно наряду с нейролептиками назначать препараты, не только улучшающие фон настроения, но и повышающие активность больного. Полезны также снотворные и легкие успокаивающие средства, которые дают больному передышку, особенно в ночные часы. В некоторых случаях, когда к основным симптомам присоединяются колебания настроения от депрессии до мании, целесообразно применение в профилактических целях препаратов лития или Carbamazepin'a (Tegretol'a).

Не следует ставить перед собой цель непременно устранить симптомы с помощью медикаментозного лечения. Скорее, необходимо создать предпосылки того, как наилучшим образом справиться со всеми проблемами, которые обусловлены болезнью.

#### **■ Психотерапия**

Понятием «психотерапия» обозначают, в основном, те виды лечения, в которых применяются познания в психологии.

В центре всех психотерапевтических усилий стоит стимулирование здоровых компонентов, которые всегда существуют, но в психотическом состоянии часто глубоко скрыты.

Исследование психологических связей имеет свою собственную историю. Они рассматриваются в зависимости от системы взглядов самого исследователя.

Так, например, Зигмунд Фрейд выдвигал на первый план не осознанные человеком процессы чувствования, мышления и действий, наблюдавшиеся им у самого себя и у своих пациентов. В настоящее время исследователи, наблюдая детей грудного возраста, пытаются уяснить законы развития мышления, чувствования и действий.

С течением времени сформировалось много школ, которые порой подчеркивают свои, очень отличные от других взгляды на течение психических процессов. Но в результате многие их выводы сопоставимы и дополняют друг друга. По своему содержанию их диапазон простирается от чисто аналитического подхода до терапевтического воздействия на поведение. По внешним параметрам следует различать индивидуальную, групповую и семейную психотерапию. Именно поиски психотерапевтических воздействий при шизофренических расстройствах представляют собой, с одной стороны,

предмет острых разногласий между специалистами, а с другой — интеграцию различных психотерапевтических приемов, которые могут быть полезны для больных шизофренией, преимущественно вне психотического приступа.

В этом случае неприменим принцип «чем больше, тем лучше». Скорее, речь идет о том, чтобы стимулировать врача к действию и дать ему возможность найти свой индивидуальный путь и приемлемую для себя тактику лечения. Это чаще легче сказать, чем сделать, потому что человеку непосвященному чрезвычайно трудно разобраться в лабиринте психотерапевтических школ. Необходимо добавить, что звание «психотерапевт» может быть получено в результате различных форм образования. Поэтому с этим понятием связываются очень различные представления о квалификации.

Имея в виду высказанные соображения, мы хотели бы призвать к осторожности и сдержанности в отношении тех предложений, которые обещают полное разрешение всех конфликтов, возникших в результате заболевания шизофренией, и посоветовали бы не выдвигать на первый план психотерапевтическую поддержку для решения личных (в том числе и обусловленных психозом) проблем. К сожалению, эти соображения не останавливают ни самого больного шизофренией, ни нуждающихся в помощи его близких.

При лечении шизофренических расстройств опыт психотерапевта в его подходе к психозам также небезопасен, так как психотерапия является методом выбора и поэтому также может вызвать побочные действия.

### **Почему психотерапевтическое лечение может иметь смысл?**

Каждое физическое и психическое нарушение раздражает: вызывает страх и неуверенность. Неизбежно возникают вопросы: что случилось? кто или что может мне помочь? Мы пытаемся упорядочить свои переживания, успокоиться и обрести былую уверенность.

При этом мы стараемся использовать свой опыт, накопленный ранее, и ориентироваться на него. Пожалуй, каждый знает о том, как он чувствовал себя перед подъемом температуры при простудном заболевании, или о том, насколько легче становится, если при подавленном состоянии удастся выплакаться. Каждый знает, что и при каких ситуациях ему помогает.

Но тому, кто впервые в жизни оказывается в психотическом состоянии, кто переживает чувство, будто он сам и весь окружающий его мир перевернулись «вверх ногами», невозможно опереться на прежний опыт, который мог бы ему помочь.

Пример: тому, кто не чувствует себя свободно и легко, как птица, но ощущает себя птицей, грозит утрата чувства собственной личности.

Итак, становится понятно, почему в большинстве случаев больной испытывает страх, не будучи в состоянии поделиться этим с окружающими в обычной для себя манере. Из-за этого больной чувствует себя неуверенно во времени и пространстве, он воспринимает себя по-другому и ощущает, что и окружающие воспринимают его не так, как прежде: с одной стороны, «безумие», с другой — «беспомощность».

Этот разрыв эмоционального контакта с окружающими часто воспринимается как чувство отчужденности, как будто другие люди находятся за стеклянной стеной и недостижимы.

Привычный порядок вещей для всех близких полностью нарушается, ломается, «сходит с рельс». Обе стороны испытывают отчуждение, ощущают опасность того, что произошло, и чувствуют утрату уверенности в себе. Понятно, что многие больные предпочитают считать, что «ничего не произошло» и хотят как можно скорее «забыть об этом».

Человеческая способность отстранять от себя — «забывать» — неприятные и даже невыносимые переживания может быть понята как попытка защититься от душевной перегрузки: то, что в данную минуту кажется избыточным, естественным образом откладывается «на хранение». Тем самым достигается передышка, отдых от непосильной нагрузки и сиюминутное восстановление душевного равновесия. Предусмотрительный «уход от забот», составляющих личные проблемы, никуда, однако, не уводит, ибо «отложенное на временное хранение» может вновь вызвать те же трудности. Если бы удавалось уходить от забот таким образом, чтобы выгадывать время для поисков новых решений проблем, мы, бесспорно, могли бы извлечь большую личную выгоду.

Психотическое состояние в большинстве случаев означает вторжение в чувство самооценки и сопровождается тяжелым кризисом идентификации. Психотерапевтическое лечение предоставляет больному защитное пространство, в котором он может выразить то, что его занимает, стесняет,

страшит, беспокоит. Это, в первую очередь, относится к непсихотическому периоду, во время которого больной должен заново сориентироваться в пережитом им психозе.

С помощью психотерапии больные могут лучше узнать самих себя и свое отношение к близким, а при благоприятных обстоятельствах — накопить опыт, который поможет лучше защитить себя от новых психотических приступов.

#### **Что происходит во время курса психотерапии?**

Психотерапевтическое лечение создает то щадящее пространство, в котором психотерапевту может быть «отдано на хранение» то, что вне этого защищенного пространства так трудно высказать. Постепенно между пациентом и терапевтом вырабатывается общая позиция в поиске осторожных подходов к обработке «отложенного на хранение». При этом поступательный темп и направление поиска определяется обоими, но в основном — пациентом. Так в благоприятных случаях может быть достигнуто настоящее «освобождение от забот».

Очень важно добиться того, чтобы пациент мог снова чувствовать и понимать себя, т. е. мог самостоятельно разобраться в своих проблемах, желаниях, чувствах, страхах. Одновременно это станет предпосылкой того, что он сумеет справиться с собой и с общением с окружающими.

Из этого следует, что терапевт не является всезнающим спасителем или могущественным целителем. Но



он и не является их противоположностью, «никем», человеком, который ничего не знает и ничего не умест. Правильнее говорить о том, что психотерапевт — это спутник больного, в рамках своего образования приобретший знания о психологических связях.

### Какие виды психотерапии возможны?

**В стационаре.** В психиатрических клиниках все больше и больше используются психотерапевтические возможности в самом широком смысле, особенно для больных шизофренией. Предлагаемые методики имеют различную направленность. Некоторые клиники располагают специальными отделениями, в которых может проводиться психотерапия в прямом смысле. Но чаще всего речь идет о том, чтобы предоставить больному возможность участвовать в беседах и проявлять активность, а также, в случае необходимости, иметь помещения со щадящим режимом.

Психотерапия может проводиться в форме индивидуальных и (или) групповых бесед, в которых используются разговорные, творческие, физические элементы. Наряду с этим имеются методы, которые в центр обсуждения ставят социальные проблемы и предусматривают подготовку больных и специальные тренировочные программы, призванные стимулировать способности больного к восприятию и концентрации внимания в его повседневной жизни (когнитивная терапия).

Само собой разумеется, что при составлении плана лечения должны учитываться пожелания, склонности и ситуационные возможности больного. План должен быть совместно разработан всеми принимающими участие в лечении. Тем самым становится возможной поддержка каждого больного, который в силу

своей ранимости тяжело переносит разочарования и обладает особенно тонким чувством обиды.

Важно также определить, каким образом к лечению будут привлечены родственники. От этого зависит возможность создания «благоприятного климата», чрезвычайно важного для больного шизофренией. Именно этот климат позволит поставить в центр внимания истинную помощь в семье, а не взаимные обвинения.

Опыт позволяет говорить о том, что в отношении психотических приступов часто приходится слышать такие распространенные суждения: «пациенты заболевают по вине родственников» или «врачи делают из людей больных». Такой «схематизм», правда, можно понять — ведь нарушается контакт между всеми заинтересованными лицами, но он подталкивает пациента к дальнейшей изоляции, так как постоянно держит его в рамках поля напряженных взаимоотношений.

«Благоприятный климат» не должен быть неверно истолкован. Ведь речь не идет о том, что все должны придерживаться единого мнения. Если такое произойдет, то «щадящее пространство» превратится в «камеру, наполненную туманом», в которой ни один человек не может чувствовать себя комфортно.

**Амбулаторно.** В то время когда больной находится в стационаре, ему могут быть предложены на выбор различные психотерапевтические возможности. В амбулаторных условиях инициатива поиска психотерапевтической помощи предоставлена больному. Больной вынужден сам искать психотерапевта и делать свой выбор. Основываясь на накопленном опыте, мы сме-

ло можем говорить о том, что это действительно должен быть поиск: выяснение номеров телефонов, получение контактной информации, предварительные беседы и т. д.

Если курс амбулаторной психотерапии планируется как продолжение лечения, проведенного в стационаре, то больной может по своему желанию получить поддержку тех лиц, которые знали или вели его в стационаре.

Выписка больного из клиники часто означает для него увеличение нагрузки на фоне всей радости по поводу достигнутых успехов.

Поэтому продолжение лечения у знакомого по клинике психотерапевта, если это возможно, воспринимается больным с облегчением. Если необходима смена психотерапевта, то хорошая подготовка облегчает больному расставание с одним и начало работы с другим психотерапевтом. Но такое решение требует времени и пространства — распрощаться с доверенным лицом, сохранить доверие и перенести это доверие на другого.

Сотрудничество между психотерапевтом стационара и амбулаторным психотерапевтом особенно важно для больного шизофренией. Он должен покидать клинику так, чтобы возврат в нее в случае необходимости был бы для него приемлем. Известно, что повторное поступление в стационар часто бывает более травмирующим, чем первое. Возможна и иная, противоположная ситуация: пациент испытывает достаточное доверие к амбулаторному психотерапевту и уверен, что после выписки из клиники сможет вернуться к нему.

Поэтому рекомендуется, по возможности, еще во время пребывания в клинике узнать о таком психотерапевте. Чаще всего речь идет о психиатре, имеющем дополнительное психотерапевтическое образование, или о медицинском психологе с соответствующим образованием.

#### **Что важно знать при выборе амбулаторного психотерапевтического заведения?**

Если речь идет о психотерапевтическом лечении пациента, у которого ранее были или имеются в настоящее время шизофренные расстройства, то необходимо, чтобы психотерапевт имел опыт в подходе к такому больному и в лечении этих расстройств.

Перед началом курса терапии между пациентом и врачом должны, как правило, состояться предварительные беседы, во время которых необходимо уточнить все принципиальные и формальные вопросы, относящиеся к проведению лечения. В случае необходимости к этим беседам могут быть привлечены и другие заинтересованные лица.

В связи с тем, что психотерапевтическое лечение больных с шизофренными расстройствами может длиться долгие годы, следует побеспокоиться о создании благоприятных взаимоотношений с больным и его близкими, а также о благоприятной обстановке. Только таким образом может быть обеспечено формирование поистине «защищенного» пространства, в котором можно «сбросить груз», «упорядочить [переживания и мысли]», «взрастить».

Психотерапевтическое лечение должно быть приспособлено к индивидуальным потребностям больного. Поэтому для каждого больного важно выяснить, чего же он ожидает, хочет или опасается. Кроме того, следует принять во внимание следующие соображения:

- как часто будут проходить сеансы;
- какова продолжительность одного сеанса;
- что нужно сделать для того, чтобы больничная касса (страховая компания) взяла на себя оплату лечения;
- на какое время заключено соглашение;
- что еще необходимо.

При лечении больных шизофренией необходимо также оговорить в предварительных беседах следующие вопросы:

- что необходимо предпринять, если самочувствие больного ухудшится;
- кто при необходимости выписывает больному лекарства.

Иногда во время предварительной беседы выясняется, что пациент или пациентка предпочитает общение с терапевтом-мужчиной или женщиной. Это также необходимо уяснить до начала собственно психотерапевтических занятий. Предварительные беседы всегда дают возможность рассматривать их как «пробный камень».

Пациент может и должен постоянно следить за тем, оказывает ли психотерапевт «благопри-

ятное воздействие» на него, понимает ли его и принимает таким, каков он есть. Пользу психотерапевтического лечения определяет прежде всего человеческое расположение, истинный контакт между сторонами.

Если пациент чувствует, что он не принят и не понят, то это следует обсудить открыто во время беседы. После такой беседы либо дело пойдет на лад, либо у больного возникнет необходимость подыскать другого психотерапевта. Каждый опытный психотерапевт правильно отнесется к такому желанию пациента и поддержит его.

Ситуация в период проведения курса лечения может сложиться иначе. Если в это время возникают эпизоды напряженности, их причины должны быть немедленно выяснены врачом и пациентом совместно. В большинстве случаев трудности возникают тогда, когда проходит работа по «освобождению больного от груза забот». Не следует торопиться, так как замена психотерапевта в поисках решения проблемы скорее ухудшит дело. Такое положение касается всех психотерапевтических направлений.

#### **Что происходит при семейной психотерапии?**

Такие гипотезы, как, например, предположение о том, что «семья является причиной заболевания шизофренией» (прежде всего это относится к позиции матерей), очень усложняют взаимоотношения между родителями больных шизофренией и психотерапевтом. В ответ на это американские организации родственников больных шизофренией высказались про-

тив проведения семейной психотерапии, считая, что в основу семейной психотерапии заложено признание идеи обвинения.

К сожалению, до настоящего времени бытуют укоренившиеся представления о том, что «семейная психотерапия» есть скорее признание родителями своей вины, нежели предложение понять больного не только как «отдельную личность», но и как «близкого человека» в его непосредственных взаимоотношениях с остальными членами семьи.

С течением времени развивались различные школы семейной терапии. При всем разнообразии точек зрения, в основе семейной терапии положен терапевтический процесс, который должен означать для каждого члена семьи возможность разгрузки и развития взаимоотношений. Поэтому во время сеансов психотерапии обсуждаются и выясняются темы, которые важны для каждого члена семьи. От взаимопонимания и контакта между членами семьи успех зависит больше, чем от метода, применяемого психотерапевтом.

#### **Что есть терапевтическое отношение, а что — нет?**

В терапевтическом отношении врача к его пациенту создается шадящее (для больного) пространство. Поэтому терапевтическое отношение представляет из себя ограниченное пространство даже в том случае, если оно сохраняется на протяжении многих лет.

Целью терапевтического отношения является совместный поиск возможностей совершенствования пациента, даже при условии, если для этого нужна длительная и интенсивная работа.

С другой стороны, терапевтическое отношение всегда остается «башней из слоновой кости», резко отличаясь от отношений с другими людьми. Терапевтические собеседования в процессе психотерапевтического лечения являются выражением этой замкнутости пространства, и только соблюдение созданных границ может подтвердить, что «разгрузка» пациента, освобождение от обременяющих его проблем постоянно остается в центре внимания.

Однако шизофреники часто затрагивают столь многосторонние аспекты психического и физического самочувствия, что само психотерапевтическое лечебное пространство в большинстве случаев оказывается слишком узким и должно быть дополнено другими практическими программами поддержки больного.

#### **■ Реабилитация**

После острого шизофренического приступа почти всегда на период от 1 до 3 месяцев наступает состояние истощения, которое требует временного освобождения от повседневных нагрузок. Если заторможенность, бедность побуждений и повышенная утомляемость держатся дольше, что особенно характерно для затяжных приступов болезни, то необходимы особые усилия для того, чтобы создать для больного удовлетворяющую его обстановку.

При этом необходимо учитывать личную ситуацию больного и найти подходящие формы, которые соответствовали бы пожеланиям, возможностям и загруженности всех заинтересованных лиц.

Необходимо также обратить особое внимание на то, чтобы требования, предъявляемые больному, не были ни завышены, ни занижены. Чем лучше больной приспосабливается к своим пониженным возможностям и чем успешнее он преодолевает страх и гандикап, тем меньше ненужных трудностей и срывов можно ожидать. Часто полезным оказывается постепенное, ступенчатое повышение требований, которое позволяет больному делать нужные ему передышки и предоставляет новые возможности выбора.

Следует указать, что позиция, которую в отношении самого себя занимает больной шизофренией, всегда отражается на поведении членов его семьи, друзей, коллег и, не в последнюю очередь, специалистов, оказывающих ему помощь. Далее будут представлены некоторые возможности практической реабилитации в жилищной, трудовой и семейной областях.

#### **Помощь в возврате к прежним условиям проживания**

В *психиатрических стационарах* больные находятся круглосуточно. Возможность возврата в прежние условия проживания после выписки зависит от индивидуальных возможностей, в том числе и от жилищных. Особенно благоприятные предпосылки

создаются там, где имеются специальные, так называемые реабилитационные, отделения, в которых больным предлагаются различные тренировочные программы с целью преодоления их личных трудностей.

В реабилитационных отделениях могут, например, практиковаться контакты больных с другими лицами, внесение больными собственных предложений, проявление внимания к нуждам других и оказание им помощи.

Во многих отделениях делается попытка выдвинуть на первый план личную ответственность психически больных при их активном участии в работе опекающих организаций. При этом каждый решает те задачи и принимает на себя те обязанности, которые соответствуют его возможностям, например, приготовление пищи, закупки и др.

Лечение в *дневных стационарах и отделениях* показано особенно тем больным, которые в состоянии придерживаться определенного распорядка дня, имеют удовлетворительные домашние условия, позволяющие проводить ночь дома. В дневных стационарах больные находятся в утренние часы и (или) после обеда. Здесь возможны различные виды активной деятельности (участие в приготовлении еды, игры, трудовая занятость). Дневные клиники, как и больницы, располагают специально обученным персоналом — врачами, работниками, осуществляющими уход за больными, эрготерапевтами и социальными работниками.

*Ночные стационары* являются переходной формой учреждений. Они функционируют с вечера до утра, но в дневное время наблюдение за больными

не осуществляют. Их использование имеет смысл тогда, когда пациенты уже обеспечены какой-то дневной работой, но еще испытывают отчужденность в отношении членов семьи и сохраняется необходимость более интенсивного наблюдения за ними. Ночные клиники наряду с приспособленными жилыми помещениями для каждого больного располагают также и различными терапевтическими возможностями. Такие клиники способны выполнять свои задачи только в том случае, если между окончанием рабочего времени у больного и ночным сном они предоставляют больному ежедневный контакт с терапевтом и не реже одного раза в неделю — групповую беседу между пациентами и персоналом.

При *семейном патронаже* больной принимается в семью, получающую за его содержание определенное вознаграждение. Эта форма наблюдения за больными, имеющая богатые традиции, оказалась в настоящее время бесперспективной, так как входит в противоречие с запросами и ограниченными возможностями маленьких семей. В последние годы под названием «*семейный патронаж*» существуют частные пансионаты, куда помещаются больные, подобно тому как раньше они принимались на патронаж в семью.

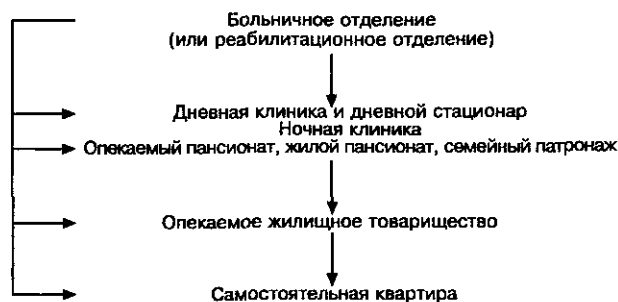
*Специальные пансионаты и жилые пансионаты* обеспечивают психически больным возможность проживать в них в течение длительного времени, а также создают возможность контактов и могут оказывать различную краткосрочную помощь. Проживающие здесь больные в течение всего дня предоставлены сами себе или работают (например, в лечебно-производственных мастерских). Поэтому возможность прожи-

вания в таких пансионатах подходит тем больным, которые способны относительно самостоятельно обеспечить свои повседневные потребности. Эти пансионаты, помимо прочих своих достоинств, препятствуют отгороженности больных и представляют собой альтернативу длительному содержанию больных в стационарах.

*Опекаемые жилищные товарищества* предлагают больным подходящие условия проживания как переходную форму в их устройстве. Они предназначены для тех больных, которые по личным соображениям не хотели бы жить с родными или партнером и которые достаточно успешно справляются с повседневными трудностями. Находясь здесь, больной может научиться обращаться к опекающим его лицам только тогда, когда в этом действительно есть необходимость. Чаще всего проживание в таком опекаемом жилищном товариществе продолжается до того момента, пока больной не убеждается в том, что он, наконец, может жить «совершенно самостоятельно».

Как правило, найти муниципальную квартиру бывает очень трудно, особенно в периоды неблагоприятной ситуации на рынке недвижимости. Такой поиск представляет для больного дополнительную нагрузку. При этом становится очевидно, что реабилитация психически больных зависит не только от них самих, но и от тех общественных условий, которые облегчают или затрудняют ее.

Перечисленные виды жилищного устройства больных не исключают, а дополняют друг друга. В процессе реабилитации (как показано на приведенной ниже схеме) пациент по мере роста своей самостоятельности может сменить учреждение с более интен-



сивным наблюдением на заведение, предлагающее меньший терапевтический набор.

#### Помощь в возвращении к трудовой деятельности

Психиатрические больницы располагают, как правило, внутрибольничной терапией занятостью и трудотерапией, которые предоставляются им на несколько часов в день, на половину дня или на полный рабочий день. Больным предлагается работа в серийном промышленном производстве или дифференцированная ручная работа. Здесь больные могут трудиться в щадящей атмосфере, не отягощенной дополнительно производственной конкуренцией. Стимулом к работе может служить даже небольшое вознаграждение. Более инвалидизированные и быстро истощающиеся пациенты нередко предпочитают творческой деятельности простую механическую работу, так как она требует меньшей инициативы и легче выполняется.

Терапия занятостью означает не только «структурированную помощь» и преодоление «вреда от безделья», но и совершенно конкретно показывает пациенту, что он «может кое-что делать».

Для больного шизофренией после выхода из клиники работа на свободном рынке труда часто слишком обременительна. В этом случае больные могут найти свое место в лечебных мастерских, где им будут предложены стимулирующие программы и где они смогут тренироваться для определения индивидуальной продолжительности и величины рабочей нагрузки. Для больного с шизофреническими расстройствами регулярный выход из квартиры и равномерное распределение работы и рабочего времени уже сами по себе могут создавать ряд отдельных проблем, вытекающих из его психической и физической чувствительности, обусловленной болезнью. Поэтому работа в лечебных мастерских, в созданных специально для больного и подходящих для него условиях может иметь большее значение в обеспечении качества его быта, чем работа в условиях, которые заставляют его всякий раз падать духом или ранят его самолюбие.

Если выясняется, что при увеличении нагрузки профессиональный уровень больного снижается, то «защищенное» рабочее место может оказаться для него возможностью выкарабкаться, не подвергая себя тотчас и одномоментно давлению конкуренции. На защищенном рабочем месте к больному возвращается и растет чувство уверенности в собственных способностях, ему предоставляется возможность еще раз проверить себя.

Часто удается вернуться на старое рабочее место, так как именно там больного окружает атмосфера доверия. Особенно часто это происходит тогда, когда больной до начала заболевания хорошо зарекомендовал себя на работе. В этом случае полезно на первых порах предоставить больному пониженную нагрузку, например, временно неполное рабочее время.

Молодые люди, которые перенесли психотический эпизод, но еще не имеют законченного профессионального образования, не могут воспользоваться этой формой поддержки. Поэтому часто они испытывают неуверенность при выборе профессии. Правильное направление поиска в этих случаях может указать знание наклонностей и пожеланий больного. Тут нужно применить «правило балансирования на канате» — между перегрузкой и недостаточной нагрузкой. С одной стороны, больному должна быть оказана поддержка, с другой — предоставлена самостоятельность (если это возможно).

К сожалению, поиск подходящих рабочих мест для психически больных на свободном рынке труда является занятием утомительным, особенно в периоды спада. Восстановление на прежнем месте работы и по прежней профессии легче удается там, где работодатель, пациент и социальный работник обнаруживают готовность к сотрудничеству и взаимопониманию.

Шансы трудоустройства больного определяются не столько болезненными симптомами в узком смысле, сколько имеющимися вариантами подхода к ним. Те больные, которые продолжают страдать от галлюцинаций или склонны к бредовым переживаниям, также могут продолжать свою профессиональную деятельность, если им удастся по возможности самостоятельно справляться с этими симптомами, вызванными шизофренным заболеванием (например, не беседовать вслух со своими «голосами» во время работы).

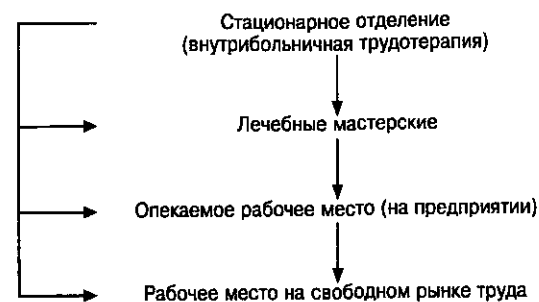
При восстановлении на работе необходимо позаботиться о сведении до минимума возможности возникновения тех ситуаций, которые особенно тяжелы для больного шизофренией (беседы при представлении руководителю, сотрудникам, беседы с сотрудниками во время перерывов, за чашкой кофе и т. д.).

В процессе поисков подходящего рабочего места прежде всего следует обратить внимание на следующие положения:

- рутинные, однообразные работы осваиваются больными шизофренией легче, чем задания, требующие постоянного переключения внимания;
- в спокойной обстановке больные шизофренией способны к большей продуктивности в работе, чем в беспокойной и шумной обстановке;
- стресс, вызываемый аккордной работой или авралом, исключающими возможность перерывов в работе, представляет для больного шизофренией особенно нежелательную нагрузку;
- если работа больного связана с машиной (механизмом), необходимо постоянно помнить о его замедленной реакции, обусловленной приемом медикаментов. Собеседование работодателя с врачом может устранить многие ненужные опасения.

Возвращение к трудовой деятельности часто должно быть поэтапным, оно требует терпеливого подхода (ср. с приведенной ниже схемой). Высшей целью реабилитации является не полное профессиональное вос-





становление, а выявление рода трудовой деятельности, наиболее отвечающего возможностям пациента.

#### Помощь в возвращении в семью

Большая часть больных шизофренией после выписки из клиники может вернуться в свою семью, во время более легких повторных приступов в будущем пациент может оставаться дома — у родителей, партнеров или других родственников. В этих случаях помощь близких приобретает для больного большое значение. Но и тогда, когда больной по состоянию здоровья должен быть помещен на продолжительный срок в клинику или пансионат, позиция родственников, отказывающихся от повторной госпитализации, имеет для него большое значение, которое нельзя недооценивать.

Большинство родственников не подготовлены к решению проблем, возникающим в связи с шизофреническим заболеванием одного из членов семьи. Не всегда им удастся самостоятельно найти правильный подход к больному, пользуясь методом проб и ошибок. Поэтому нет ничего удивительного в том, что многие пациенты теряют контакт с семьей. Помощь чужих не может полностью возместить эту утрату. Родствен-

ники знают больного в его хорошие и плохие периоды и обладают опытом, который другим негде почерпнуть.

Если для лечения больного удастся воспользоваться этим опытом и возможностями семьи, то больной оказывается в большом выигрыше.

Члены семьи являются также своего рода экспертами. Но они сами нуждаются в консультации и поддержке, чтобы их возможности и «установка» на помощь не были утрачены из-за их изолированности и переутомления. Эта поддержка может быть оказана различными способами:

- путем собеседований с лечащим врачом или социальным работником-консультантом;
- на информационных курсах или в специализированных цехах;
- в группах родственников;
- во время семейной психотерапии.

Целью этих различных методов является поддержка семьи с ориентацией на проблемы, возникшие в связи с противоречиями и разногласиями как следствиями заболевания. Полезны также советы по правильному подходу к лицам, заболевшим шизофренией (они подробно изложены в главе 5).

Практическая польза от таких консультаций семьи подтверждена исследованиями, проводившимися на протяжении длительного времени. Так, Лефф и др. (1985) сравнили группу больных, ближайшие родственники которых были вовлечены в терапевтические мероприятия в группах родственников и семейных собеседованиях, с контрольной группой, в которой больные проходили традиционное индивидуальное лечение. Несмотря

на то, что и те и другие больные получали медикаментозное лечение, в группе больных, проходивших дополнительно семейную терапию, в течение 2-х последующих лет обострение заболевания наблюдалось только у 20%, а у лечившихся традиционно — в 78% случаев. Другие сходные исследования подтвердили эти результаты (см. стр. 104).

### ■ Интеграция различных методов лечения

В заключение главы о лечении больных шизофренией необходимо еще раз указать на то, что только очень незначительное число больных можно лечить одним методом. Шизофренические заболевания затрагивают столь разнообразные аспекты физической, семейной и социальной сторон жизни и так глубоко вторгаются в переживания своего «Я», что односторонние терапевтические меры оказываются слишком поверхностными.

Величайшую опасность при лечении больных шизофренией составляют противоречащие друг другу действия различных «советчиков». Из-за них больные оказываются в неблагоприятном, терапевтически напряженном поле.

Если, например, члены семьи, психиатр, работающий в клинике, и домашний врач придерживаются различных позиций и не приходят к соглашению, то их разногласия создают напряжение, словно при перетягивании каната. Они отрицательно действуют на больного, который и без того постоянно находится под угрозой внутренней разорванности.

Поэтому особенно важно, чтобы пациента на протяжении длительного времени сопровождал постоянный и вызывающий доверие лечащий врач, не отгораживающийся от сотрудничества с близкими больному людьми и компетентный в разносторонних возможностях лечения — медикаментозном, психосоциальном и психотерапевтическом. В его обязанности входит также координация всех вспомогательных методов, он принимает на себя функции посредника. Мэрилин Уолш, мать больного шизофренией, завоевавшая известность как энтузиаст групп самопомощи и автор американского бестселлера, применила для этой цели понятие «coaching» (букв. тренировка, инструктаж). Оно, как и термин «гандикап», взято из спортивной терминологии и предполагает наиболее полный охват больного целенаправленными мероприятиями, соответствующими фазе заболевания.

«Профессионал действует как дружелюбный *coach*, который помогает больному шизофренией справиться с реальными жизненными проблемами, составляющими часть его болезненных расстройств. Если терапевтические взаимоотношения прогрессируют благодаря регулярному общению, то обе стороны — и пациент и врач — работают совместно во многих направлениях. Потребности больного определяют приоритеты, но общие аспекты должны быть непременно включены в обучение больного. Он должен кое-что узнать о своем заболевании, различать, что реально, а что кажется реальным (например, голоса), поставить перед собой цели и определить границы и быть терпимым в общении в обыденной жизни.» (Walsh, 1985.)

К понятию «coaching» могут относиться столь различные вещи, как умение организовать место реабилитации, осуществить обеспечение инвалидов, научиться обходиться с «голосами», распознавать по-

бочные действия лекарств, избегать отягощающих жизненных ситуаций и преодолевать чувство безнадежности.

#### РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

- Angermeyer M., Finzen A. Die Angehörigengruppe. Familien mit psychisch Kranken auf dem Weg zur Selbsthilfe. — Emke, Stuttgart, 1984.  
(*Дальнейшие рекомендации для работы родственников больных.*)
- Böker W., Brenner H. D. Bewältigung der Schizophrenie. — Huber, Bern, 1986.  
(*Научный сборник, дающий обзор терапевтических методов.*)
- Kissling W. Kompendium der Schizophreniebehandlung. — Springer, Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo, 1992.  
(*Современное состояние терапии нейролептиками.*)
- Süllwold L., Herrlich J. Psychologische Behandlung schizophrener Erkrankter. — Kohlhammer, Stuttgart, 1990.  
(*Обзор важнейших психологических методов лечения.*)

## 6

### Советы по организации самопомощи

В широких кругах лечение больных шизофренией ассоциируется с принудительным лечением. Таким образом, преобладает убеждение, что больные шизофренией только под давлением дают согласие на проведение лечения и не в состоянии помочь себе сами, учитывая реальные обстоятельства. Однако это верно только отчасти и относится исключительно к тяжелым болезненным состояниям. Вообще, «здоровая часть» личности больного противостоит появившимся симптомам и расстройствам даже тогда, когда избранные больным пути решения кажутся нетрадиционными, порой странными. Систематическое изучение тех усилий, которые предпринимают больные, чтобы самостоятельно справиться со своими расстройствами, до сих пор является редкостью.

Это обусловлено кругом интересов психиатров и их взглядами, определяющими направления научно-исследовательской работы. Однако в последнее время в связи с расширением терапевтических возможностей намечается сдвиг в этой области: практика самопомощи воспринимается более положительно, так как способствует развитию реабилитации, целью которой является достижение личной ответственности больного.

Когда с больными шизофренией обсуждается вопрос о том, как им следует относиться к своим субъективным расстройствам, то практически все называют не один, а целый ряд способов поведения, которые облегчают их страдания.

Бекер (1986) опросил 60 больных шизофренией, у каждого из которых в течение часового интервью узнавал, как они после окончания острого приступа сознательно боролись с повторно появившимися расстройствами. В начале беседы он выяснял с помощью анкеты, какие субъективные расстройства они переживали. Все обследованные без исключения сообщили, что они сознательно и целенаправленно предпринимали попытки компенсировать лежащие в основе болезни расстройства. Примечательными оказались указания на то, что чем больше количество переживаемых субъективно гандикапов, тем больше предпринимается целенаправленных попыток их преодоления. Из этого может быть сделан вывод, что усилия по самопомощи у больных шизофренией в целом встречаются значительно чаще, чем это принято считать, и что больные шизофренией способны воспринимать свои расстройства как вызванные болезнью. У здоровых людей и у лиц, страдающих неврозами, по сравнению с больными шизофренией встречается меньше субъективно переживаемых расстройств и, соответственно, меньше целенаправленных попыток их компенсировать. При этом

часто можно наблюдать, что больные шизофренией отличаются от больных «нешизофренией» больше качественно, нежели количественно. Бекеру удалось доказать наличие индивидуальных приемов самопомощи у ряда больных шизофренией. Но он не смог определить эффективность этих приемов. По данным автора, эти усилия с целью достижения компенсации давали кратковременное успокоение и позволяли структурировать переживаемые расстройства. Эти выводы во многом совпадают с наблюдениями отдельных больных.

Некоторые больные шизофренией отдают предпочтение общению с природой. Один из наблюдавшихся пациентов объяснил, что общение с природой позволяет ему воспринимать мир не как «чуждое и разрозненное нагромождение вещей», а как «растущее и живое целое».

Для других больных ежедневные прогулки или активные спортивные упражнения подтверждают, что физическая нагрузка благотворно влияет на их самочувствие. Один больной в клинике чувствовал себя хорошо только тогда, когда мог два раза днем и один раз вечером совершать прогулку на велосипеде до Уэтлиберга (холм неподалеку от Цюриха высотой 400 м.).

Для того чтобы более подробно описать попытки преодоления, которые больные оценивают как «оказывающие помощь», необходимо в первую очередь постараться понять эти приспособительные действия. Воспользуемся для этого основной моделью шизофренических переживаний, изложенной в главе 3. Вследствие измененной системы восприятия и оценки больному шизофренией трудно, особенно при перевозбуждении, установить различие между важным и второстепенным, тем, что находится на первом и на заднем плане, реальным и воображаемым. Поэтому больному гораздо труднее упорядочить свои

восприятия. Именно эти трудности заставляют многих больных шизофренией вырабатывать защитные меры, чтобы справиться с наплывом раздражителей (или, точнее, с неупорядоченными, нагроможденными друг на друга раздражителями).

Сознательный контроль предполагает осознание своей болезни, что далеко не всегда имеет место и у больных с хорошим клиническим улучшением. Но и в недостаточно осмысленном образе действий многие больные находят модель поведения, помогающую облегчить их проблемы. По данным исследований Зюльвольда (1982), многие опрошенные больные шизофренией указали следующие стратегические приемы приспособления:

- «если я устраняю беспокойство вокруг себя»;
- «если я выполняю работу медленно»;
- «если я сосредотачиваю свое внимание на одном виде деятельности и игнорирую все остальное».

Эти правила поведения направлены на то, чтобы устранить большое напряжение и одновременно сконцентрироваться на существенном.

Занимаемая больными шизофренией позиция отстраненности имеет и оборотную сторону — изоляцию и снижение активности.

Один бывший больной в своем самоописании очень выразительно изложил эту проблематику:

«Мне всегда было очень трудно найти устойчивое равновесие, чтобы стимулировать себя. Наплыв раздражителей был разрушительным для моего неустойчивого душевного равновесия. Но плохо было и при недостатке раздражителей. Я жил один, что было по-

ложительно в тех рамках, в которых я мог в достаточной степени контролировать окружающую обстановку и в нужный момент уединиться за стенами моего жилья».

Порой больные шизофренией вынуждены пройти долгий и мучительный путь страданий, чтобы методом проб и ошибок накопить собственный опыт и извлечь из него то, что им помогает. Это могут быть, например, такие шаги:

- ♦ принять лекарства;
- ♦ попытаться распознать и преодолеть причины ситуации;
- ♦ найти спутника, который бы не обременял;
- ♦ взяться за работу или занятие, соответствующее личной выносливости в отношении нагрузки.

Невозможно установить заранее, что подействует благотворно или отрицательно на определенного человека. При попытке составить наиболее полный список «способов преодоления» возникла приводимая ниже обобщенная картина. В ней речь идет только о предложениях. Для того чтобы найти в этой композиции то, что действительно может помочь конкретному больному, очень важны самонаблюдение и личный опыт.

*Нарушения восприятия самого себя («Внутри все перепуталось»)*

Я боюсь, произносятся шепотом целые фразы записывая то, что для меня важно меняя одно занятие на другое смотрясь в зеркало

Я успокаиваю себя, слушая музыку  
 рисуя картину (вычерчивая  
 круги, линии)  
 занимаясь вязанием  
 повторяя фразы (любимые  
 стихи)

*Расстройства восприятия («Все смешно,  
 как будто инсценировано, не так, как было раньше»)*

Я убеждаюсь в том, что ощущаю себя,  
 трогая себя  
 выходя на прогулку  
 танцуя  
 принимая ванну (или душ)  
 ложась в постель  
 прикладывая к телу  
 холодную тряпку  
 прикладывая грелку  
 (или бутылку с горячей  
 водой).

Я контролирую себя, оглядываясь лишний раз вокруг  
 прошу повторить ответ  
 на мой вопрос.

*«Бедность чувств» («Все безрадостно»)*

Я стараюсь придать себе храбрости  
 иду к приятелю или  
 приглашаю его к себе,  
 отвлекаюсь, глядя вдаль.

*Наплыв раздражителей  
 («Снаружи многое перемешалось»)*

Я отгораживаюсь, уходя (в свою комнату,  
 на природу, в туалет)  
 прислушиваясь к самому себе

(«Я это я», делаю упраж-  
 нения по медитации)  
 прислоняясь спиной к стене  
 (стоя или сидя)

Я привожу себя в порядок,  
 разговаривая мало  
 сосредоточиваясь  
 (концентрируя на чем-то  
 внимание)  
 работая медленно  
 (с перерывами).

При заболеваниях шизофренного круга, как и при других заболеваниях, отношение больного к своей болезни изменяется. Но именно изменения в состоянии часто улавливаются больными правильно. При этом существенную роль играет то, как больной относится к своим симптомам. Чаще других изменений проявляется чувство самоотчуждения («внутри многое перемешалось») и трудность отграничения («снаружи многое перемешалось»). Признаки измененного восприятия самого себя и отчуждение окружающего мира внушают страх. Страх переживается не только как чувство беспомощности; он может послужить сигналом необходимости принять контрмеры. В этом смысле шизофрения означает требование, которое предъявлено больному и которое не может быть отклонено его сопротивлением или отстраненностью. Оно требует самопомощи и помощи от других лиц.

#### РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

Böker W. Zur Seldsthilfe Schizophrener. Problemanalyse und eigene empirische Untersuchungen//Böker W., Brenner H. D. (Hrsg). Bewältigung der Schizophrenie. — Huber, Bern, 1986.  
 (Научный обзор.)

## **7** Помощь и поддержка для родственников заболевших шизофренией

Многие родители, супруги, а также дети, братья и сестры, близкие знакомые и друзья сопровождают больного шизофренией в трудных ситуациях и берут на себя ответственность и повседневные обязанности больного, когда тот не может справиться с ними самостоятельно. Они накапливают опыт и знания, которые имеют величайшее значение как для пациента, так и для психиатрии как научной дисциплины. Однако перед каждым отдельным человеком, соприкасающимся с больным, постоянно встает проблема, как следует вести себя в кризисной ситуации или при возникающих трудностях разного рода. Многие родственники больных чувствуют себя оставленными наедине со своими проблемами, покинутыми, не имеющими путеводной нити, лишенными помощи в разрешении трудностей. Кро-

ме того, прилагаемые ими усилия часто берутся под сомнение.

Нередко их положение становится своего рода ловушкой: на них возлагают ответственность, не разьясняя при этом, в чем эта ответственность заключается. Если обвинение строится только на факте «психически больной», а не на особенностях поведения, требующих принятия мер, то больной и его близкие как бы устраняются из общества, попадая в некую зону табу.

Решение проблем возможно только тогда, когда реально осознается отводимая родственникам роль «козла отпущения» и когда они могут прямо смотреть на стоящие перед ними конкретные задачи и не чувствуют себя скованными своими отношениями с больным. Возникающий при этом вопрос состоит не в том, делают ли родственники все хорошо, а в том, как они могут это сделать наилучшим образом.

### ■ Группы самопомощи и группы родственников

Родственники больных очень часто не получают никакой помощи. В то время как другие удары судьбы (включая смерть близкого человека) вызывают сочувствие и соучастие и для их облегчения существуют общественные ритуалы, которые помогают хоть в чем-то самом трудном, в отношении шизофренических заболеваний дело обстоит совсем иначе. И это при том, что почти 1/10 часть населения (в качестве родителей, партнеров, братьев и сестер, детей) имеет не-

посредственное отношение к шизофренным заболеваниям. И все они стараются скрыть свои законные требования и вопросы из-за переживаемых ими ложных чувств стыда и вины.

В этой ситуации стоит приветствовать деятельность сообществ родственников больных шизофренией в группах самопомощи.

В группах самопомощи и в группах родственников участники могут поделиться друг с другом своим опытом и своими проблемами и убедиться в том, что они не в одиночку противостоят своим трудностям и что они играют важную роль в жизни больного и его положении в обществе.

Что же можно посоветовать родственникам в их подходе к больному во время кризисных ситуаций? В первую очередь необходимо подчеркнуть, что не существует единственно правильной модели поведения для решения каждой из проблем, возникающих при шизофрении. Проблемы, вызванные формами шизофрении, крайне разнообразны, и у одного и того же больного на разных стадиях болезни они могут быть диаметрально противоположными. Они различаются также в зависимости от принадлежности больного к определенной социальной группе, от состава семьи. В первую очередь родственники больного должны научиться отличать острые, представляющие угрозу состояния от изменений и трудностей поведения, сохраняющихся на длительное время.

### ■ Тактика при острых кризисных ситуациях

Отдельные больные шизофренией неожиданно становятся опасными для самих себя, иногда предпринимают попытку самоубийства под влиянием «голосов». Другие больные угрожают окружающим, нередко из-за переживаемых ими идей преследования, нападая с целью самообороны. Экстренным следует считать случай, когда больной проявляет агрессию, стремится к нападению или самоубийству. Часто кризисные (экстренные) ситуации наступают тогда, когда больной находится в состоянии спутанности, возбужден или впадает в оцепенение, переживая как бы сон наяву, и не осмысливает своих действий. В таких случаях необходимо немедленно обратиться к врачу.

Если врач почему-либо запаздывает, необходим срочный вызов полиции. В такой ситуации родственникам очень редко удастся самостоятельно доставить больного в психиатрическую больницу, где необходимо затем выполнить все формальности госпитализации. Включение в такую ситуацию врача (чаще всего домашнего врача или врача скорой помощи) имеет то преимущество, что частично освобождает родственников от ответственности. Иногда и врачу приходится прибегать к помощи полиции, в частности тогда, когда ему не удастся получить согласие больного на госпитализацию.

Родственникам многих больных часто бывает очень трудно решиться прибегнуть к помощи полиции. Многим, однако, пришлось убедиться в том, что полицейские обладают достаточным опытом действий в экстренных случаях и что больной по про-



шествии острого психотического состояния будет способен правильно понять и оценить правомерность примененных насильственных мер.

Обращение к посторонней помощи правомерно тогда, когда родственники не в состоянии помочь больному. Действенная помощь, оказывают ли ее близкие, врач или другой персонал, возможна только при условии, что она не скована неуверенностью или страхом перед больным.

Иногда присутствие знакомых, соседей или друзей помогает близким больного обрести чувство уверенности. Особенно нуждаются в помощи и поддержке в экстремальных ситуациях одинокие матери или отцы больных.

Собственно кризисные ситуации случаются у больных шизофренией реже, чем у пациентов с соматическими заболеваниями, алкоголизмом, наркоманией и тяжелыми депрессиями. Уголовные преступления совершаются больными шизофренией не чаще, чем другими людьми, — менее одного случая на 100 чел. Большинство больных шизофренией даже более пассивны, чем здоровые. Гнев и раздражение, если такие чувства вообще проявляются больными, в большинстве случаев объясняются обстоятельствами. Несмотря на это, принятие описанных выше экстренных мер необходимо для защиты самих больных и для лечения острых болезненных состояний. Эти меры осуществляются скорее реже, чем чаще из-за ложного чувства стыда или неуверенности.

### ■ Тактика при затяжных расстройствах

Главную проблему для близких составляют отнюдь не кризисные ситуации. В значительно большей степени это относится к трудностям в связи с затяжными расстройствами (так называемыми негативными симптомами — пассивностью больного, замкнутостью, причудами). Но нельзя сказать, что эти расстройства, которые в большей или меньшей степени осложняют совместное повседневное общение, совсем не зависят от внешних обстоятельств.

Всегда полезно с сочувствием выявлять оглящающие больного ситуации и по возможности устранять их.

Иногда трудности могут быть обусловлены конфронтацией больного с отдельными людьми или группами людей. В других случаях больного обременяет чрезмерная заботливость родных, их попытки «влезть в душу», а также предъявляемый больному высокий уровень требований. Предложения, поступающие от случайных и некомпетентных лиц, даже если кажутся хорошими, помогают редко. Гораздо большей пользы следует ожидать от научно обоснованных моделей решения проблем и использовать опыт близких больного шизофренией.

Следующие четыре основных правила можно считать проверенными.

**«Искать оптимальное решение».** Для больных шизофренией, склонных к бредаобразованию или страдающих периодическими обострениями заболевания, наилучшей помощью является медикаментозное ле-

чение. Тщательные исследования подтвердили, что длительное, иногда многолетнее медикаментозное лечение существенно снижает частоту обострений. Поэтому пациенту полезно, чтобы предложение принимать лекарства делалось близкими недвусмысленно и открыто. В случае необходимости больному следует напомнить о приеме препаратов. В определенных случаях родственникам приходится брать на себя обязанность выдавать больному каждую разовую дозу. Если нет уверенности в том, что больной самостоятельно регулярно принимает лекарства, то об этом необходимо сообщить лечащему врачу. Врача следует информировать и о появившихся побочных действиях препарата (см. с. 117 и след.). Если больной, в силу своих болезненных соображений, считает лечение излишним и если в исключительных ситуациях принуждение становится неизбежным, то оно, при участии врача, должно быть спокойно и аргументированно разъяснено больному и затем выполнено.

**«Держаться как можно более естественно».** Больные шизофренией редко теряют обостренную чувствительность и хорошую наблюдательность даже в случаях далеко зашедшей болезни. Быть больным не значит утратить интеллектуальные способности и умение вчувствоваться. Больные шизофренией хорошо различают неискренность, неестественность и несправедливость окружающих и нередко реагируют на них раздражением, недоверием, отказом от контактов. Напротив, открытость и определенность возвращают им некоторую уверенность в себе. Как бы ранимы они ни были по отношению к критике или к тому, что их не воспринимают всерьез, они так же чувствительны к уважению и признанию.

Больного в его жизненном обиходе не стоит лишать ответственности. В подавляющем большинстве случаев нет основания для преувеличенных страхов. Однако нет вреда для больного, если родственники и знакомые не скрывают от больного шизофренией своей озабоченности. Гораздо хуже отрицать такое чувство, так как оно становится очевидным и выливается наружу, пытаясь укрыться за чрезмерной заботливостью или враждебностью.

Правило «держаться как можно более естественно» означает также, что родственникам не нужно искусственно «подтягиваться» в присутствии больного или «ни в коем случае не допустить какой-то ошибки». Наоборот, больному шизофренией полезно, если близкие ему люди при выражении им своей реакции раздражения уходят в другую комнату. Опыт подтверждает, что такое поведение правильно, так как всплеск раздражения неблагоприятен для обеих сторон. Взрыв гнева не означает катастрофы во взаимоотношениях. Гораздо ценнее надежность, естественность, уважение.

Всеми силами нужно стараться не потерять на длительное время собственный ритм жизни из-за болезни близкого человека. Необходимо, по возможности, сохранить свои дружеские связи и привычным образом исполнять свои обязанности вне дома.

Даже тогда, когда родственникам очень трудно оставить больного на время одного, преодоление возникающих при этом опасений оказывается полезным для обеих сторон. При всей готовности к компромиссам не следует существенно нарушать привычный

жизненный ритм и распорядок дня семьи (например, время еды, сна, уборки, гигиенических процедур). Итак: порядок против хаоса. Правда, следует терпимо относиться к тому, что пациент сам определяет себе диету или не садится за общий стол, хотя давать ему такой совет нельзя. Например, не следует специально готовить для больного отдельную еду, которую он намерен принимать в ночное время. Чудачества больного только тогда имеют действительно отрицательные последствия, когда члены семьи приспосабливаются к этим «искаженным» привычкам. С другой стороны, нужно только оценить, насколько трудно поддерживать в быту установившийся распорядок дня, когда соответствующие заботы уже преодолены совместно. Иногда бывает полезно составить план домашних дел на день или неделю. При этом в плане должно быть непременно указано, какие обязанности возлагаются на больного.

**«„Меньше” в большинстве случаев означает „больше”».** В связи с личным участием в делах больного и идентификацией с его судьбой родственники в большинстве случаев стремятся к скорейшей «нормализации» тяжелой, обременительной обстановки. Желая достигнуть лучшего для больного результата, члены семьи нередко переоценивают свои возможности влиять на течение болезни и обвиняют себя, если улучшение наступает медленно или не наступает вовсе. Поэтому они подвергают себя опасности не суметь критически отнестись к возникшим трудностям, так как возлагают на больного слишком большие надежды.

Именно затяжное течение болезни ставит близких перед необходимостью принять как должное снижение активности у больного шизофренией.

Снижение уровня ожиданий и уменьшение требований, предъявляемых больному шизофренией, как правило, дают ему возможность лучше справиться со своими расстройствами. В этой ситуации справедлива поговорка «Лучше меньше, да лучше».

Это простое правило должно быть твердо усвоено и повседневно подтверждаться психиатрическим персоналом в амбулаториях и клиниках, так как опыт показывает, что они постоянно ставят перед собой цель достичь слишком высоких терапевтических результатов за слишком короткое время. Из числа близких родственников с этим правилом лучше соглашались матери, чем отцы. Последние, по-видимому, находятся под большим давлением общественных условий и обладают меньшими навыками в терпеливом, постепенном воспитании детей.

Швейцарское объединение родственников больных шизофренией, основываясь на собственном опыте, дает своим членам следующие полезные советы:

«Больной и его семья должны выработать реальное представление о возможностях больного. Только немногие больные шизофренией восстанавливают способность справиться с той нагрузкой, которая была для него привычна до заболевания. Больной должен быть защищен от необоснованных ожиданий, поддерживаемых родными и друзьями. С другой стороны, не следует чрезмерно шадить больного. При реабилитации должны быть поставлены реальные цели, которых реально можно достичь. Больному шизофренией необходимо иметь надежного, достойного и стабильного близкого человека, который способен указать четкие границы приемлемого поведения. Это важно в первую очередь для больных, страдающих идеями преследования, так как у этих боль-

ных нарушена способность оказывать доверие окружающим. Иногда больной принимает совет скорее от брата или сестры, чем от родителей. Слишком большое количество критических замечаний действует на больного отрицательно. Заслуженная похвала, даже за незначительную работу, действует ободряюще.

Принцип «лучше меньше, да лучше» действует совершенно конкретно в повседневном быту. Обращение к больному должно быть изложено просто и ясно, тогда оно оправдано. Правда, длинные и сложные сообщения не превышают интеллектуальных возможностей большинства больных шизофренией. Но многозначные и многоплановые сообщения предполагают большую способность к концентрации внимания. Они превышают способность больного к «переработке полученной информации». Поэтому очень рекомендуется при обращении к больному высказывать только одно определенное пожелание, задание или сообщение. Таким способом родственники больного следуют девизу, который открывают для себя: поэтапное выполнение отдельных действий возможно, если даже больной не в состоянии охватить задание как целое.

Первая задача заключается в том, чтобы быть понятым. Намного труднее овладеть искусством осуществлять на деле требования к больному, выполнение которых необходимо для поддержания на определенном уровне совместного существования.

Может быть, помогут обещания: «Прими ванну, а потом съедим вместе по куску пирога с чаем». Может быть, помогут разумные компромиссы: «Пожалуйста, не слушай громкую музыку, лучше возьми Валькмана». Может быть, помогут вопросы: «Ты не хотел бы прибрать свою постель? Тогда в твоей комнате будет полный порядок». Может быть, поможет диалектический подход: «Не разговаривай вслух со своими голосами. Ты же

не хочешь, чтобы эти люди считали тебя сумасшедшим. Не давай им повода».

Если нагрузка становится чрезмерной, то социальные контакты между больным и его родственниками следует временно сократить. Иной раз больному шизофренией нужно просто уйти в свою комнату.

Необходимо неизменно соблюдать уважение к частной жизни больного, особенно в ситуациях, вызывающих нагрузку.

Больные шизофренией часто используют возможность уединения целенаправленно — для защиты от раздражителей, с которыми они не могут справиться. Такая тактика больного существенно облегчает совместное проживание, если, конечно, больной имеет отдельную комнату.

Благотворное действие большей дистанции между несущими обременительную нагрузку родственниками и больным шизофренией убедительно подтверждает новейшая ветвь исследований в психиатрии — так называемая методика экспресс-исследований эмоций. Одна английская исследовательская группа доказала на основании тщательно проведенных длительных изысканий, что частота обострений заболевания может быть существенно снижена с помощью увеличения дистанции между больными и очень озабоченными близкими. В группе больных, имевших критически настроенных или очень озабоченных родственников, проживавших в одном доме с больным, 69% больных после выписки возвращались в клинику в связи с обострением заболевания, если проводили более 35 часов в неделю «с глазу на глаз» с родными. При меньшей продолжительности контактов с родственниками частота обострений за тот же период составляла 28% (Vaughn и. Leff, 1976). Было также доказано, что именно на больных, имеющих очень озабоченных и загруженных родственников, особенно

благоприятно действует медикаментозное лечение. 92% больных из семей с напряженными взаимоотношениями, не получавших медикаментозного лечения, заболели вновь в первые 9 месяцев после предыдущего обострения, в то время как среди больных из таких же семей, но получавших медикаментозное лечение, заболело не более 53%.

**«Обращаться как со здоровым, но видеть болезнь».**

Необычные высказывания (так называемые бредовые идеи) или обманы чувств у больных шизофренией недоступны никаким аргументам. Больные шизофренией могут слышать, видеть, ощущать на вкус, обонять или чувствовать вещи, которые для других не существуют. Они нередко находят для этого такие объяснения, которые другими людьми воспринимаются как безумные.

О восприятиях невозможно спорить ни со здоровыми, ни с больными. Люди принимают за истину то, что они чувствуют.

Споры с больными шизофренией о расстройствах чувств или бредовых высказываниях, как правило, не приводят ни к какой коррекции их восприятий или характера даваемых ими объяснений. Если близкие начинают спорить с больными шизофренией об их переживаниях, то подвергают себя риску потерять доверие больного. Суждения больного не изменятся, но взаимоотношения будут испорчены.

Имеет смысл лишь сказать, что родственник имеет другие убеждения, но знает, что больной слышит и чувствует так, как говорит об этом. Если больной требует согласия близких, лучше постараться дистанцироваться каким-нибудь аморфным замечанием, например: «Да, это необычно». Можно попытаться от-

влечь больного каким-нибудь незначительным заданием или переспросить больного, нужна ли ему какая-либо помощь. Иногда могут быть найдены компромиссные решения в конкретных ситуациях.

Так, например, если у больного идеи преследования сохраняются в течение длительного времени, не следует постоянно и без пользы для дела вызывать полицию. Лучше согласиться задернуть шторы или сменить дверной замок. При громкой брани больного в адрес беспокоящих его голосов можно предложить вместе послушать музыку.

Если поведение больного становится социально нетерпимым (больной громко разговаривает с голосами, идя по улице, проявляет сексуальные намерения и действия в общественных местах), то ему следует указать на необходимость соблюдения приличий. Когда близким становится нелегко, то допустим жесткий, короткий окрик «прекрати немедленно», который может помочь. Может оказаться полезным замечание, исходящее от третьих лиц, особенно от других родственников и друзей, которых поведение больного редко затрагивает: «Он в порядке, но по-своему». Другие замечания, успокаивающие близких больному членов семьи, оказываются более действенными, когда они произносятся в отсутствие больного.

Если больной прислушивается к голосам или активно высказывает бредовые идеи, есть основание подозревать ухудшение состояния. В такой ситуации чаще всего необходимо пересмотреть с помощью лечащего врача лекарственные назначения, сделанные больному ранее. Если родственники не в силах больше вести себя с больным «как с здоровым», то об этом необходимо сообщить врачу. В подобных случаях могут ока-

заться полезными временный переезд больного в пансионат, помещение в клинику или даже только психотерапевтическая беседа с больным и членами его семьи.

**Обобщая** сказанное выше, можно утверждать, что гнет болезни, ее тягостное влияние на самого больного и его семью может быть смягчено:

- если болезнь признается как таковая;
- если все заинтересованные лица получили дельную информацию;
- если лекарственная терапия проводится последовательно;
- если врачебное наблюдение осуществляется регулярно;
- если есть поддержка позитивно настроенных друзей;
- если семье удастся избежать изоляции.

#### РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

Katschnig H. (Hrsg). Die andere Seite der Schizophrenie. Patienten zuhause. 3. Aufl. — Psychologie Verlags Union, München, 1989.

*(Основы работы родственников с больными — членами их семей.)*

Dörner K., Egetmeyer A., Koenni K. (Hrsg). Freispruch der Familie. — Psychiatrie Verlag, Wunstorf, 1982.

*(Беседы о трудностях, испытываемых родственниками больных, и предложения по их преодолению.)*

## 8

## Заключение

Шизофрению представляют собой серьезные душевные заболевания, при которых прежде всего меняется отношение больного к действительности и к окружающим. Термин «шизофрения», взятый из древнегреческого языка, означает «расщепление души». Люди, заболевшие шизофренией, не являются, как это принято думать, расщепленными личностями, т. е. когда в одном человеке одновременно обитают двое. Правда, шизофренические заболевания временами приводят к разорванности в мыслях, чувствах, действиях. Однако больные шизофренией сохраняют свою индивидуальность, своеобразие.

Вряд ли найдется какое-либо иное заболевание, которое было бы окружено таким количеством предрассудков и ошибочных суждений и приводило бы к такой незащищенности и повышенной ранимости,

как шизофрения. До настоящего времени это понятие содержит в себе нечто таинственное, с долей опасения в отношении больного. Представление о болезни чаще дает больше пищи для спекуляций, чем для признания фактов, чаще вызывает страхи вместо открытости и приводит к разногласиям. Хотя многие вопросы до настоящего времени остаются открытыми, научные исследования последних десятилетий помогли опровергнуть многие из предвзятых суждений и прояснить отдельные аспекты. Еще не удалось всесторонне объяснить природу этого заболевания и однозначно установить его причину. Несмотря на это, современное состояние научных знаний позволяет лучше понять шизофренические заболевания и применить целенаправленное лечение их симптомов.

### ■ Предубеждения могут быть опровергнуты

**Шизофреники не неизлечимы.** Они не имеют изначально неблагоприятного прогноза. Примерно каждый третий больной поправляется после одного или нескольких приступов болезни настолько, что может вести практически нормальный образ жизни. Еще у одной трети больных наступает значительное улучшение с переходом к незначительным ограничениям. Таким образом, прогноз на длительный период для более чем половины больных относительно благоприятен. Последняя треть больных страдает хроническими расстройствами средней и тяжелой степени.

В каждом отдельном случае дальнейшее течение болезни предсказать с уверенностью нельзя. Шизоф-

рении протекают у каждого пациента индивидуально. Надежда на улучшение оправдана даже при заболевании, длящемся десятилетиями, когда ситуация кажется уже безысходной. В целом, чаще встречаются мягко протекающие формы, с острым началом заболевания. Заболевания, развивающиеся на фоне чрезмерной нагрузки, как правило протекают благоприятно, особенно если больной не утрачивает способности к контакту. Кроме того, течение болезни во многом зависит от дальнейших терапевтических мероприятий (см. главу 3).

**Между шизофренией и умственной отсталостью нет знака равенства.** Снижение активности у больных шизофренией, наступающее в период болезни, нельзя приписывать разрушению интеллекта или тяжелой степени утраты памяти. Даже в преклонном возрасте у лиц, страдающих шизофренией, состояние слабоумия наблюдается не чаще, чем у остальных людей.

**Заболевание шизофренией нельзя связывать с особыми взаимоотношениями в семье или с «тяжелым характером».** Правда, в определенных семьях заболевание шизофренией встречается чаще. Эта статистически установленная закономерность, однако, может быть частично отнесена на счет наследственного фактора. Если один из однояйцевых близнецов заболевает шизофренией, то риск заболевания для другого близнеца с идентичным наследственным набором составляет 30–40% даже в том случае, если эти близнецы росли в разных семьях.

Однако случаи шизофренических заболеваний не ограничиваются определенными семьями. Их нельзя объяснить только определенными наследственными предпосылками. Вероятность развития шизофрени-

не может быть исключена ни для кого. Это видно уже из того, что во всем мире до 1% населения в течение жизни заболевает шизофренией, независимо от страны проживания, культурного уровня и социального слоя. Как свидетельствуют тщательные исследования лиц, заболевших шизофренией в позднем возрасте, нельзя ограничить развитие заболевания определенным типом характера.

### ■ Признаки болезни

Симптомы шизофрении крайне разнообразны. Они различны не только у разных больных, но могут изменяться изо дня в день, от одной ситуации к другой у одного и того же больного. Нет ни одного признака, который встречался бы только у больных шизофренией. Некоторые особенности, привлекающие особое внимание, но слабо выраженные, могут появляться и у здоровых.

Многие больные испытывают угрозу извне или жалуются на голоса. Они слышат приказы или комментарии в форме фраз «из ниоткуда», т. е. речь, не исходящую ни от кого из присутствующих. Многие жалуются на расстройства мышления и употребляют своеобразные обороты речи. Многие чувствуют себя роботами, управляемыми извне. Их мысли кажутся им насильственно навязанными или изымаемыми из их рассудка посторонними силами. Даже тогда, когда мышление кажется спутанным, всегда можно доказать наличие у больного сохранного мышления.

Вследствие подобных переживаний, порождающих страхи, больные прибегают к необычным (так

называемым бредовым) объяснениям: уверяют, что их преследуют, пытаются отравить. Они реагируют на эту угрозу чувством паники, уходом в себя, замкнутостью.

Все эти острые проявления болезни могут исчезнуть. Если в дальнейшем они снова появляются приступообразно или сохраняются на длительный срок с некоторыми колебаниями в интенсивности, то есть опасность, что они вызовут замкнутость и сформируют у больного чувство безнадежности. То, что до начала заболевания было для пациента легко осуществимым, после начала заболевания оказывается утомительным, непосильным. Для выполнения любой работы им требуются частые передышки, они утрачивают привычки повседневного обихода и пренебрегают гигиеническими навыками, опрятностью в одежде и еде. Такие проявления, будучи последствиями затяжных заболеваний, не являются, однако, правилом, а ограничиваются только случаями с тяжелым течением.

### ■ Происхождение

Происхождение шизофрений нельзя свести к одной-единственной причине их возникновения. Имеются указания на то, что в одном случае преобладают наследственные факторы, в другом — физические изменения в центральной нервной системе. По-видимому, причиной частично могут оказаться затяжные ситуации с чрезмерной нагрузкой. На практике пониманию природы заболевания способствует модель болезни, которая исходит из признания повышенной временами ранимости больных шизофренией (см. главу 4). Вследствие нарушения переработки информации



такие ранимые личности реагируют на перегрузки, тяжелые для них перемены и кризисные ситуации появлением болезненных симптомов. При этом вероятность заболевания с возрастом уменьшается.

Мужчины заболевают чаще между 15 и 35 годами. Ввиду раннего начала заболевания они чаще остаются холостыми. Женщины заболевают в среднем несколько позже и поэтому к началу болезни чаще уже состоят в браке.

При остром наступлении заболевания в течение нескольких недель развиваются расстройства мышления, бредовые идеи, обманы чувств. При медленном развитии болезни в течение месяцев и лет наступает падение активности, связанное с пассивностью и уходом в себя. При этом описанные признаки болезни часто маскируются.

### ■ Лечение

При острых болезненных состояниях большую помощь оказывают медикаменты, снимающие чувство страха и успокаивающие больного (так называемые нейролептики). Они обладают также и профилактическим действием. Ввиду присущих им нежелательных побочных действий их применение, особенно длительное, должно находиться под постоянным тщательным наблюдением врача. Наиболее успешное применение этих препаратов достигается тогда, когда сам больной и его близкие хорошо знают основное действие и побочные эффекты этих средств (см. главу 5).

Каждому больному необходим индивидуальный план лечения. Социальная помощь (специальные

пансионаты, лечебные мастерские) и семейная поддержка при определенных обстоятельствах играют важную роль в реабилитации больных. Наилучшие предпосылки для лечения появляются тогда, когда удается организовать целенаправленное сотрудничество между всеми заинтересованными лицами, особенно между больным, врачом и близкими больного. Достижение этой цели может быть облегчено доступной информацией (исходящей от врача) о характере заболевания и возможных методах его лечения. Особенно полезна длительная психотерапевтическая поддержка.

### ■ Самопомощь

Особая ранимость больных шизофренией делает необходимой хорошо отрегулированную систему нагрузок и разгрузок. Чрезмерные требования, предъявляемые к больному, могут привести к обострению симптомов, а заниженные требования — к бездеятельности, чувству заброшенности. Все ожидания семьи и желания больного, а также терапевтические усилия должны вновь и вновь приспособливаться к конкретным возможностям, чтобы противостоять указанным выше опасностям.

Больные шизофренией, так же как и здоровые, вполне способны понять, что им помогает, а что вредит. Но им приходится понимать это при более сложных обстоятельствах. Больным может быть немного легче, если окружающие признают их расстройства как данность.

Для больного может иметь решающее значение возможность научиться преодолевать те ситуации, кото-

рые являются для него пусковым механизмом развития страхов или других шизофренических симптомов. Получая медикаментозное лечение, больной может научиться находить для себя занятие, которое соответствует его работоспособности и наклонностям. Важную роль могут играть «спутники» (близкие, соседи, сотрудники и т. п.), если они умеют быть ненавязчивыми. Больные шизофренией в значительной степени нуждаются в возможности уединиться или делать перерывы при любых занятиях (см. главу 6).

### ■ Подход к больным шизофренией

Больные, страдающие шизофренией, особенно чувствительны к критике и неприятию, но в той же мере — к признанию и пониманию. Даже больные, перенесшие многократные обострения заболевания, обладают хорошо развитой наблюдательностью. Они тонко чувствуют неестественность и несправедливость. Открытость и честность партнера помогают им вновь найти точку опоры, когда заболевание лишает их чувства уверенности в себе. Все то, что укрепляет здоровые начала человека, помогает и больному шизофренией.

Родственники заболевших шизофренией несколько легче справляются с проблемами, если они правильно информированы и имеют поддержку со стороны благожелательно настроенных друзей. Для чрезмерных страхов перед больными шизофренией в большинстве случаев нет оснований. Больного следует как можно меньше освобождать от ответственности. С другой стороны, для больного шизофренией важно иметь близких и надежных лиц, которые могут быть снисходи-

тельными, но могут и указать на необходимость соблюдения допустимых границ.

Простые и ясные сообщения тяжело больной воспринимает легче, чем сложные разъяснения. Бредовые идеи и обманы чувств недоступны аргументам. Развернутые дискуссии с больным о симптомах его болезни также редко могут помочь. Они не приводят к коррекции переживаний, а чаще вызывают осложнение взаимоотношений.

При всей готовности к компромиссам необходимо пытаться сохранить привычный жизненный ритм в доме, например, часы приема еды, время сна. Поддержание порядка защищает от хаоса. Если нагрузка становится непосильной, то рекомендуется на время уменьшить контакт с больным, особенно при нарастающей раздражительности. Если близким уже невозможно «держаться, как со здоровым, но видеть болезнь», то полезно прибегнуть к беседе с врачом и совместно с ним попытаться найти нужные решения. Опытные врачи знают, что заболевание шизофренией приводит к напряженности в семье. Эта напряженность не только понятна, но для разрядки ее необходима определенная поддержка. Большое значение имеет и обмен мнениями в группах родственников с другими семьями, где возникают сходные проблемы.

## Приложения

### ■ Глоссарий важнейших терминов, употребляемых в тексте

- Агрессивность** — форма поведения, выражающаяся в нападении в ответ на реальную или воображаемую угрозу.
- Акатизия** — двигательное беспокойство, невозможность усидеть на одном месте; возникает как побочное явление при приеме нейролептиков.
- Амбивалентность** — состояние, при котором больной раздираем противоречивыми стремлениями, признанием-непризнанием.
- Антидепрессанты** — медикаменты, способствующие улучшению настроения.
- Ассоциация** — здесь: связь между представлениями и мыслями.
- Аутизм** — «уход» человека от окружающего его мира, погружение во внутренний мир, утеря связи с окружающими.

## ПРИЛОЖЕНИЯ

183

- «Безумие вдвоем» («folie a deux»)** — здесь: бред одновременно у двоих.
- Биохимические** — здесь: химические процессы обмена веществ.
- Бред** — не поддающееся коррекции убеждение, находящееся в противоречии с действительностью.
- Галлюцинация** — обман чувств без внешнего раздражения соответствующего органа чувств, например, обманы слуха, вкусовые и обонятельные обманы, зрительные обманы.
- Гебефренный** — чудаковатый, неестественный. Термин употребляется в связи с формами шизофрении, которые сопровождаются эмоциональным обеднением.
- Генетический** — здесь: обусловленный наследственными факторами.
- Госпитализм** — здесь: образование нежелательных привычек и психических нарушений вследствие чрезмерно долгого пребывания в больнице.
- Дезориентировка** — потеря ориентировки в собственной личности, месте, времени.
- Декомпенсация** — утрата сохранявшегося до того равновесия; появление симптомов болезни.
- Деперсонализация** — чувство отчуждения или неестественности; собственная личность воспринимается как чужая.
- Депо-препарат** — здесь: медикамент, который усваивается организмом равномерно и медленно и действует в течение длительного времени.
- Депрессия** — нарушение жизненного фона настроения, которое характеризуется в меньшей степени чувством тоски, а в большей степени — болезненно переживаемой утратой способности владеть своим настроением.
- Диагноз** — определение распознанной болезни.
- Дискинезия** — нарушение движений (непроизвольные сокращения мышц, групп мышц, судороги).
- Дофамин** — один из мозговых медиаторов.
- Зеркало крови** — здесь: определение уровня концентрации вещества (медикамента, например, лития) в крови; важно для оценки действия лекарственного препарата и для предотвращения его передозировки.

- Идентификация** — способность воспринимать себя как личность.
- Иллюзия** — ошибочное восприятие реально существующего раздражителя: слуховая — например, тиканье часов воспринимается как шаги; зрительная — незнакомое лицо принимается за знакомое.
- Кататонический** — застывший, напряженный; употребляется в связи с определенными формами шизофрении, в которых на первое место выступают двигательные расстройства и стереотипии.
- Мания** — здесь: повышение аффекта с элементами раздражительности.
- Невротические** — здесь: возникшие в детстве и сохраняющиеся у взрослого особенности поведения и характера переживаний.
- Нейролептики** — лекарства, действие которых направлено против психозов; прежде всего они воздействуют на чувство страха, возбуждение, обманы чувств и бредовые идеи.
- Нейропсихология** — наука о связи психических функций с функциями и структурами головного мозга.
- Параноидный** — бредовый; употребляется в связи с определенными формами психических заболеваний, в частности — шизофрении, с бредовыми идеями и обманами чувств.
- Паркинсона болезнь** — дрожательный паралич. Паркинсон — фамилия врача, впервые описавшего это заболевание.
- Препараты «ретард»** — лекарственные препараты с prolonged действием.
- Противопаркинсонные средства** — медикаменты, предназначенные для лечения дрожательного паралича и сходных побочных действий нейролептиков.
- Психозы** — тяжелые душевные заболевания, которые нередко приводят к выраженным изменениям личности.
- Психопатология** — наука о нарушениях психики.
- Психотерапия** — благотворное психическое лечебное воздействие.
- Расстройства мышления** — нарушения мыслительного процесса, касающиеся содержания и течения мыслей.
- Расстройства сознания** — изменения степени ясности сознания или смещение содержания сознания.

- Расстройства экстрапирамидные** — появление непроизвольных (неуправляемых) движений вследствие физических расстройств или вследствие побочных действий нейролептиков.
- Реабилитация** — здесь: возврат к возможно более полной самостоятельности больного в области работы, самостоятельного проживания, социального положения.
- Слабоумие (деменция)** — потеря умственных способностей, например, слабоумие при старческих заболеваниях.
- Социотерапия** — лечение окружающей средой, тренировка способности и готовности пациента к самостоятельной жизни.
- «Средства»** — здесь: одурманивающие вещества.
- Средства антипсихотические** — препараты, действующие против психозов.
- Стиль межличностных отношений** — здесь: характер взаимоотношений пациента с другими людьми.
- Табу** — здесь: невысказанное требование не касаться определенных тем.
- Феномен** — здесь: клинический признак.
- Хронический** — здесь: продолжающийся свыше двух лет.
- Эрготерапия** — специальные виды лечения: активизация и лечение занятостью, при которых применяются различные методики, использующие творческие способности больного.

### ■ Контактные адреса групп самопомощи

*Указание:* Сведения о нижеперечисленных контактных адресах можно получить в региональных группах самопомощи. Кроме того, необходимая помощь может быть оказана социально-психиатрическими службами и психиатрическими клиниками.

#### ■ Россия

**АССОЦИАЦИЯ РОДСТВЕННИКОВ  
И ДРУЗЕЙ ДУШЕВНОБОЛЬНЫХ  
«ОСТРОВА НАДЕЖДЫ»**

Москва  
382-8589; 284-4047 тел./факс;  
252-1402 факс (Иевская-Симонова)

**БЛАГОТВОРИТЕЛЬНЫЙ ФОНД  
«ДУША ЧЕЛОВЕКА»**

Доненко Игорь Евгеньевич  
Москва, Никитинская, 13  
964-3087; 963-1324; 3017204/1810

**ОБЩЕСТВЕННОЕ ОБЪЕДИНЕНИЕ НИМБ  
СОДРУЖЕСТВО СЕМЕЙ С БОЛЬНЫМИ  
ПСИХИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ.**

Санкт-Петербург, пр. Гагарина, 18, корп. 3  
(812) 173-9666; 127-1395

**САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКАЯ ЛИГА  
ЖИЗНЕННОЙ ПОМОЩИ  
УМСТВЕННО ОТСТАЛЫМ**

Санкт-Петербург  
(812) 213-2533; 351-4181; 325-8913; 325-8914

**НОВАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ  
ОРГАНИЗАЦИЯ «КЛУБНЫЙ ДОМ»  
ПРИ ОБЛАСТНОЙ БОЛЬНИЦЕ НЕВРОЗОВ  
«СОСНОВЫЙ БОР»**

Екатеринбург  
(3432) 25-0132

**КАЛУЖСКИЙ РЕГИОНАЛЬНЫЙ  
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР  
ПО ПРАВАМ ЧЕЛОВЕКА**

249020, Калужская область,  
Обнинск, ул. Маркса, д. 49, кв. 88  
КРИЦ ПЧ (Елена Шепелева)

#### ■ Швейцария

Vereinigung der Angehörigen von Schizophrenie- und Psychisch-  
kranken (VASK):

VASK Bern, Postfach 140, 3084 Wabern  
ASF-VASK Berne, Case postale 12, 2610 St.Imier  
VASK Graubünden, Postfach, 7208 Malans  
VASK Luzern, Postfach 3241, 6210 Sursee  
VASK Nordwestschweiz, Postfach, 4027 Basel  
VASK Ostschweiz 1530, 9102 Herisau  
VASK Zürich, Postfach 6161, 8023 Zürich

#### ■ Германия

Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V.  
Thomas-Mann-Straße 49a, 53111 Bonn 1,  
Tel. 02 28/63 26 46

Landesverband Baden-Württemberg  
der Angehörigen psychisch Kranker e.V.  
Hardtwaldweg 19, 11229 Leonberg

Landesverband Bayern  
der Angehörigen psychisch Kranker e.V.  
Volmstraße, 81241 München, Tel. 0 89/8 34 82 79

Angehörige psychisch Kranker,  
Landesverband Berlin e.V.  
Hessenallee 1a, 14052 Berlin 19, Tel. 0 30/3 04 57 50

Landesverband Hamburg  
der Angehörigen psychisch Kranker e.V.  
Rübenkamp 134, 22307 Hamburg 60

Landesverband Hessen  
der Angehörigen psychisch Kranker e.V.  
Ludwigstraße 18, 63067 Offenbach, Tel. 0 69/81 03 33

Landesverband Niedersachsen/Bremen  
der Angehörigen psychisch Kranker e.V.  
Wedekindplatz 3, 30161 Hannover, Tel. 05 11/62 26 76

Landesverband Nordrhein-Westfalen  
der Angehörigen psychisch Kranker e.V.  
Overlackerstraße 5, 44892 Bochum, Tel. 02 34/29 53 58

Landesverband Schleswig-Holstein  
der Angehörigen psychisch Kranker e.V.  
Dorfstraße 31, 23617 Stockelsdorf

Landesverband Thüringen  
der Angehörigen psychisch Kranker e.V.  
Bezirkskrankenhaus für Psychiatrie und Neurologie, Bahnhof-  
straße 1a, 07646 Stadtroda

#### ■ Австрия

Hilfe für Psychisch Erkrankte (HPE — Österreich)  
Dachverband der Vereinigungen von Angehörigen und Freunden  
Westbahnstraße 1b, 1070 Wien, Tel. 02 22/5 26 42 02  
HPE — Oberösterreich  
Volksfeststraße 17, 4020 Linz, Tel. 07 32/28 41 62  
HPE — Steiermark  
Hans-Sachs-Gasse 1, 8010 Graz, Tel. 03 16/81 63 31  
HPE — Tirol  
Müllerstraße 37, 6020 Innsbruck, Tel. 05 12/58 51 29  
HPE — Angehörigenvereinigung psychisch Erkrankter, Tages-  
zentrum Pro Mente Infirmis  
Kolpinggasse 4, 9020 Klagenfurt, Tel. 04 63/51 60 11

## Список литературы

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3rd edn (DSM III). — APA, Washington, 1980.
- Anderson C. M., Reiss D. J., Hogarty G. E. Schizophrenia and the Family. — Guilford, New York, London, 1986.
- Arieti S. Schizophrenie. Ursachen, Verlauf, Therapie. Hilfen für Betroffene. 2. Aufl. — Piper, München, Zürich, 1986.
- Bleuler E. Die Prognose der Dementia praecox (Schizophreniegruppe). — Allgemeine Zeitschrift Psychiatrie, Psych. gerichtliche Medizin 65: 436–464, 1908.
- Bleuler E. Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien// Aschaffenburg G. (Hrsg). Handbuch der Psychiatrie. — Deuticke, Leipzig, Wien, 1911.
- Bleuler E. Lehrbuch der Psychiatrie. 15. Aufl. — Springer, Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo, 1983.
- Bleuler M. Die schizophrenen Geistesstörungen im Lichte langjähriger Kranken- und Familiengeschichten. — Thieme, Stuttgart, 1972.

- Böker W. Zur Seldsthilfe Schizophrener. Problemanalyse und eigene empirische Untersuchungen//Böker W., Brenner H. (Hrsg). Bewältigung der Schizophrenie. — Huber, Bern, 1986.
- Böker W. Der schizophrene Patient in hausärztlicher Betreuung. — HEXAGON 16/3: 1–8, 1988.
- Buck D., Bock Th. Selbst-Verständlichkeit von Psychosen//Bock T., Weigand H. (Hrsg). Handwerksbuch Psychiatrie. 2. Aufl. — Psychiatrie-Verlag, Bonn, 1991.
- Ciompi L., Müller C. Lebensweg und Alter der Schizophrenen. Eine katamnestiche Langzeitstudie bis ins Senium. — Springer, Berlin, Heidelberg, New York, 1976.
- Ciompi L. Zum Einfluß sozialer Faktoren auf den Langzeitverlauf der Schizophrenie. — Schweiz Arch Neurol Neurochir Psychiatr 135: 101–113, 1984.
- Conrad K. Die beginnende Schizophrenie. — Thieme, Stuttgart, 1958.
- Degkwitz R., Helmchen H., Kockott G., Mobour W. (Hrsg). Diagnoseschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten. Deutsche Ausgabe der International Classification of Disease (ICD) der WHO. 9. Rev. — Springer, Berlin, Heidelberg, New York, 1980.
- Diserens V. Wünsche der Angehörigen an die Psychiatrie. — Schweiz Aerztezeitung 71: 57–61, 1990.
- Falloon I., Boyd J., McGill C., Razzani J., Moss H., Gilderman A. Family management in the prevention of exacerbations of schizophrenia. A controlled study. — N. Engl. J. Med. 306: 1437–1440, 1982.
- Hell D. Ehen depressiver und schizophrener Menschen. — Springer, Berlin, Heidelberg, New York, 1982.
- Heston L. Psychiatric disorders of foster home reared children of schizophrenic mothers. — Brit. J. Psychiatry 112: 819–825, 1966.
- Hogarty G., Anderson C. Eine kontrollierte Studie über Familientherapie. Training sozialer Fertigkeiten und unterstützende Chemotherapie in der Nachbehandlung Schizophrener//Böker W., Brenner H. (Hrsg). Bewältigung der Schizophrenie. — Huber, Bern, 1986b.
- Huber G. Langzeitentwicklung schizophrener Erkrankungen// Schimmelpfenning G. (Hrsg). Psychiatrische Verlaufsforschung. — Huber, Bern, 1980.

- Huber G., Gross G. Schizophrenie, Verlaufs- und sozial-psychiatrische Langzeiterkrankungen an den 1945–1959 in Bonn hospitalisierten schizophrenen Kranken. Monographien aus dem Gesamtgebiet der Psychiatrie. — Bd. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, 1979.
- Katschnig H. (Hrsg). Die andere Seite der Schizophrenie — Patienten zuhause. — Psychologie Verlags Union, München, 1989.
- Kraepelin E. Psychiatrie. 5. Aufl. — Barth, Leipzig, 1896.
- Leff J., Kuipers L., Berkowitz R., Eberlien-Vries P., Sturgeon D. A controlled trial of social interventions in families of schizophrenic patients. — Br. J. Psychiatry 141: 121–134, 1982.
- Leff J., Kuipers L., Berkowitz R., Sturgeon D. A controlled trial of social interventions in families of schizophrenic patients. Two-year follow up. — Br. J. Psychiatry 146: 594–600, 1985.
- Mattmann F. Das verlorene Ich, Tagebuch einer Mutter. 3. Aufl. — Zytglogge, Bern, 1988.
- Meyer J. E. Die Therapie der Schizophrenie in Klinik und Praxis. — Nervenarzt 55: 21–229, 1984.
- Scharfetter C. Definition, Abgrenzung, Geschichte//Psychiatrie der Gegenwart. 3. Neubearb Aufl, Bd 4: Schizophrenien. — Springer, Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo, 1987.
- Scharfetter C. Schizophrene Menschen. 3. Aufl. — Psychologie Verlags Union und Urban & Schwarzenberg, München, 1990.
- Süllwold L. Zum Einfluß von Sekundärreaktionen auf die Langzeitentwicklung schizophrener Psychosen//Beckmann H. (Hrsg). Biologische Psychiatrie. — Thieme, Stuttgart, 1982.
- Tienari P. Implikationen aus Adoptionsstudien zur Schizophrenie// Brenner H. D., Böker W. (Hrsg). Verlaufsprozesse schizophrener Erkrankungen. — Huber, Bern, 1992.
- Vaughn C., Leff J. Influence of family and social factors on the course of psychiatric illness. — Br. J. Psychiatry 129: 125–137, 1976.
- Vaughn C., Leff J. Umgangsstile in Familien mit schizophrenen Patienten//Katschnig (Hrsg). Die andere Seite der Schizophrenie. Patienten zu Hause, Fortschritte der Sozialpsychiatrie. Bd 2. — Urban & Schwarzenberg, München, 1977.

- Walsh M. Schizophrenia. The warner home medical library, 1985.
- World Health Organization (WHO) The international pilot study of schizophrenia. — WHO, Genf, 1973.
- Zerbin-Ruedin E. Genetische Aspekte der endogenen Psychose. — Fortschr Neurol Psychiatr 39: 459–494, 1971.
- Zerssen D. Konstitutionstypologische Forschung//Strube (Hrsg). Psychologie des 20. Jahrhunderts. — Kindler, Zürich, 1977.

## **Ассоциация родственников душевнобольных «Острова надежды»**

Ассоциация родственников душевнобольных «Острова надежды» — общественная независимая некоммерческая благотворительная организация — зарегистрирована в ноябре 1994 года по инициативе благотворительного фонда «Душа человека» для решения проблем, возникающих у душевнобольных и их близких. «Острова надежды» — действительный член Европейской Федерации и Всемирного товарищества аналогичных сообществ.

Одной из сторон деятельности ассоциации является широкая просветительская программа. Мы учитываем, что психическое заболевание, возникающее у одного из членов семьи, воспринимается трагически. Больные и их семьи совершенно не подготовлены к этому, они не знают, как вести себя в сложившейся ситуации, не имеют представления о природе и осо-



бенностях течения заболевания, о методах лечения. Близкие больного не понимают того, что думает, чувствует и переживает больной, не знают, как правильно строить взаимоотношения с ним, чего ожидать в ближайшем и отдаленном будущем. Положение усугубляется изолированностью семьи от общества, стыдом за болезнь, боязнью обратиться к психиатру. Возникает много ошибок в отношениях с больным, обид, непонимания, много вреда наносится из самых лучших побуждений.

Когда заболевает один из членов семьи, перед остальными встают сложности, связанные с уходом за ним, с отсутствием нормального отдыха и досуга у них самих, с невозможностью полноценно отдаваться своей профессиональной деятельности. Нарушается стабильность семейных и супружеских отношений.

Предлагаемая читателю книга помогает заполнить пробелы в знаниях родственников больных о характере такого сложного и тяжелого заболевания, как шизофрения, способствует созданию правильных отношений с больным и реабилитации здоровых членов семьи.

Председатель  
Совета Ассоциации  
родственников душевнобольных  
«Острова надежды»

*Л. И. Симонова*

## Оглавление

Предисловие .....	5
Предисловие ко 2-му изданию .....	9
Предисловие к 1-му изданию .....	12

### ШИЗОФРЕНИИ

<b>1. Введение .....</b>	<b>17</b>
Зачем нужна эта книга? .....	17
Как и для кого создавалась эта книга? .....	19
Какие вопросы остались открытыми? .....	20
<b>2. Что такое шизофрения? .....</b>	<b>22</b>
Что означает слово «шизофренный» (и чего не означает)? .....	22
Шизофрения в историческом аспекте .....	29
Можно ли воспроизвести шизофренное переживание? .....	35

Психотическое состояние (по собственным описаниям больных) ...	40
Экскурс в переживания .....	59
Как диагностируют шизофрению? .....	74
<b>3. Как протекают шизофрении? .....</b>	<b>78</b>
Частота различных форм течения .....	80
Признаки благоприятного течения .....	83
Личностные факторы и риск заболеть .....	86
Описание отдельных случаев .....	88
<b>4. Что является причиной шизофрении? .....</b>	<b>94</b>
Возможное влияние наследственности .....	97
Возможное влияние соматических расстройств .....	100
Возможное влияние психологических и социальных факторов .....	102
Концепция болезни для шизофрений .....	105
<b>5. Возможности лечения: какая терапия подходит для решения той или иной проблемы? .....</b>	<b>113</b>
Медикаментозное лечение .....	115
Психотерапия .....	125
Реабилитация .....	137
Интеграция различных методов лечения ....	148
<b>6. Советы по организации самопомощи .....</b>	<b>151</b>
<b>7. Помощь и поддержка для родственников заболевших шизофренией .....</b>	<b>158</b>
Группы самопомощи и группы родственников .....	159
Тактика при острых кризисных ситуациях...	161
Тактика при затяжных расстройствах .....	163

<b>8. Заключение .....</b>	<b>173</b>
Предубеждения могут быть опровергнуты ..	174
Признаки болезни .....	176
Происхождение .....	177
Лечение .....	178
Самопомощь .....	179
Подход к больным шизофренией .....	180
<b>Приложения .....</b>	<b>182</b>
Глоссарий важнейших терминов, употребляемых в тексте .....	182
Контактные адреса групп самопомощи .....	186
<b>Список литературы .....</b>	<b>189</b>
Ассоциация родственников душевнобольных «Острова надежды» .....	193

Серия «Гуманистическая психиатрия»

**Даниель Хелл  
Магрет Фишер-Фельтен**

## **ШИЗОФРЕНИИ**

**Основы понимания  
и помощь в ориентировке**

Ответственный редактор *Л. Ю. Сергиенко*  
Редактор *О. В. Наумова*  
Художник обложки *С. Ю. Гордеева*  
Компьютерная верстка *Г. А. Фетисова*  
Технический редактор *А. С. Мишачева*  
Корректор *А. Б. Шахнович*

Подписано в печать 23.12.97 г. Формат 84 × 108<sup>1/32</sup>.  
Бумага офсетная. Гарнитура «Таймс». Печать офсетная.  
Усл. печ. л. 10,4. Тираж 5 000 экз. Заказ № 2479

Издательство «Алетейя». Лицензия ЛР №040768  
от 22 мая 1996 г. 115569, Москва, ул. Шипиловская, 7.

Отпечатано в полном соответствии  
с качеством предоставленных диапозитивов  
в ОАО «Можайский полиграфический комбинат».  
143200, г. Можайск, ул. Мира, 93.

Доктор медицины Даниель Хелл является ординарным профессором клинической психиатрии Цюрихского университета и директором университетской психиатрической клиники Бургхельци в Цюрихе. Эта клиника тесно связана с исследованиями в области шизофрении с того времени, как в ее стенах Ойген Блойлер сформулировал понятие шизофрении.

Профессор Д. Хелл уделяет особое внимание тому влиянию, которое шизофренические заболевания оказывают на членов семьи больного и на жизнь больного в кругу семьи. Предлагаемая книга — результат сотрудничества автора с больными и их близкими. Она дает надлежащее представление о шизофренических заболеваниях в той форме, которая необходима семьям больных шизофренией.

Доктор медицины Магрет Фишер-Фельтен — видный психиатр-психотерапевт, практикующий врач. Она является автором ряда работ по психотерапии.

В предлагаемой читателю книге ею написаны разделы по психотерапии при шизофренических заболеваниях. Основой психотерапевтических методов доктор М. Фишер-Фельтен считает информированность больного и его близких о характере заболевания. Особое внимание уделяется семейной психотерапии, созданию условий, которые обеспечивали бы оптимальные взаимоотношения между больным и членами его семьи, сводили бы к минимуму психотравмирующие ситуации.



Даниель Хелл  
Магрет Фишер-Фельтен

# ШИЗОФРЕНИИ

Основы понимания и помощь  
в ориентировке

