

## ОЧЕРК СОВРЕМЕННОГО СОСТОЯНИЯ ПРАКТИЧЕСКОЙ ПСИХИАТРИИ

Г. НАЗЛОЯН

*Сейчас идет интенсивная подготовка Закона РФ «О профессиональной психотерапевтической деятельности» (один из его проектов публикуется в данном номере журнала под рубрикой «Закон»). В этой связи возникает необходимость переосмысления теоретических оснований тех научно-практических дисциплин, которые претендуют на активное участие в психотерапевтической практике. Речь, прежде всего, – о психиатрии и психологии, каждая из которых хочет видеть в психотерапии свою дочернюю область. При этом обеим в равной степени представляется очевидным неправомерность притязаний на психотерапию другой стороны: психиатрия склонна усматривать в психологии безответственную «самозванку», а психология в психиатрии – злую мачеху. Пока они ревниво оспаривают свои приоритеты, сама психотерапия шаг за шагом эмансипируется, превращаясь в самостоятельную гуманитарную науку и область практики. И она вправе потребовать как от психологии, так и от психиатрии, отчета: что именно в их базовых теоретических основаниях, в сложившихся традициях организации и осуществления практики действительно соответствует духу психотерапии, а что – нет.*

*Публикуя статью Г. Назлояна, редакция приглашает коллег к дискуссии, полагая, что принятие закона о психотерапии – не формально-юридическое дело, а повод глубоко задуматься о дальнейшей стратегии и фундаментальных философских основаниях психотерапевтической практики.*

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

*Людвиг Витгенштейн (1987, с.107)*

## 1. ЭПОХА НЕЙРОЛЕПТИКОВ И ЕЕ ПЛОДЫ

Начну статью с утверждения, которое сегодня уже вряд ли может быть воспринято как сенсационное. Для многих очевидно, что характерное для нашего времени массовое применение психотропных препаратов изменило традиционное для психиатрии восприятие душевных заболеваний, обусловив упрощенный, прагматический подход к их диагностике. Психофармакотерапия, развиваясь и расширяя сферу своего приложения, постепенно все более подрывала основы клинического подхода, фактически тормозя развитие *психотерапии душевных заболеваний*. С другой стороны, догматизация классических воззрений также не способствовала развитию этой области.

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

Преобразился не только тип течения, но и структура болезни. Резко снизились возможности прогнозирования. Нарастает тенденция к превращению приступообразного проявления психических расстройств в непрерывное, а вероятность спонтанных улучшений приблизилась к нулю. Отныне попытка осмыслить каждое патологическое изменение с позиций систематики Кальбаума-Крепелина или соотнести их с международной классификацией последнего пересмотра ввиду быстрого развития новых форм психических заболеваний представляется все более абсурдной. А это значит, что клиницисты оказались заложниками собственной фармакотерапевтической практики, т.е. результатов применения нескольких десятков наиболее распространенных транквилизаторов, нейролептиков и антидепрессантов<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> В 70-х годах, когда началась моя клиническая практика, основная масса душевнобольных уже прошла интенсивную медикаментозную терапию и, в лучшем случае, находилась в режиме приема амбулаторных доз нейролептиков или их пролонгов. Уже приобрела известность большая часть современных, в высшей степени активных препаратов, были разработаны и внедрены существующие и сейчас стандарты их применения. Лекарственный патоморфоз и бурный рост атипических форм, фактически, разрушил классификацию Э.Крепелина со всеми ее разночтениями путем «обратного захвата». Причем произошло это за короткое время. Каждый случай,

Сегодня трудно назвать какое-либо альтернативное лечение, которое могло бы заменить практику применения психотропных препаратов. Их интенсивное действие на мозг больного освобождает врача от трудоемкого, многолетнего процесса расшифровки переживаний и поступков наших пациентов. Мы приобрели некий новый способ сдерживания патологической активности и потеряли интерес к образу мыслей и образу жизни душевнобольных. Основная часть психиатрических учреждений осуществляет лишь охранительные, карательные функции, ибо голый эмпиризм и суеверия пришли на смену научному поиску.

Таким образом, можно утверждать, что почти полувековой путь, который иногда называют «эпохой нейролептиков», видоизменив психические болезни, не привел к ожидаемому решению проблемы. Хотя поиск новейших средств воздействия продолжается, уже ясно, что клиническая психиатрия переживает кризис. Главная черта этого кризиса – нарушение механизма обратной связи между теоретическими изысканиями, для которых психопатологическая феноменология всегда была «питательной средой», и прагматикой сложившейся психиатрической практики.

## 2. В ОТСУТСТВИИ НОВОЙ ПАРАДИГМЫ

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

- архитектурой, интерьером больниц, диспансеров, дневных стационаров;
- распределением палат, кабинетов, вспомогательных помещений, прогулочных дворов, спортивных площадок;
- защитой дверей, окон, территории;
- иерархией ролей сотрудников – врачей, научных консультантов, персонала;
- режимом прихода, ухода, дежурств медицинских служащих;
- проведением внутрибольничных конференций, комиссий, консилиумов;
- режимом сна и пробуждения пациентов, приемом пищи, лекарств, процедур, досуга, свиданий с родственниками, трудотерапии, арттерапии<sup>2</sup>.

Все это сложное образование приходит в движение, в известной степени, в результате столкновения двух важнейших и противоположных по своей сути принципов: требования эффективности лечения и

---

попадавший в сферу нашего влияния, выходил за пределы книжных описаний, нуждался в индивидуальном подходе, чего нельзя было достигнуть в условиях стационара, где доминирует некий конвейер, а многие врачебные функции отданы на откуп младшему и среднему медицинскому персоналу.

<sup>2</sup> Перечисленные особенности быта пациентов формировались на протяжении многих лет – в подражание соматической медицине, под влиянием текущего опыта и насущных потребностей, наконец, в результате развития представлений о психической патологии. Может быть, поэтому в стенах современной больницы врач более всего находится под властью диагностических штампов. Анахронизм в организации психиатрической помощи был замечен многими специалистами у нас и за рубежом. Так, один из ведущих отечественных клиницистов, Р.А.Наджаров, писал в 1969г., что «архитектура и внутренняя планировка наших больниц не отвечают стоящим задачам», однако ошибочно предлагал приблизить их к условиям соматического стационара (Кабанов, 1985, с.27). Чтобы не приводить длинного списка контраргументов, достаточно сослаться на американских исследователей соматического стационара (Покровский, 1989).

необходимостью соблюдать завет «не навреди». Поиск оптимального соотношения данных мотивов и определяет развитие практической психиатрии. На деле это осуществляется посредством, с одной стороны, расширения знаний о предмете, с другой – разработок новых способов психио- и фармакологического воздействия на патологическое начало.

Анализируя работу психиатрических учреждений в разных странах, нетрудно заметить, что между ними больше сходства, чем различий. А это значит, что, при всем разнообразии, диагностические критерии имеют некую единую точку отсчета – скрытую в основе психиатрической практики *парадигму*, выявление которой и сегодня не утратило актуальности.

Между тем, долгосрочные катамнестические сведения свидетельствуют о том, что психозы, изрядно видоизменившись, не перешли в другой, возможно, более легкий регистр психических расстройств. Столь же верно, что внушительная часть современных препаратов все более напоминает скорее средство контроля, а не лечения душевных болезней. Понятия о «нейролептической смирительной рубашке», о «нейролептической шизофрении» давно утвердились в психиатрическом лексиконе.

Ни одно, даже самое сильное лекарство, не влияет на структуру личностных расстройств, не затрагивает ядра больной души. Клинический подход, основанный на «научном» методе, фиксирует лишь повторяющееся, типовое, стандартное. Он, в принципе, не ориентирован на создание средств воздействия на некое индивидуальное неповторимое начало в человеке, в конечном счете, – на личность.

Взгляды и установки среднестатистического психиатра далеко не всегда совпадают с идеями, которые разрабатываются известными психиатрами и психопатологами. В этом смысле можно выразить сомнение в том, насколько широта и разнообразие наименований, представленных в международной классификации психических болезней, сохраняют свою необходимость для практической психиатрии. Достаточно заглянуть в статистические карты архивов обычной больницы, чтобы убедиться, что большая часть нозологических единиц здесь не представлена. Беру на себя смелость утверждать, что нет такого лечащего врача, который бы свободно пользовался диагностическими формулировками всех типичных и атипичных форм заболеваний. Во-первых, это невозможно по причине внушительного объема вариантов и толкований психических расстройств; во-вторых, назначая одни и те же лекарства при разных нозологиях, ни один врач в подобной эрудиции не нуждается<sup>3</sup>. Но даже если бы ему

---

<sup>3</sup> Известный клиницист Р.Г.Голодец, с которой мне посчастливилось работать, однажды призналась, что смирительная рубашка была гуманнее больших нейролептиков: находящемуся в состоянии возбуждения больному давали инъекционный галоперидол. Заметим, что первая половина врачебной деятельности нашего профессора проходила в донейролептическую эпоху. Примечательно, что даже специалисту такого уровня не удалось преодолеть «вето» больничных инструкций: она рекомендовала лекарство, в целесообразности которого глубоко сомневалась.

удалось осуществить такую «компьютерную» работу, то вряд ли бы она ощутимо отразилась на результате лечения. Для врача-психиатра или психотерапевта гораздо важнее другое – накопление собственного живого опыта, развитие интуиции и умений, необходимых человеческих качеств, гуманитарной культуры. «Не увлекайся частными проблемами, – писал Л.Витгенштейн в своих дневниках, – но всегда старайся ускользнуть туда, где можно свободно обозреть, пусть и недостаточно ясным взглядом, некоторую большую проблему в целом...» (*Витгенштейн*, 1987, с.27).

### 3. СРЕДНЕСТАТИСТИЧЕСКИЙ «ФЕЛЬДШЕРИЗМ»

Над практической деятельностью современного психиатра почти нет контроля, цензуры. Он монопольно владеет судьбами своих пациентов, особенно, когда занимается частной практикой. Можно предположить, что в такой ситуации для проявлений субъективизма, безответственного экспериментаторства и просто шарлатанства не существует особых преград. Речь идет о самом распространенном, вполне узнаваемом случае насильственного вторжения врача-психиатра в мир переживаний душевнобольного. То, что мы называем экспериментаторством, чрезвычайно распространено в психиатрических стационарах, несколько меньше – в амбулаторной практике. Приведем ряд примеров.

А.Г.Гофман в 1979г. рассказывал нам после клинического разбора в Рузской психиатрической больнице № 4, какое сильное впечатление оказало на него действие солей лития, когда этот препарат был завезен из США и назначен подряд всем пациентам ведущей психиатрической больницы...

В середине 80-х годов я был невольным участником клинических испытаний в ПБ 34 им. Ганнушкина довольно грубого нейролептика – пипортила<sup>4</sup>. Испытания проводились по принципу наибольшего охвата больных без специальной выборки испытуемых и согласия опекунов...

«Ныне покойный профессор психиатрии, – пишет В.Е.Каган, – как о своем достижении в работе с психопатическими пациентами, рассказывал мне, молодому тогда врачу, о поднадкостничном введении скипидара, вызывающем воспаление со страшной болью» (*Каган*, 1999)...

Одну из загородных больниц в Армении, откуда «бежали» врачи, решили укомплектовать выпускниками медицинского института. Получился сплоченный коллектив, который сумел перебороть жестокость и насилие санитаров, ходивших по отделению с дубинами. Позднее они любили вспоминать этот романтический период своей

---

<sup>4</sup> Нейролептики, как известно, не являются нозотропными препаратами (*Клиническая психиатрия*, 1967, с.43). Нозотропными их делает способ назначения лекарств. Это еще один признак избыточности современной систематики болезней. Здесь есть существенное отличие от соматической медицины, где знание нюансов имеет отношение к этиологии и патогенезу болезни. В этой области даже незначительная деталь может изменить тактику терапевтического или хирургического вмешательства. Когда диагноз строится на позитивных признаках, эрудиция врача, его умение распознавать симптомы, известная технологизация обоснованы, а изучение физико-химических, анато-мо-физиологических механизмов позволяет устранить проявления и причину болезни.

жизни. Стараясь произвести впечатление, один из них, ныне успешно работающий психотерапевт, рассказывал мне: «Мы перепробовали все – и гормоны, и антибиотики, и даже переливали кровь от одного больного другому»...

Экспериментирует также средний и младший медперсонал – случаи так называемого «фельдшеризма», когда дают больному горсть лекарств, чтобы посмотреть, что с ним будет, и т.п. Здесь есть и собственная классификация, даже этика. Провинциальный милиционер, решая дилемму, – больница или КПЗ, может внезапно поднести к глазам душевнобольного зажженную спичку: испугается, значит, болен.

Но экспериментируют и опекуны наших пациентов. Мать больной В. ездила по городам, выпрашивая в биохимических лабораториях новые вещества, чтобы испытать их на своей дочери. Она даже сформировала из родителей группу отчаявшихся экспериментаторов, которые могли достать любое лекарство... Хорошо известны опыты над собой самих пациентов, – принять все таблетки разом, чтобы сократить курс лечения. Больной Р. (пропфшизофрения) выпил ядохимикат с целью быть здоровым и крепким, как дерево. Чудом остался жив.

Очевидно также, что практический врач старается, в первую очередь, «ликвидировать» бред, галлюцинации, психомоторное возбуждение и пр., минуя носителя этих переживаний – душевнобольного. Лечение, как правило, проходит в дуальной структуре с чрезвычайно жесткой иерархией – врач-больной. Можно считать удачей, если мы заметим признаки сострадания, сочувствия больному. Эмоции врача, скорее, негативны. Это эмоции отстраненности от пациента с его «бреднями», как от какого-то наваждения. Активность медперсонала питается энергией нежелания оказаться вовлеченным в мир «кривых зеркал». Отсюда масса «отвлекающих маневров» в клинической беседе: от ее регламентирования до соглашательских жестов, мимических масок, лицемерных вопросов, не влияющих на решение проблемы, – своеобразных «громоотводов» в наэлектризованном воздухе между врачом и пациентом. Типичный клиницист отстранен от больного ради некой научной «объективности» и стремится еще более отстраниться, в надежде опереться на конкретную систему знаний о законах психики или механизмах действия препаратов<sup>5</sup>.

<sup>5</sup> Почти на каждой конференции в многопрофильной аудитории нашим сотрудникам задают вопрос о механизмах маскотерапии. Чаще всего он исходит от философов и психологов, которые, как видно, не знают, что психиатры придерживаются принципов клинической медицины, а преимущества последней заключаются как раз в том, что она не создает спекулятивных объяснений причин того или иного расстройства. Каждый врач наверняка помнит свое первое участие в клинических разборах и резкую реплику ведущего специалиста: «Не психологизируйте!». Он, конечно, не имея в виду науку психологию. Его замечание можно перевести как: «Не спекулируйте!». Подчас считается безвкусицей даже использование квалификационных терминов – бред, депрессия и т.п. В том-то и особенность клинического анализа, что он, наподобие острого скальпеля, дает молниеносный срез текущего состояния пациента, где есть место только для фиксации патологических знаков и строгого их упорядочивания в синдром. Это, действительно, искусство, требующее опыта и мастерства. Тем не менее, мы благодарны нашим интерпретаторам – философам, психологам, антропологам, искусствоведам, которые, в границах собственных наук, выдвигают убедительные толкования методов маскотерапии (Абрамян, 1988; Аконян, 1998; Разин, 1996; Самохвалов, 1998).

Он избегает всякой терапевтической «интриги» с пациентом и в этом отношении холоден, интеллектуален, соблюдает высокомерную дистанцию между собой, – врачом, «знающим истину», – и пациентом. Данный путь представляется нам совершенно бесперспективным, особенно, когда речь идет о таком диагнозе, как шизофрения, где само понятие весьма многозначно и пока еще не конкретизировано настолько, чтобы стать руководством к действию.

Вот уже двадцать лет мы наблюдаем среди наших коллег два противоположных отношения к обозначенной выше проблеме: или глубокий скепсис и уныние, или странный, на наш взгляд, оптимизм и ожидание, что вот-вот будут открыты физико-химические механизмы психозов, а может быть, сразу найдутся и средства от этих болезней. Подобные мысли удостаиваются популяризации. Чего стоило, допустим, десятилетней давности сообщение медицинской редакции Би-Би-Си о том, что в итогах года можно поздравить английских врачей с открытием лекарства от шизофрении? Или мелькнувшее в широкой прессе интервью профессоров Г.В.Морозова и В.М.Морковкина, где прозвучало утверждение, что так называемый метод гемабсорбции позволяет вылечить больных шизофренией? Но всех превзошла уважаемая профессор Н.П.Бехтерева, которая, помнится, в разгар перестройки обратилась к президенту М.С.Горбачеву с просьбой, – приобрести для возглавляемого ею учреждения некий дорогостоящий томограф с тем, чтобы вылечить всех душевнобольных страны. В более серьезных работах вызывает разочарование многократно завышенный, как можно думать, процент выздоровления больных в результате применения шоков и нейролептиков (*Клиническая психиатрия*, 1967, с.35).

Таким образом, одна из первейших функций лекарственной терапии психических заболеваний сводится к преодолению отдельных симптомов и ликвидации переживаний (пусть даже патологических) данного индивида, то есть признаков, которые находятся непосредственно в секторе жалоб пациента или его опекуна и не нуждаются в концептуальном анализе. Таким образом, происходит подспудное подчинение диагностической мысли врача основному мотиву заболевания.

Можно с уверенностью утверждать, что подобный упадок психиатрической мысли возник именно в эпоху психофармакотерапии – химического воздействия на следствие, на сигнал болезни, а не на ее причину.

Здесь выявляется еще одна весьма недвусмысленная функция нейролептиков. Они служат врачу-психиатру средством устранения нежелательных для пациента и его окружения признаков, позволяя погасить их недовольство, но, как уже говорилось, не затрагивая причины самой болезни. И всем, кто работал в стационаре, хорошо знакома категория недовольных опекунов душевнобольных, которые, после многих лет мытарств, называют нейролептики наркотиками, утверждая, что больных

не лечат, а только «оглушают».

Мои первые пациенты производили особенно сильное впечатление. Высокий, сутулый, чудаковатый Н. все время повторял: «Вы знаете, что такое аминазин? Это как дубиной по голове!». Больной С., которому мы отменили нейролептики, сказал: «Я из гроба вышел». А тонкий, изящный, умный, некогда врач-психиатр Ж., который впоследствии покончил с собой на улице, гуляя с пятилетней дочкой (таков результат отмены нейролептиков – суицид!), утверждал, что все это множество лекарств и даже шоков оставляло нетронутой его личность, его «Я». Подобная мысль часто повторяется в беседах и с другими пациентами.

Здесь возникают вопросы одного и того же порядка. Почему, в то время как подавляющее число больных недовольно определенными препаратами, а опекуны разочарованы результатом лечения, врачи без тени робости и сомнения продолжают насильственно назначать их? Возможно ли, чтобы такой, поистине массовый, протест был проигнорирован в соматической медицине? Сколько пользы принес бы опыт хотя бы недельного приема нейролептиков будущими психиатрами во время прохождения интернатуры! Скольких пациентов они впоследствии уберегли бы от лекарственной инвалидизации! Напомним, что однократный прием нейролептиков вызывает у здорового человека чувство оглушенности, апатию, ослабление внутренних импульсов – «расстройство инициативы». А паук в условиях подобного воздействия сначала перестает ткать паутину, затем, когда приходит в себя, начинает ее ткать в уменьшенном виде (*Клиническая психиатрия*, 1967, с.47). Ряд ведущих отечественных авторов еще в 60-х годах также отмечали «дезадаптационное» влияние аминазина и других нейролептиков (*Кабанов*, 1985, с.47).

Обезболивающие и устраняющие дискомфорт препараты в соматической медицине представлены в сложном комплексе терапевтического и хирургического вмешательств. В клинической же психиатрии последних десятилетий они становятся центральной, зачастую единственной целью лекарственного воздействия. Более того, поиск новых препаратов также ведется именно в данном направлении. Хотя нейролептики считаются лечебными, а не наркотическими препаратами, нам часто приходится признавать правоту опекунов наших пациентов.

«Охота» за отдельными признаками болезни (чаще всего теми симптомами, которые декларировал пациент или его опекуны) возникла сразу же вслед за появлением основного набора нейролептиков и, начиная с этого момента, значение личности как «резервуара» болезни стало представлять все меньший интерес для психиатров. Причем, самая глубина содержания этих признаков полностью обесценилась в представлении врача, – его уже не интересует тонкая структура бредевогаллюцинаторных расстройств, он разучился идти вглубь и, путем



детального анализа, искать причины патологических знаков, пытаться открыть завесу больной души. Наши коллеги почти ханжески спрашивают больного – женские или мужские голоса слышатся ему, внутри или вне головы и т.п. Да и форма болезни уже не имеет практического значения: примерно одни и те же лекарства дозируются «на глаз». Ведь все равно цель одна – пытаться ликвидировать (а не трансформировать) патологические явления, мешающие больному или его окружению. Остальное имеет отношение к любознательности самого врача, или к его добросовестности, «школе» и пр.<sup>6</sup>

Главная задача лекарственной терапии – «прервать эндогенный процесс» – один из самых распространенных и едва ли не столь же нелепых в современной психиатрии мифов. Достижение этой сомнительной цели возможно лишь при крайне рискованном, близком к хирургическому вмешательству – шоковой терапии. По опыту многих лет работы в различных больницах, я знаю, что шоковые методы терапии во всех отделениях назначаются довольно регулярно. Весьма вероятно, что достоверная, на наш взгляд, концепция В.фон Бейера об искусственно вызванном органическом синдроме парадоксальным образом соединилась в умах практиков с мнением А.Майера о внезапном разрыве непрерывного потока переживаний (*Клиническая психиатрия*, 1967, с.44), на основе чего и родился указанный миф.

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

#### **4. «ФИЛОСОФСКИЙ КАМЕНЬ» СОВРЕМЕННОЙ ПСИХОПАТОЛОГИИ**

Представление о душевном мире, как о линейном, направленном, «неодновременном», процессуальном, неизбежно возникает, как только ученые пытаются создать строгую науку о душе. «Они раздробляют опыт на единицы, достаточно элементарные для того, чтобы воспринимать их по очереди, одну за другой» (*Уотс*, 1993, с.30).

---

<sup>6</sup> Любопытно, что, обращаясь в наш институт, родственники пациентов требуют только выздоровления, а не купирования симптома, дезактуализации и т.п., потому что все это уже было в многолетних мытарствах по больницам и диспансерам. В их последней надежде скрыто напряжение уже отчаявшихся людей. И если мы принимаем решение лечить, то должны идти ва-банк – «все или ничего». Любовь и вера опекунов вынуждают брать всю меру ответственности на себя и находить решения по ту сторону рациональной медицины.

Закономерности подобного плана были впервые зафиксированы в середине прошлого века, когда несколько выдающихся физиологов, добившись существенных успехов в своих лабораториях, бросились наперегонки создавать основы новой науки психологии – по образу и подобию естественных наук.

Столь грандиозные проекты с неминуемостью привели к разным версиям линейной интерпретации душевных явлений. Вот что пишет один из наиболее радикальных представителей этой группы ученых И.М.Сеченов: «Мысль о психическом акте, как *процессе, имеющем определенное начало, течение и конец* (выделено нами – *Ред.*), должна быть удержана как основная, должна быть принята за исходную аксиому...» (Сеченов, 1952, с.205).

Вслед за великими нейрофизиологами ринулись осваивать просторы науки ученые-медики, проведя колоссальную работу над созданием новой области клинической медицины – науки о психических болезнях. Они руководствовались все тем же *линейным видением* психической патологии. Но, если психологов линейный подход приводил к обычному в истории научной мысли тупику (как, например, в попытках решения проблемы творчества), то в области психиатрии, медицинской науки, результатом был прямой и осязаемый ущерб.

Тем не менее, *процессуальное видение психических заболеваний и есть та скрытая парадигма, которая объединяет многие школы и подходы*, как при диагностике, так и при лечении психозов. Эта идея позволяет не только соединить разрозненные факты и наблюдения, но и разрешить противоречивость опытных данных.

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

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

уместна). «Можно сказать, – свидетельствует Ю.Каннабих, – что «процессы» (*Verblodungsprocesse*) – было тем словом, которое

сосредоточило на себе внимание во всех отделениях Гейдельбергской психиатрической клиники» (*Каннабих*, 1994, с.420-421). Профессором и главным действующим лицом этой клиники был Э.Крепелин – ученик В.Вундта, автора «Физиологической психологии».

Истинно процессуальное развитие сифилитической инфекции в организме во многом способствовало вхождению психиатрии в ряд медицинских дисциплин – за счет описания и лечения прогрессивного паралича, распространенного в те годы. Вместе с тем, характер протекания прогрессивного паралича послужил основой для неоправданной глобализации представлений о процессуальности, которые отныне стали распространяться на психические заболевания в целом. «Примером течения и исхода болезни является прогрессивный паралич», – писал Э.Крепелин, следуя Л.Кальбауму (*Каннабих*, 1994, с.421).

Эти авторы упорно содействовали укреплению в психиатрии указанной тенденции. В разное время им оказывалось столь же упорное сопротивление: достаточно отметить двадцатипятилетний бойкот Л.Кальбаума психиатрами (*там же*, с.416). И, тем не менее, этот подход стал доминирующим. Но, если Л.Кальбаум еще допускал возможность излечения от психических заболеваний, то Э.Крепелин категорически отрицал данную возможность. Принцип неизлечимости лег в основу его классификации. Он даже игнорировал собственные 8-12% выздоровления при *dementia praecox*. «Получается слабоумие без слабоумия», – недоумевал по этому поводу его современник В.П.Сербский (*там же*, с.447). Даже сообщение Паппенгейма, что большая часть больных, которым Крепелин в Гейдельбергской клинике выставил диагноз раннего слабоумия, т.е. шизофрении, выздоровело, не поколебало его твердости. Ради того, чтобы не терять из виду процессуальность психических расстройств, он искал патологические знаки у выздоровевших и утверждал, что они существуют, жертвуя фактами ради идеи. Потом этот прием будут повторять многие современные психиатры.

Однако было бы несправедливо отвергать систематику Э.Крепелина, как это делают представители антипсихиатрического направления. Нельзя забывать, что до него доминировали идеи признания, а не лечения, душевнобольных, то есть психиатрия не была медицинской наукой. Сделав шаг в определении предмета психиатрии (особенно после удачной дифференциации шизофрении и маниакально-депрессивного психоза), он использовал достижения современной ему науки.

Став в один ряд с другими медицинскими дисциплинами, новая область диагностики и лечения человеческих недугов впитала достижения смежных областей, выработала свой язык, свои методы клинического и параклинического исследований. Ее слабой стороной была *необъяснимость* так называемых эндогенных психозов, подрывающая единство предмета.

Следующий шаг мог бы сделать Э.Блейлер, построив концепцию

феномена аутизма. Расширив сферу приложения этого понятия, он мог бы придти к единой теории психических расстройств. Несколько поколений психиатров не видели перспективности этого понятия, оставляя его в рамках учения о шизофрении как процессуального, эндогенного, не имеющего соматической основы (по формуле К.Шнайдера) заболевания.

Понятие процессуальности с годами расширилось за счет гипердиагностики и стало вместо учения о прогрессивном параличе неким философским камнем для современного психопатолога. Представление об эндогенных заболеваниях бурно паразитировало в науке, объединяющей психоневрологию, психосоматику, наркологию, психозендокринологию и другие дисциплины, а «эпоха психофармакологии» поставила экзогенные и эндогенные расстройства в один ряд.

## 5. ЗАГАДКА ШИЗОФРЕНИИ И ШОКОВАЯ ТЕРАПИЯ

Термин «шизофрения» абстрактен и, по нашему убеждению, не является собственно медицинским понятием, так как не обладает скрытым планом терапевтических действий. Это только обозначение определенной феноменологии, или, как сказал бы Э.Блейлер, группы явлений, некий классификационный «ярлык». А в нашей стране – приговор. В знаменитую клинику Э.Блейлера под Цюрихом поступало 29% мужчин и 39% женщин, больных шизофренией (*Клиническая психиатрия*, 1967, с.26); в наш институт – более 90%. Впрочем, диагноз, как правило, не подтверждается. К.Ясперс совершенно справедливо считал, что шизофрения – не просто определенный процесс, но прежде всего «способ переживания, постижимый в психолого-феноменологическом плане, целый мир своеобразного психического существования (Dasein), для выражения отдельных моментов которого найдено много тонких понятий, но которое в своем целом не получило удовлетворительной характеристики» (*там же*, с.22). Налет шизоидности как нечто преходящее мы наблюдаем у многих из наших больных, как, впрочем, и у здоровых людей. Здесь главный, на наш взгляд, принцип – не относиться к эфемерному явлению, как к чему-то постоянному, не культивировать в себе мнительность в отношении личности и судьбы пациента. Справедливости ради, следует отметить, что в «руководствах» старых психиатров (Блейлер, Крепелин и др.) данной нозологии отводится незначительное место, чего не скажешь о современных учебниках и монографиях. В реальной же практике удельный вес этого диагноза, сравнительно с другими, многократно увеличивается.

Итак, прервать «скрытый» процесс, которого, возможно, и нет, потому что он не доказан, с помощью шоков (на манер «малярияшока» при прогрессивном параличе), подавить его максимальными дозами нейролептиков, а затем многие годы держать в узде пролонгами или малыми дозами нейролептиков – терапевтическая цель современного врача-психиатра. Гегель в своей «Философии духа» высказал мнение, что

душевнобольного можно вылечить, если незаметно подойти к нему и сильно ударить. Это ли не прообраз шоковой терапии? Так вот, подобного рода «гегельянство» в психиатрии не только наносит колоссальный ущерб развитию всей нашей области, но и ощутимо вредит людям, попавшим в сферу влияния психиатра. Стоит также вспомнить, как до последнего времени пугали больных внезапными трюками, – кататоников бросали в бассейн с ледяной водой, инсценировали «кровавые» сцены ужасов и т.п. Сейчас эти техники «лечения» отданы на откуп санитарам загородных больниц. Если объединить указанные меры и затем попытаться понять логику их происхождения, то ничего, кроме слепой агрессии, иступления, проявляемого к непонятному явлению, выявить невозможно. Но шоковая терапия – многовековая традиция лечения душевнобольных, к которой достаточно серьезно относятся специалисты. Именно она считается нозотропной. В истории метода отмечен даже определенный прогресс.

Однако послушаем еще раз В.Е.Кагана. «Отдавая должное мужеству врачей, я не возьмусь пропагандировать Эмоционально-стрессовую терапию (ЭСТ) для широкого применения, последствия которого могут быть весьма плачевными: кубинские врачи описывали развитие органического слабоумия у больных, которым проводилось до 10-12 курсов (порядка ста сеансов). Первые сообщения о лоботомии были весьма обнадеживающими, но вскоре после того, как она перестала быть «средством отчаяния» и стала применяться достаточно широко (как в «Полете над гнездом кукушки» К.Кизи), ее вынуждены были запретить. «Отчаянные недуги врачуют отчаянные средства. Или никакие», – сказал В.Шекспир. Таких отчаянных средств в истории психиатрии было немало, и, к сожалению, они имели тенденцию становиться из отчаянных обычными (как это было с инсулиновыми, а потом атропиновыми комами, ныне ушедшими в прошлое), а то и просто превращаться в средства устрашения и подавления, как это было с сульфазинном (он вызывает повышение температуры, и его использование в лечении сифилиса мозга было явным прогрессом, по сравнению с прививками малярии, но когда его стали вводить возбужденным больным «в две точки» или «в четыре точки», распластывая пациентов болью и высокой температурой, он стал просто пыточным средством). Сейчас он не применяется, но еще в начале 80-х годов я сталкивался со случаями его применения даже у детей» (Каган, 1999).

## **6. СИНДРОМЫ-МИШЕНИ: ЛИКВИДАЦИЯ ИЛИ ПЕРЕСТРОЙКА?**

Современная тенденция к возвращению *синдромологического подхода* выявляет разочарование врачей в нозологическом. Появилось даже понятие «*синдромов-мишеней*». Это некий самообман, светлая надежда,

через которую проходят все начинающие психиатры, испытав первые разочарования в себе, запутавшись в распознавании нозологических единиц.

Рост новых форм болезней и невозможность объять необъятное во многом обусловили сдвиг гипердиагностики в сторону одной из нозологий, в частности шизофрении. Это был своего рода завуалированный переход к *концепции единого психоза*, хотя бы потому, что тип течения болезни, основа основ нозологического подхода, на деле давно уже не учитывался<sup>7</sup>.

Но на самом деле все гораздо сложнее. Как известно, синдром – *структурно организованная единица*. Он может встречаться при разных болезнях. Синдромы подробно описаны в общей психопатологии, являясь одним из ее выдающихся достижений. Преодоление патологического синдрома происходит путем его *перестройки*, а не «ликвидации». Мы утверждаем, что не существует психофармакологических препаратов, которые трансформируют болезненное структурное образование в здоровое вне непосредственного участия врача. Осуществить данную цель можно только *психотерапевтически*. Известные нам лекарства имеют отношение лишь к подавлению отдельных признаков болезни или всех вместе *без учета ее структуры*, самое большее – к снятию душевной «боли», душевного дискомфорта.

Соматические и неврологические побочные действия больших транквилизаторов подробно описаны в литературе. Что касается психических последствий, то они освещены недостаточно полно. Как правило, речь идет об общем подавлении психических функций, о расстройствах соматопсихического содержания. Но только ли этим ограничиваются побочные эффекты?

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

<sup>7</sup> Указанная тенденция достаточно характерна для всей медицины как опытной науки. Разрабатывая некую новую удачную идею, ученые-медики, способствуя все более широкому ее распространению в самых разных областях, начинают относиться к ней, как к некоей панацее. Затем наступает разочарование, обретенное было единство распадается, новые упования уходят в историю, а препарат либо исключается из употребления (как прословутый красный стрептоцид), либо начинает занимать более скромное место (гормоны, антибиотики и др.).

Если следовать общепринятой медицинской деонтологии, то *неназначение* больному больших нейролептиков и шоков может принести значительно больше положительных результатов, чем назначение таковых, а степень риска, количество потерь уменьшатся. Подчеркнем, что речь идет не о самих препаратах, а о способах их назначения – синдромологизации или нозологизации симптоматических препаратов.

Обобщая сказанное, необходимо подчеркнуть, что в погоне за мнимой эффективностью практическая психиатрия почти не соблюдает принципа «не навреди». А это означает ее полную беспомощность в собственно медицинском плане. Она гораздо больше занимается сдерживанием, подавлением, своего рода жесткой опекой патологической активности людей, попавших в сферу его влияния, нежели действительно лечением. В этой связи следует отметить однотипные и, порой, роковые ошибки, которые допустили психиатры, приехавшие в зону Спитакского землетрясения. На фоне успехов представителей других областей медицины можно констатировать полный провал их работы с людьми, испытавшими посттравматический стресс.

Итак, бытующую среди психиатров-практиков точку зрения можно выразить следующим образом: что бы врач ни делал, на какие бы ухищрения ни шел, процесс психической болезни продолжается, он скрывается где-то в глубине человеческой личности, представляя собой враждебное, разрушительное начало. Этот процесс способен привести к слабоумию, особенно если возник в раннем возрасте (еще один предрассудок, так как, по нашим наблюдениям, как раз ранние проявления болезни лечатся гораздо легче поздних) или лечение начато слишком поздно (как при запущенной онкологии)<sup>8</sup>.

Когда из области функциональных психозов были выведены прогрессивный паралич и другие экзогенно-органические и сомато-психические заболевания, осталось группа психических расстройств, биохимическая основа которых не выявлялась. С тех пор выдвигаются гипотезы соматического процесса, который обуславливает психотические расстройства. Поиск в этом направлении пока безуспешен.

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

---

<sup>8</sup> Психиатры получают общемедицинское образование и пользуются терминологией и представлениями соматической медицины. Глубокого осознания уникальности своей области, даже через много лет работы, у них нет. Именно поэтому психиатр становится объектом критики со стороны университетских психологов.

Когда появились нейролептики, механизмы химической активности которых (при очевидных изменениях психики) оставались неизвестными, клиницисты вынуждены были проследить влияние данных препаратов по динамике психического состояния больного. Происходила подмена представлений о патофизиологическом процессе – психопатологическим. Казалось, чего проще, принимая тот факт, что все происходящее в организме своеобразно отображается в нашей психической сфере, говорить о каких-то новых, еще не выясненных физических изменениях, которые сопровождаются теми или иными психопатологическими явлениями, например, галлюцинациями. Ведь используют же нейролептики и транквилизаторы в соматической медицине!

Можно перечислить десятки соматотропных лекарственных форм или токсических веществ, которые тоже влияют на психическую сферу, хотя и не носят название психотропных. И, наоборот, мы знаем, сколь ощутимы изменения в организме, вызванные теми или иными социально обусловленными душевными переживаниями.

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

Таким образом, созданная в далеком прошлом классификация душевных заболеваний, в основу которой положен принцип неизлечимости и отрицательного «прогрессирования», в эпоху сильнодействующих средств приобрела новый, достаточно абсурдный смысл, обусловив появление реестра якобы психотропных лекарств. «Крепелиновская систематика, конечно, поколеблена, – считают немецкие клиницисты, – но заменить ее пока нечем, да и нет еще даже признаков того, что готовится вместо нее нечто лучшее» (*Клиническая психиатрия*, 1967, с.27).

Однако упомянутые выше сильнодействующие препараты являются, по сути, не психо-, а *нейротропными* или *соматотропными*. Будучи воспринятыми в качестве психотропных, они способны извращать картину болезни и даже формировать новые расстройства, особенно в условиях их тотального и непрерывного приема (атипичные, нейролептические формы шизофрении, широкий спектр диэнцефальных, нейроэндокринологических, соматопсихических расстройств). Их действие можно сравнить разве что с хронической интоксикацией. Сегодня можно с уверенностью сказать, что, стремясь предупредить мнимое развитие болезни, поставить перед ней шоковые и нейролептические заслоны, мы никогда не увидим те



психопатологические явления, которые описывали наши предшественники. Так происходит постепенная утрата психиатрической культуры, созданной многими поколениями врачей. Нанесен ущерб многовековой традиции в понимании душевнобольных. Только пересмотр принципов применения некоторых групп фармакологических веществ, возникших на ошибочном пути теоретизирования, может восстановить связующие нити между прошлым и настоящим психиатрической науки.

Привыкание к нейролептикам категорически отрицается (данное убеждение может считаться господствующим). «Антипсихотические препараты относятся к наиболее безопасным из всех применяющихся в медицине лекарств», – утверждает американский специалист Р.Дж.Бальдесарини. Ему вторит его популяризатор Э.Фулер Тори: «Антипсихотические препараты действительно относятся к наиболее безопасным лекарствам. Практически невозможно совершить самоубийство, используя большие дозы этих лекарств, очень редко они дают и серьезные нежелательные побочные эффекты» (Yomc, 1993, с.254). Однако наш собственный опыт позволяет считать привыкание к нейролептикам несомненным фактом. Толчком для формирования подобной точки зрения послужил случай больной Т., 27 лет.

В течение нескольких лет она неизменно получала монолечение галлолом. Лечащий врач то уменьшал, то увеличивал дозы этого препарата, в зависимости от текущего состояния пациентки. Начав работу над портретом по моей методике, я по привычке отменил этот препарат, назначив дезинтоксикацию и витамины. Однако через некоторое время у пациентки возник тяжелый приступ агрессии с выраженной галлюцинаторно-параноидной симптоматикой. Так как условия не позволяли переждать этот приступ, я решил остановить его равноценными дозами фенотиазиновых препаратов и транквилизаторов. Но безрезультатно. Однако достаточно было вернуться к однократному приему галдола – приступ прекратился.

С этих пор многие «обострения» мы стали расценивать как проявления абстинентного синдрома. Они с успехом купировались кратковременным назначением малых доз привычного нейролептика с последующими процедурами отвыкания<sup>9</sup>.

У нас есть претензии не только к побочным действиям самих лекарств, но и к режиму их назначения. На большом располагаемом нами материале – отчетов самих пациентов, а также их опекунов можно сделать вывод, что нейролептики, в частности, бутирофеноны, способны формировать галлюцинации у пациентов с навязчивостями, фенотиазины – бред, а тактика назначения этих и ряда других препаратов – картину

---

<sup>9</sup> Увы, это открытие породило другое явление. Опекуны пациента, обнаружив «благоприятное» действие препарата, назначенного предыдущим врачом, прерывают лечение и возвращаются к старому. Они даже покоряются приговору о неизлечимости болезни. Правда, такие случаи составляют не более 15%. Большинство же опекунов принимают нашу версию и просто держат в домашней аптечке лекарство, вызвавшее привыкание.

прогредиентной формы параноидной шизофрении. М.И.Рыбальский, который много лет посвятил изучению продуктивных расстройств, считает, что подобные явления могут иметь место при назначении малых доз галоперидола, а М.Блейлер говорил об опасности применения средних и больших доз.

Нейролептики способны вызвать грубые расстройства мышления, снижение критики, памяти, ассоциативных процессов. Агрессия и аутоагрессия применявших нейролептики пациентов протекает нередко с brutальной жестокостью. Эти лекарственные средства способны формировать шизофреноподобные болезни, особенно в стадии дефекта, переводить легкие рекуррентные формы шизофрении в прогредиентные. Любопытно, что в судебно-психиатрической практике удается симулировать именно тем испытуемым, которые перед экспертизой принимают нейролептик, т.е. *лечащее* лекарство.

Но что важнее всего для нас – это усугубление личностных расстройств, грубая аутизация больного. Она достигается в результате непрерывного приема больным пролонгов или других форм нейролептиков. Такая практика приводит к ужесточению лечения, назначению химио-, инсулино-, электрошоков. Все это приводит к лекарственному дефекту психики и быстрой инвалидизации пациентов.

Профессор М.Блейлер еще в 1941 году опубликовал одну из наиболее достоверных статистик, основанную на анализе сотен случаев, квалифицированных как шизофрения. При остром начале – 25-30% самопроизвольного излечения, 30-40% излечения со стойким дефектом, 5-15% с исходом в слабоумие. При хроническом простом течении – 10-20% с исходом в слабоумие, 5-10% со стойким дефектом, остальные – с исходом в выздоровление (*Клиническая психиатрия*, 1967, с.21). Эти данные, конечно же, хорошо известны психиатрам. Мы повторяем их потому, что никаких выводов за минувшие годы сделано не было. Учет вышеприведенной статистики мог бы коренным образом изменить стиль лечения душевнобольных и благотворно повлиять на их судьбы. Если бы соблюдался завет «не навреди».

Применение в рамках стационара техник психотерапии исключено уже потому, что они возникли в русле неких психотерапевтических концепций, а здесь традиционно, по заранее продуманной схеме назначаются препараты (нейролептики, антидепрессанты), которые также являются продуктом определенной концепции. Концептуальная психотерапия откладывается «на потом», на период ремиссии, как способ доработки разных «мелочей» при реабилитации пациентов. Таков взгляд, разделяемый большинством известных мне психиатров-ортодоксов.

Заведующая мужским отделением одной из провинциальных больниц в беседе с родственниками нашего общего пациента, предупреждала их, что сначала должна полечить его шоками, нейролептиками, в частности галоперидолом, затем уже сотрудники

Института маскотерапии, несомненно, добьются результата. Осенью 1998г. я пригласил ее на ночной сеанс, чтобы продемонстрировать преобразование галлюцинаторно-параноидных переживаний с помощью техники скульптурного портретирования. Она прохладно восприняла результат, которого безуспешно добивалась в течение трех месяцев, посоветовав мне все-таки вернуться к солидным дозам нейрорептиков.

Таким образом, типичные клиницисты относятся к психотерапии душевнобольных как к чему-то второстепенному, окологлиническому – и по времени назначения, и по результату. По-своему они правы, потому что нет и не может быть психотерапии, направленной на лечение бреда, галлюцинаций, тем более, эндогенного процесса, без учета *личности* больного.

Мы часто употребляем слово «психотерапия», не вникая в смысл самого этого понятия. Как известно, оно предполагает воздействие на психическую патологию и, буквально, на душу человека вообще психическим же фактором. Разновидностей психотерапии немало. Порой они основаны на диаметрально противоположных принципах, используя разные психологические концепции человека, специфические техники и приемы. Школы и направления представлены профессиональными объединениями, нередко напоминающими религиозные и политические движения, каждое со своим выраженным лидером. Практический врач чаще всего и представления не имеет о специфике этих школ и разделяющих их отличиях.

Психотерапия психозов во все времена терпела неудачу, чем всегда вызывала недоверие клиницистов, скептически наблюдавших за неудачными попытками представителей тех или иных психотерапевтических школ, имеющих со времен Шарко и Фрейда общий недостаток в этой области. Я имею в виду слишком жесткое, по моему мнению, разграничение неврозов и психозов, которые на самом деле принадлежат к группе однородных (невротических и психотических) явлений. А дуальная структура психотерапевтического сеанса (иерархия «врач-больной»), состоящая из психологически образованного и психологически неграмотного (и поэтому страдающего) субъектов, делает психотерапию в принципе невозможной.

По моему глубокому убеждению, клиническая (медицинская) психотерапия должна искать инструменты эмпатического сближения личности врача и пациента до полного слияния мотивов их переживаний, за счет изменения структуры и пространства психотерапии. На это неоднократно указывал К.Ясперс, как и другие психопатологи довоенной эпохи.

Сомнительно, что практический врач может одновременно проводить психотерапию и давать лекарства, оставаясь на ортодоксальных клинических позициях. Такое сочетание чаще всего порождает среди психотерапевтов эклектизм в худшем смысле этого слова, а среди

клиницистов – дилетантизм. Нечто подобное мне довелось наблюдать во время работы в психиатрических больницах Шони и Премонтре в 1990г., где врачи, психологи, психотерапевты принадлежат школе Ж.Лакана, одного из сложнейших направлений психоанализа. В процессе лечения душевнобольных психиатры, рано или поздно, начинали действовать как обычные ортодоксальные врачи, назначая большие нейрорептики, вызывающие порой грубый лекарственный дефект.

Выслушав жалобы, собрав анамнез, описав текущее состояние пациента с учетом данных параклинического обследования и консультаций (что вполне достаточно для соматической медицины), врач-психиатр, в отличие от своих коллег, должен еще понять, что именно он будет лечить. На первое место выходит текущее состояние – психический статус начинает превалировать над анамнезом. Внутри текущего состояния врач, по собственному усмотрению, должен выбрать главный признак или группу признаков, которые он назовет «мишенью». Значение анамнеза сохраняется в части прогнозов, экспертных оценок, переписки, учета. Поэтому многие врачи недовольны отсутствием четко обозначенной «мишени», по которой можно «бить» (*Сборник..*, 1999, с.124). Между тем, нозологическим единицам, которые мыслились в качестве «мишеней» (наподобие панкреатита, сыпного тифа или псориаза), около ста лет. Можно ли считать их в чем-то устарелыми? Если да, то в этом необходимо признаться. На деле практический врач лечит одно, а в историях болезни фиксирует другое.

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

Мы тоже следовали этому пути, остановив свой выбор на хорошо известном в психиатрии признаке патологического отчуждения. Этот признак Э.Блейлером был ограничен строгими рамками аутизма. Никто после него не посягал на возможность пересмотра и расширения этого симптома. Последний каким-то загадочным образом оказался привязанным к шизофрении, хотя его можно наблюдать и при многих других заболеваниях. К примеру, Р.С.Вейс, известный исследователь феномена одиночества, ссылаясь на статистические данные о лечебницах соматического профиля, писал, что «больницы – юдоль одиночества, несмотря на полное отсутствие возможности побыть там одному» (*Вейс*, 1989, с.121).

Разработка этого понятия, вовлечение в него все новых групп расстройств, интерпретация феномена одиночества с опорой на архетип человека и его зеркального двойника позволили нам преодолеть описа-

тельный уровень. Благодаря нацеленности на преодоление аутизма нам удалось обеспечить широкий доступ психотерапевтических техник к лечению психозов.

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

В начале моей деятельности в психиатрическое отделение поступил обаятельный, голубоглазый, несколько манерный молодой человек К., 20-ти лет, с галлюцинаторно-параноидной симптоматикой и приступами агрессии. С родителями у нас с первых же дней установились доверительные отношения. После первичного осмотра в конце рабочего дня они предложили подвезти меня домой. В пути мы обсуждали состояние сына и я, в подражание опытным врачам, «открыл» им некую врачебную тайну о тяжелом юношеском варианте шизофрении, заметив, что пока процесс не привел к слабоумию, стоит незамедлительно начать инсулино-шоковую терапию. Они согласились, но сами испытали серьезное потрясение. При всем моем старании вылечить шоками и нейролептиками больного не удавалось. Через год отец больного перенес инфаркт миокарда и вскоре скончался. Несколько лет поддерживающего лечения нейролептиками не привели к существенным изменениям, вызвали явный дефект, пока наш пациент не познакомился с весьма образованной француженкой, переводчицей М.Булгакова, которая сразу полюбила его и вскоре речь уже шла о женитьбе. Мать пациента решила предупредить невесту о тяжком психическом заболевании сына, из-за которого от него, якобы, нельзя иметь детей. К. в то время принимал поддерживающее лечение модитеном-депо. Она не просто не придавала значение нашему сообщению, но и стала относиться к нам с явным недоверием. После отъезда в Париж больной два года провел в праздности, производя впечатление человека со странностями. Но жена ни в чем его не упрекала, усматривая в поведении супруга лишь своеобразие его характера. Потом он устроился на работу, стал серьезным, правда, немного скучным, но вполне респектабельным человеком, отцом двух

детей.

Другой случай связан с англичанином Д., также живущем в Париже. Навещая в клинике свою родственницу, он обратил внимание на одну с виду тяжелую душевнобольную из русских эмигрантов. Она не имела опекунов, и в течение нескольких лет находилась в психиатрической лечебнице. Он уговорил главврача выписать ее, оформил документы на опеку, увез к себе домой и прекратил лекарственное лечение. Вскоре женился, сделав ее хозяйкой большого дома. Некоторое время спустя, в 1990г., она пригласила нас и друзей к себе на обед не только в качестве хозяйки, но и, как оказалось, талантливой художницы, продемонстрировав нам свои произведения.

Особый интерес представляет случай, который имеет отношение к митрополиту Антонию Сурожскому. Больная Т., 32-х лет, принадлежащая известной семье русских эмигрантов, где из поколения в поколение чередовались талантливые музыканты и душевнобольные, обратилась за помощью к этому выдающемуся человеку. В течение двух лет, со слов Т., они вместе молились, к чему, собственно, и сводилось все лечение. Результат был совершенно ошеломляющим: болезнь будто поместили под «стеклянный колпак», прочно (может быть, навсегда) инкапсулировав ее. Достигнутое качество здоровья оказалось, разумеется, совершенно другим, по сравнению с тем, что мы привыкли видеть при так называемой успешной психотерапии.

Эти, как и множество других подобных случаев не были ориентированы на психиатрические понятия и категории. Значит, типовой врач, «просвещая» родных и близких и тем самым лишая их возможности участвовать в судьбе пациента, монополизирует лечебный процесс, что приводит к потере и без того не столь больших шансов на выздоровление. Он также отвергает все остальные подходы к душе, кроме научного, а по большому счету, – псевдонаучного. «Проблема души, – писал М.М.Бахтин, – методологически есть проблема эстетики, она не может быть проблемой психологии, науки безоценочной и каузальной, ибо душа, хотя и развивается и становится во времени, есть индивидуальное, ценностное и свободное целое..., то индивидуальное и ценностное целое протекающей во времени внутренней жизни, которое переживается нами в другом, которое изображается в искусстве словом, красками, звуком...» (Бахтин, 1979, с.89).

Массовая психиатрическая практика совершенно необоснованно отдана на откуп сугубо естественно-научному знанию. В игнорировании гуманитарного мышления – одна из коренных причин того кризиса, который переживает сегодня психиатрия. Выход из этого кризиса, по нашему убеждению, следует искать на путях не еще большего сближения психиатрии с биохимией, а, в частности, обращения ее к эстетике и искусству (Бурно, 1993; Назлоян, 1994) как к такому методу постижения

человека, который содержит в себе огромный психотерапевтический потенциал.

## ЛИТЕРАТУРА

- Абрамян Л.А.* Человек и его двойник. – М.; Наука и религия, 1988.
- Акопян Ю.* Психопозитика скульптурной маскотерапии // Таврический журнал психиатрии. – 1998. – № 2-5.
- Бахтин М.М.* Проблемы поэтики Достоевского. – М.: Советский писатель, 1963.
- Бахтин М.М.* Эстетика словесного творчества. – М.: Искусство, 1979.
- Блейлер Е.* Руководство по психиатрии. – Берлин: Изд-во т-ва «Врач», 1920.
- Бурно М.Е.* К вопросу о клинической (медицинской) психотерапии // Московский психотерапевтический журнал. – 1993. – № 2.
- Вейс Р.С.* Вопросы изучения одиночества // Лабиринты одиночества. – М.: Прогресс, 1989.
- Витгенштейн Л.* Избранные тексты // Грязнов А.Ф. Материалы к курсу критики современной буржуазной философии. – М.: Изд-во МГУ, 1987.
- Зеленский В.В.* Аналитическая психология: Словарь. – СПб.: Б.С.К., 1996.
- Кабанов М.М.* Реабилитация психически больных. – М.: Медицина, 1985.
- Каган В.Е.* Очерки гуманистической психиатрии / Психологическая газета. – 1999. – № 6.
- Каннабих Ю.* История психиатрии. – М.: ЦТР МГП ВОС, 1994.
- Клиническая психиатрия.* М.: Медицина, 1967.
- Крепелин Э.* Учебник психиатрии. – М.: Издание А.А.Карцева, 1912.
- Назлюян Г.М.* Зеркальный двойник – утрата и обретение. – М: Друза, 1994.
- Розин В.М.* Опыт истолкования маскотерапии Г.Назлюяна // Московский психотерапевтический журнал. – 1996. – № 4.
- Самохвалов В.П.* Психический мир будущего. – Симферополь: Кит, 1998.
- Сборник статей по прикладной психологии.* – М.: Вычислительный центр РАН, 1999.
- Сеченов И.М.* Кому и как разрабатывать психологию? // И.М.Сеченов, Избранные произведения. – Т.1. – М.: Наука, 1952.
- Уотс А.В.* Путь дзена. – Киев: София, 1993.
- Фулер Торри.* Шизофрения. – СПб.: Питер, 1996.
- Ясперс К.* Общая психопатология. – М.: Практика, 1997.