

# ОЛИВЕР САКС



ТРОБУЖДЕННЯ

Оливер Сакс: невероятная психология

Оливер Сакс  
**Пробуждения**

«АСТ»

**Сакс О.**

Пробуждения / О. Сакс — «АСТ», — (Оливер Сакс:  
невероятная психология)

ISBN 978-5-271-45954-2

Книга, которая легла в основу одноименного знаменитого голливудского фильма с Робертом Де Ниро в главной роли! История, которая читается как хорошая фантастика, хотя в действительности в ней описана правда!

ISBN 978-5-271-45954-2

© Сакс О.

© АСТ

## Содержание

Благодарность	5
Предисловие к первому изданию	7
Предисловие к изданию 1990 года	9
Вступление к изданию 1990 года	11
ПРОЛОГ	21
Болезнь Паркинсона и паркинсонизм	21
Сонная болезнь (Летаргический энцефалит)	27
Последствия сонной болезни (1927–1967)	33
Жизнь в «Маунт-Кармеле»	36
Появление леводопы	39
ПРОБУЖДЕНИЯ	44
Фрэнсис Д	44
Магда Б	61
Роза Р	66
Роберт О	75
Эстер И	80
Конец ознакомительного фрагмента.	91

# Оливер Сакс

## Пробуждения

*Памяти В.Г. Одена и А.Р. Лурии*

*...и вот следует противоестественное новое рождение –  
возвращение к жизни после болезни.*

*Дони*

### Благодарность

Во-первых, я в бесконечном долгу перед замечательными больными – пациентами госпиталя «Маунт-Кармель» в Нью-Йорке, истории болезни которых я привожу в этой книге и кому первоначально были посвящены «Пробуждения».

Сейчас, по прошествии почти четверти века, трудно вспомнить всех, кто занимался больными госпиталя «Маунт-Кармель» и кто прямо или косвенно способствовал написанию книги. Но я очень живо помню сестринский состав – Эллиен Костелло, Элинон Гэйнор, Джейнис Грей и Мелани Эппс; с большой теплотой вспоминаю и врачей отделения – Уолтера Шварца, Чарлза Месселлоффа, Джека Собела и Флору Таббадор; нашего логопеда и моего ближайшего и преданного помощника, бывшего рядом со мной те три трудных года, когда пробуждались наши больные, Марджи Коль Инглис. Заслуживает самой горячей благодарности и наш техник, специалист по регистрации ЭЭГ, соавтор раздела «Электрические основы пробуждений» Крис Каролан. Помню я и фармацевта Боба Мальту, который тратил многие часы на расфасовку леводопы, окруженный облаком допаминергической пыли.

Из персонала, занимавшегося восстановительной и трудотерапией, мне хочется выделить нашего музыкального работника Кити Стайлс, которая работала в первые годы после пробуждения пациентов, а после нее – Кони Томаино, с которой мы тесно сотрудничали, ибо музыка оказалась сильнейшим нефармакологическим лекарством, полезным для наших больных.

Особую признательность хочу выразить моим английским коллегам из Хайлендского госпиталя, ибо они позволили мне контактировать с чрезвычайно интересной группой пациентов, которые были очень похожи на моих больных, но в то же время разительно отличались от них.

Особенно хочу поблагодарить Джеральда Стерна и Дональда Кэлна, которые способствовали пробуждению больных в 1969 году. Хочу также поблагодарить Джеймса Шарки и Родвина Джексона, которые ухаживали за этими пациентами с 1945 года. Выражаю также свое уважение Бернаруду Томасу, санитару, который много лет проработал с этими больными.

Хочу выразить свое неподдельное восхищение и уважение доктору Джеймсу Пердону Мартину, который занимался этими (и другими) постэнцефалитическими больными более шестидесяти лет. В 1969 году он специально приезжал в «Маунт-Кармель», чтобы увидеть наших пациентов в первые мгновения их пробуждений, и был для нас настоящим требовательным отцом и наставником.

В написании и издании «Пробуждений» мне помогали многие коллеги и друзья: Д.П. де Паола, Роджер Дювазен, Стэнли Фан (и клуб «Базальные ганглии»), Илан Голани, Эльхонон Гольдберг, Марк Гомонов, Вильям Лэнгстон, Эндрю Лис, Марджери Марк, Джонатан Мюллер, Х. Нарабаяши, Изабель Рэйпин, Роберт Родмэн, Израэль Розенфилд, Шелдон Росс, Ричард Шоу, Боб Вассерман.

Среди этих людей мне хочется выразить особую благодарность Джонатану Мюллеру, который сохранил экземпляр «Пробуждений», когда я уничтожил оригинал в 1969 году,

и передал сохраненную им копию Колину Хэйкрафту, моему первому редактору и издателю (который много позже сделал на Би-би-си замечательный фильм-портрет об Айвене Вогане «Айвен»). Моей благодарности заслуживает также Эрик Корн, помогавший мне издать книгу в 1976 году. Лоуренс Вешлер, лично знавший многих постэнцефалитических пациентов «Маунт-Кармеля», в течение десяти лет обсуждал со мной самые разнообразные аспекты «Пробуждений». Нельзя не поблагодарить и Ральфа Зигеля, который в настоящее время работает со мной, изучая приложение теории хаоса к пробуждениям.

Особое место в этом списке надо отдать тем моим коллегам, которые сами страдают паркинсонизмом, знают мир паркинсоника не понаслышке и могут с непререкаемым авторитетом описать его изнутри. Среди последних хочется особо отметить Айвена Вогана, Сидни Дорроса и Сесила Тоудса (каждый из них написал собственную книгу о жизни больного паркинсонизмом). Эд Уэйнбергер самыми разнообразными способами дал мне возможность «увидеть» и прочувствовать многие аспекты жизни больных. Многие люди, страдающие синдромом де ла Туретта, помогли мне понять суть их заболевания, которое своими проявлениями так напоминает гиперкинетический энцефалит.

И наконец, самую горячую признательность хочу выразить Лилиан Тайф, которую знал более двадцати лет. Лилиан была главной героиней документального фильма «Пробуждения» и вдохновляла съемочную группу, создававшую художественный фильм на этот сюжет.

Множество людей вложили свой труд и талант в написание, производство и представление сценических версий «Пробуждений». Первым надо назвать в этой связи Дункана Далласа с Йоркширского телевидения – этот человек создал замечательный документальный фильм «Пробуждения» в 1973 году. В этом фильме запечатлены незабываемые образы больных и события, описанные мной в книге. Мне бы очень хотелось, чтобы этот фильм посмотрели все, кто читал книгу.

Я очень признателен Гарольду Пинтеру, который в 1982 году прислал мне замечательную пьесу «Вроде Аляски», навеянную «Пробуждениями». Пьеса была впервые поставлена в Англии в Национальном театре в октябре того же года.

Не могу обойти молчанием Джона Ривса, создавшего трогательную радиопостановку по мотивам «Пробуждений» для Канадской радиовещательной корпорации в 1987 году.

Арнольд Эприлл в 1987 году поставил в Чикаго, на сцене Городского литературного театра, потрясающую драматургическую версию «Пробуждений».

Хочу поблагодарить Кармель Росс за выпуск аудиоверсии «Пробуждений» и состав группы, снимавшей художественный фильм «Пробуждения», – особенно продюсеров Уолтера Паркса и Ларри Ласкера, сценариста Стива Заильяна, режиссера Пенни Маршалл и, конечно же, великих актеров Роберта Де Ниро и Робина Вильямса.

И наконец, я очень благодарен моему литературному агенту Сьюзен Глюк и издателям «Пробуждений», которые множество раз печатали книгу на протяжении последних семнадцати лет: Колину Хэйкрафту, Кену Маккормику, Джулии Велакотт, Энн Фридгуд, Майку Петти, Биллу Уайтхеду, Джиму Силбермену, Риду Коту и Кейт Эдгар. Конечно, несправедливо выделять какие-то имена, но мне все же хочется особо выделить первое и последнее из этого списка. Колин Хэйкрафт из Дакуорта помог мне своей верой, научил меня майевтике, и только благодаря ему первое издание книги вышло в свет уже в 1973 году. Кейт Эдгар, как никто, помогла рождению этого, нынешнего, расширенного и дополненного издания.

Во втором издании я выразил две особые благодарности – В.Г. Одну и А.Р. Лурии, «пробудившим» меня самого наставникам и друзьям. Теперь я с сожалением вынужден опустить благодарность и с признательностью и любовью посвятить книгу светлой памяти этих людей.

## Предисловие к первому изданию

Тема этой книги – жизнь и ее превратности, возникшие у определенных больных в совершенно уникальной ситуации, и значение, которое все это имело для врачевания и медицинской науки. Эти больные – те немногие, кто пережил великую эпидемию сонной болезни (летаргического энцефалита), разразившуюся в мире пятьдесят лет назад, а реакции, которые наблюдались у них совсем недавно, были обусловлены приемом замечательного нового «пробуждающего» лекарства (леводоксифенилаланина, или леводопы).

Жизнь и борьба с болезнью, не имеющие прецедентов в истории медицины, представлены здесь в форме развернутых историй болезни или, если хотите, биографий, составляющих большую часть книги. Историям болезни предпослано краткое введение, в котором я описываю природу их недуга, жизнь, какую они вели с тех пор, как заболели, и привожу некоторые сведения о лекарстве, которое до неузнаваемости изменило их жизнь. Этот предмет, как может показаться на первый взгляд, представляет весьма специальный и узконаправленный интерес, но мне кажется, в данном случае это совсем не так. В заключительной части книги я, насколько было в моих силах, попытался показать далекоидущие следствия рассматриваемого предмета – следствия, которые затрагивают наиболее общие вопросы здоровья, болезни, страдания, заботы и условий существования человека вообще.

В такой книге, как эта – книге о живых людях, – неизбежно возникает трудная, возможно, даже неразрешимая проблема: как дать читателю подробную информацию, не нарушая профессиональную и личную тайну? Для этого мне пришлось изменить имена пациентов и название госпиталя, в котором они находятся, а также некоторые другие обстоятельства. Однако я постарался сохранить все главное и существенное: реальное и полное присутствие самих пациентов на страницах книги, их ощущения, характеры, болезни, их ответы – словом, все критически важные черты их странного положения.

Общий стиль и построение книги – чередование повествования и размышлений, большое количество образов и метафор, примечания, повторы, отвлечения и сноски – продиктованы самой природой обсуждаемого предмета. Моя цель не создание системы или включение пациентов в какую-либо классификацию, нет. Моя цель – нарисовать мир, а точнее, миры, в которых волею судьбы оказались мои пациенты. Изображение мира, однако, требует не статичных или системных формулировок, но активного исследования образов и видов, постоянного движения в этом мире образов и сохранения притягательного центра такого движения. Стилистические (и эпистемологические) проблемы, с которыми пришлось столкнуться автору, были те же, о которых писал Витгенштейн в предисловии к «Философским исследованиям», рассуждая о необходимости рисования ландшафтов (мысленных ландшафтов) с помощью образов и высказываний:

«Это было, конечно же, связано с самой природой исследования. Ибо такой подход вынуждает нас пересекать широкое поле мышления в самых разных направлениях. Высказывания, помещенные в этой книге, как и следовало ожидать, представляют собой ряд набросков ландшафта, сделанных во время этих долгих и трудных блужданий. Одни и те же или почти одни и те же пункты этого ландшафта рассматривались с разных направлений, и при этом делались новые зарисовки. Таким образом, можно считать эту книгу альбомом набросков и эскизов».

У меня по всей книге красной нитью проходит метафизическая тема: идея о том, что нельзя рассматривать болезнь как чисто механическое или химическое понятие, – болезнь следует осознавать как в биологических, так и в метафизических понятиях, то есть в поня-

тиях организации и строения. В книге «Мигрень» я высказал предположение о необходимости такого двойного подхода и в настоящей книге развиваю этот взгляд более детально. Идея не нова – ее отчетливо понимали представители классической медицины. А вот сегодняшняя медицина делает упор исключительно на технические и механические средства, на механическую и химическую природу болезни. Это привело к невиданному прогрессу, но одновременно к интеллектуальному регрессу, к отсутствию должного внимания к нуждам и чувствам пациентов. Эта книга представляет собой попытку обратить внимание на метафизику болезни или, во всяком случае, подчеркнуть ее важность.

Писательский труд оказался неожиданно тяжелым и трудным, хотя мои идеи и намерения были просты и искренни. Но никто не может продвигаться вперед, если путь неизвестен или непозволителен. Порой бросаешь все силы, чтобы добиться правильного ракурса, перспективы, фокуса и тональности, – и вдруг, в одно мгновение, все это теряется и исчезает неизвестно куда. Надо держать себя в постоянном напряжении, чтобы сохранить достигнутые ясность и понимание предмета. Я не могу выразить возникшие передо мной проблемы, которыми теперь озаботятся мои читатели, более емкими и прекрасными словами, чем это сделал Мэйнард Кейнс в предисловии к «Общей теории»:

«Сочинение этой книги превратилось для ее автора в долгую борьбу. Читателей, если обращение к ним автора окажется успешным, тоже ожидает борьба с привычными штампами мышления и избитыми выражениями. Идеи, которые отображены здесь столь мучительно тяжело, в действительности очень просты и должны быть очевидны для каждого. Трудность заключается не в новых идеях, а в избавлении от старых, которые многообразно ветвятся, проникая, в результате нашего прошлого воспитания, во все уголки нашего ума и сознания».

Сила привычки и сопротивление изменениям, столь великие во всех приложениях мысли, достигают своего апогея в медицине, в изучении наших самых сложных страданий и расстройств бытия, ибо здесь мы вынуждены наблюдать самые глубинные, самые темные и самые страшные составляющие нашей сущности, те, что мы не хотим видеть и само существование которых столь часто склонны отрицать. Труднее всего осознать и выразить мысли, касающиеся этих запретных составляющих и пробуждающие в нас как сильнейшую тягу к отрицанию, так и самую пронизательную нашу интуицию.

О.В.С.  
Нью-Йорк  
Февраль 1973 года

## Предисловие к изданию 1990 года

С момента первого выхода в свет в 1973 году «Пробуждения» издавались еще несколько раз. Со временем книга обросла самыми разнообразными добавлениями, исправлениями, пересмотрами и другими изменениями, которые подчас сбивали с толку библиографов и читателей. Вот краткая история публикаций, которая поможет проследить эволюцию настоящего издания.

Впервые «Пробуждения» были опубликованы в 1973 году английским издательством «Дакуорт». В Америке книгу выпустило первым издательство «Даблдей» в 1974 году, уже с новой дюжиной сносок и дополнением, касающимся истории Роландо П., который умер, когда в печати находилось первое английское издание.

В книге в мягкой обложке, выпущенной издательствами «Пингвин-букс» (Англия) и «Рэндом-хаус» (США), содержалось огромное количество дополнительных сносок, причем некоторые из них по длине и содержанию больше походили на эссе. В целом сноски составили около трети объема книги. Они были написаны по большей части осенью 1974 года, в период вынужденной неподвижности автора, который в это время сам превратился из врача в пациента (эта ситуация описана в книге «Нога как точка опоры»).

В третье издание, опубликованное в 1982 году английским издательством «Пэн», и в следующее, изданное американским издательством «Даттон», я добавил «Эпилог», в котором проследил судьбу всех описанных в книге больных (к тому времени в моем архиве были данные о двухстах больных с постэнцефалитическим синдромом, большинство из которых получали леводопу на протяжении одиннадцати-двенадцати лет), и свои размышления на тему общей природы здоровья, болезни, музыки и т. д., а также о специфике применения леводопы при паркинсонизме. Было также добавлено приложение с описанием результатов регистрации ЭЭГ у наших пациентов. Другие свои наблюдения и мысли я поместил в книгу в виде своего излюбленного формата – в виде сносок, мне все-таки пришлось принять к сведению пожелания издателей и значительно сократить количество сносок. В результате пришлось удалить около 20 000 слов из сносок. (В издании 1987 года, вышедшем в американском издательстве «Саммит» в твердом переплете, я поместил обширное предисловие и вступление, оставив остальной текст практически без изменений.) Издание 1982–1983 годов было более четким и лаконичным, чем издание 1976 года, но (по моему и не только моему мнению) много потеряло от удаления такого большого количества материала.

Необходимость исправить это обеднение содержания и восстановить опущенные сноски в сочетании с необходимостью введения нового материала побудила меня заново пересмотреть содержание «Пробуждений», причем весьма радикально, для издания 1990 года. Я восстановил в исходном виде основную и главную часть книги – *текст*, – введя в него дополнительный и новый материал в виде сносок и приложений. Должен добавить, что я не восстановил *все* сноски издания 1976 года; некоторые из них я был вынужден сократить или удалить вовсе. Здесь я не могу не выразить сожаление, поскольку сомневаюсь в том (перефразируя Гиббона), не вырвал ли я культурные, красивые цветы вместе с сорняками. Некоторые сноски издания 1976 года (относительно истории сонной болезни и пространства и времени паркинсоников) я ввел в новое издание в виде приложений. Я не смог удержаться, добавил в текст дополнительные сноски (правда, их очень немного) и три вновь написанных приложения. Новый материал касается последних выживших постэнцефалитических больных (как в Соединенных Штатах, так и в Великобритании); некоторых замечательных достижений в нашем понимании сути паркинсонизма и его лечения, достигнутых за последние шесть-семь лет; некоторых теоретических формулировок, ставших известными мне лишь в последние несколько месяцев, и, наконец, удивительных сценических и кинематографических версий «Пробуждений», которые

были созданы, поставлены и показаны за последние восемь лет. Кульминацией этих версий стало создание художественного фильма «Пробуждения», вышедшего на экраны в этом году.

Существует специфическая трудность внесения изменений в такую книгу, как «Пробуждения», – сугубо личную книгу, основанную на наблюдениях, размышлениях и осознании, – так как она постоянно стимулирует новый расширенный взгляд на ее содержание. Она может содержать формулировки, которых автор больше не придерживается или не считает их справедливыми, некоторые изложенные в книге взгляды могли устареть и не учитываться научным и медицинским сообществами. Тем не менее эти формулировки и утверждения, часть которых представляется сейчас экстравагантными, часть – неудачными, а часть – незрелыми и зачаточными, образовали путь, двигаясь по которому мы достигли нынешнего положения вещей. Поэтому, хотя в «Пробуждениях» есть утверждения и формулировки, с которыми я сам уже давно не согласен, я все же оставил их в тексте, оставшись верным процессу создания книги. Да и кто знает, сколько взглядов 1990 года придется исправлять и дополнять? Я все еще воспринимаю больных паркинсонизмом как невероятное чудо, с чувством, что я лишь слегка прикоснулся к поверхности бесконечно глубокого состояния, с чувством, что есть множество иных способов его рассмотрения и толкования.

Прошел двадцать один год с тех пор, как «пробудились» мои больные, и семнадцать лет с тех пор, как впервые была опубликована эта книга, но мне все же кажется, что ее предмет неисчерпаем – с медицинской, гуманистической, теоретической и даже сценической точек зрения. Именно поэтому требуются новые дополнения и новые издания, и именно это делает предмет для меня – от души надеюсь, что и для моих читателей, – вечно интересным и живым.

О.В.С.  
Нью-Йорк  
Март 1990 года

## Вступление к изданию 1990 года

Двадцать четыре года назад я впервые вошел в палаты госпиталя «Маунт-Кармель» и познакомился с удивительными постэнцефалитическими больными, находившимися в его стенах со времен великой эпидемии летаргического энцефалита (сонной болезни), разразившейся в мире сразу после окончания Первой мировой войны. Фон Экономо, впервые описавший летаргический энцефалит за пятьдесят лет до моего прихода в госпиталь, называл наиболее тяжелых больных, перенесших его, «потухшими вулканами». Весной 1969 года, неправдоподобно, неожиданно и непредсказуемо, эти вулканы начали извергаться. Безмятежная атмосфера «Маунт-Кармеля» в одно мгновение изменилась до неузнаваемости – то, что происходило у нас на глазах, было катаклизмом почти геологического масштаба, взрывным «пробуждением», «оживлением» восьмидесяти и даже более пациентов, которых долгое время все, в том числе и они сами, считали практически мертвыми. Я не могу вспоминать те дни без глубочайшего волнения – это было самое значительное, самое чрезвычайное событие в моей жизни, не меньшее, чем в жизни наших пациентов. Все мы в «Маунт-Кармеле» были охвачены эмоциями и поглощены сильным волнением, это было словно колдовство, граничащее с благоговейным ужасом.

Это не было чисто «медицинское» волнение, и эти «пробуждения» были чем-то неизмеримо большим, чем простой медицинский факт. Это было невероятное, *гуманистическое* (даже аллегорическое) волнение при виде пробуждающихся мертвецов. Именно в ту минуту я понял, как назвать книгу: «Пробуждения» – в память об ибсеновской пьесе «Когда мы, мертвые, пробуждаемся», – только при виде жизней, считавшихся необратимо угасшими, расцветавшими в чудесном обновлении, при виде людей, личностей, во всей их жизненной силе и богатстве натур, возникших из почти трупного окаменения, в котором они скрывались несколько десятилетий. Мы имели лишь слабое представление о живых личностях, так долго замурованных в склепах болезни, – и вот их полная реальность возникла из ничего, просто взорвалась вместе с пробуждениями наших пациентов.

Я был вне себя от радости, что удалось встретиться с такими больными именно в это время, при таких рабочих обстоятельствах. Но они не были единственными в мире постэнцефалитическими больными – в конце шестидесятых их насчитывались многие тысячи. Некоторые жили в лечебных учреждениях компактными группами по всему миру. Не было ни одной крупной страны, где не имелись бы свои постэнцефалитики. И тем не менее «Пробуждения» – это единственный рассказ о таких пациентах, об их многолетнем «сне» и о драматичном пробуждении в 1969 году.

В то время это обстоятельство показалось мне странным. Почему, думал я, нет других отчетов о том, что должно было произойти во всем мире? Почему нет «Пробуждений» из Филадельфии, где, как я знал, есть группа больных, не слишком отличающихся от моих собственных? Почему нет вестей из Лондона, где в Хайлендском госпитале существовала одна из самых многочисленных колоний постэнцефалитических больных в Англии<sup>1</sup>? Почему нет сообщений из Парижа или Вены, где болезнь появилась раньше, чем где-либо в мире?

На этот вопрос нельзя дать однозначного ответа: было множество обстоятельств, которые препятствовали такому роду описаний, биографическому подходу, использованному в «Пробуждениях».

---

<sup>1</sup> Была опубликована короткая статистическая статья Кэлна и др. (1969) с результатами шестинедельного испытания леводопы у некоторых больных Хайлендского госпиталя, но в статье не было биографических данных о пробуждениях ни у этих, ни у других пациентов.

Одним из факторов, который сделал возможным появление «Пробуждений», стала сама основа создавшегося *положения*. «Маунт-Кармель» – это госпиталь для проживания хронических больных. Строго говоря, это приют, убежище. Врачи обычно избегают таких мест или посещают их периодически и стараются как можно скорее уйти, проконсультировав больных. Правда, так бывало не всегда: Шарко практически безвыездно жил в Сальпетриер, а Хьюлингс-Джексон – в Вест-Райдинге, – основатели неврологии четко понимали, что только в таких госпиталях можно по-настоящему изучить всю глубину неврологических расстройств и разработать методы их лечения.

Будучи резидентом, я никогда не бывал в госпиталях для хроников, и хотя в амбулаторных условиях мне приходилось видеть больных с постэнцефалитическим паркинсонизмом и другими родственными заболеваниями, я не имел ни малейшего представления о том, насколько глубоки их поражения и какими странными могут быть их эффекты. То, что я увидел в госпитале «Маунт-Кармель» в 1966 году, стало для меня подлинным откровением. Это была моя первая встреча с болезнью, о глубине которой я прежде ничего не читал и не слышал, и никогда не видел таких больных. Поток медицинской литературы, посвященной сонной болезни, практически иссяк к 1935 году, поэтому более глубинные ее формы, проявившиеся позже, никем не были описаны. Я даже понятия не имел, что существуют такие больные. Более того, мне казалось невероятным, что этих больных никто не наблюдал. Врачи просто не видели их; соответственно не было и отчетов, докладов и историй болезни. Это было слишком глубоко, и взгляд медицины не опустился на дно этой страшной бездны. Врачи приходили под своды больниц для хронических больных, не заглядывали они и в палаты «по уходу», а если и заглядывали, то у них не было ни времени, ни желания вникнуть в патофизиологию и затруднительные условия больных, постепенно теряющих всякую связь с миром и все менее доступных для контакта.

Другой хорошей стороной больниц для хроников является их персонал, который живет и работает там десятилетиями, невероятно сближается с пациентами, знает и любит их, считает их людьми и уважает в них личностей. Так, когда я пришел в госпиталь «Маунт-Кармель», то не просто столкнулся там с восьмьюдесятью случаями постэнцефалитического синдрома, но с восьмьюдесятью индивидами, чью жизнь и внутреннюю сущность (в очень большой степени) знал персонал. Это конкретное знание человека, а не бледное, абстрактное медицинское знание. Придя в это сообщество – сообщество больных, а также больных и персонала, – я все больше проникался к больным как индивидам, которых все меньше хотел свести к статистическим единицам или спискам симптомов.

И конечно, то было уникальное время как для пациентов, так и для всех нас. В конце пятидесятых годов было установлено, что в мозгу больного паркинсонизмом не хватает нейромедиатора допамина<sup>2</sup>, и поэтому состояние больного можно привести в «норму», если повысить уровень допамина в головном мозге. Однако попытки лечения, при которых больные принимали леводопу (предшественник допамина) в миллиграммовых количествах, постоянно оказывались неудачными. Так продолжалось до тех пор, пока доктор Джордж Корциас, проявив недюжинную смелость, не дал группе больных леводопу в дозах, в *тысячи* раз превышавших те, что назначали ранее. Публикация результатов Корциаса в феврале 1967 года произвела эффект разорвавшейся бомбы – перспективы больных паркинсонизмом изменились в одно мгновение: внезапно появилась невероятная надежда, что больные, которых до сих пор ожидал мрачный и жалкий жребий нарастающей инвалидности, могут испытать значительное улучшение (если не полное излечение) состояния на фоне приема нового лекарства. Жизнь снова засияла перед ними всеми своими красками, как нам представлялось, изменилась перспектива для всех людей, страдающих паркинсонизмом. Впервые за сорок лет у них появилось

---

<sup>2</sup> Вариант названия – дофамин.

будущее. Атмосфера в госпитале была просто наэлектризована невероятным волнением. Один из наших больных, Леонард Л., бросился к своей буквенной кассе и написал слова, пронизанные энтузиазмом и иронией: «Допамин – это воскресамин, а Корциас – наш химический мессия».

Но вовсе не леводопа или то, что можно было ожидать от ее применения, так взволновало меня, когда я, молодой врач, только год назад закончивший резидентуру, переступил порог госпиталя «Маунт-Кармель». Тогда меня больше всего взволновало развернувшееся передо мной зрелище болезни, которая никогда не была одной и той же у двух разных пациентов, болезни, которая могла принимать любую форму – которую когда-то абсолютно верно назвали «фантасмагорией» те, кто пристально ее изучал. («В медицинской литературе нет ничего, – писал в 1927 году Маккензи, – что можно было бы сравнить с фантасмагорией расстройств, возникающих в течение этой странной болезни».) На своем уровне фантастичности, фантасмагоричности энцефалит представлялся поистине захватывающим зрелищем. Но что еще более фундаментально, так это то, что энцефалит вследствие огромного диапазона вызываемых им расстройств на всех известных уровнях деятельности нервной системы был заболеванием, которое могло лучше, чем что-либо другое, показать, как организована нервная система и как работают на примитивных уровнях головной мозг и регулируемое им поведение. Биолог и натуралист во мне были зачарованы – я даже начал собирать данные для книги о примитивном подкорковом поведении и его регуляции.

Но помимо самого заболевания и его непосредственных эффектов, я наблюдал различную реакцию больных на свой недуг – поэтому то, с чем сталкивался врач, то, что он должен был изучить и понять, было не просто болезнью или патофизиологическим феноменом, но *людьми*, которые боролись, чтобы приспособиться и выжить. Это тоже хорошо и отчетливо понимали ранние исследователи, и прежде всего Айви Маккензи: «Врачи озабочены (в отличие от натуралистов) единым организмом, человеческим существом, которое пытается сохранить свою идентичность в неблагоприятных условиях». Приняв это к сведению, я стал более чем натуралистом (не перестав, однако, им быть). Возникла новая забота, новое бремя: преданность пациентам, людям, оказавшимся на моем попечении. С помощью и посредством их мне предстояло исследовать, что означает быть человеком, *оставаться* человеком перед лицом невообразимых тягот и угроз. Так, не переставая следить за их органической природой (за их сложными, изменчивыми патофизиологическими и биологическими нарушениями), я поставил себе главной задачей изучение их *идентичности* – борьбы за поддержание этой идентичности – для того, чтобы наблюдать ее, оказать им посильную помощь в ее сохранении и, наконец, чтобы описать ее. Все эти задачи можно было решить только на стыке биологии и биографии.

Это чувство динамической взаимосвязи болезни и жизни, чувство организма или индивида, стремящегося выжить, подчас в самых странных и самых жутких условиях, никем не воспитывалось. Когда я был студентом и резидентом, не встречал я такого взгляда на больного и в текущей медицинской литературе. Но когда воочию увидел постэнцефалитических больных, мне с ошеломляющей четкостью стало ясно: это единственно возможное к ним отношение. Таким образом, то, что пренебрежительно и с порога отменялось большинством моих коллег («госпиталь для хроников – ты не увидишь там ничего интересного»), оказалось полной противоположностью: это было идеальное место для наблюдения, заботы и исследования. Мне думается, если бы даже не случилось никакого «пробуждения», были бы «Люди из бездны» (или «*Cinquant ans du sommeil*», как моя книга называлась во французском переводе), появилось бы описание безмолвия и тьмы, окутавшей эти остановленные и замороженные жизни, мужества и юмора, с какими пациенты, несмотря ни на что, продолжали жить.

Жгучее сочувствие к этим больным и равно жгучий интеллектуальный интерес и любопытство к их состоянию сплотили нас в сообщество «Маунт-Кармеля». Напряжение нашей совместной работы достигло своего пика в 1969 году, когда состоялось «пробуждение». Весной

этого года я переехал в квартиру, расположенную неподалеку от госпиталя, и иногда проводил с больными по двенадцать – пятнадцать часов в сутки. С больными я был постоянно, жертвуя часами ночного сна, наблюдал, беседовал, побуждал их вести дневники и сам исписывал страницу за страницей, тысячи слов в день. И если в одной руке у меня было перо, то в другой – фотоаппарат: мне довелось увидеть то, чего я не видел никогда в жизни и, вероятно, не имел шанса увидеть когда-либо в будущем. Это был мой долг и моя радость – все записать, чтобы сохранить драгоценные свидетельства. Другие тоже самоотверженно посвящали себя работе, проводя в госпитале бесконечные часы. Все мы были по-настоящему увлечены пациентами – медицинские сестры, социальные работники, методисты всех специальностей – и постоянно общались между собой: мы взволнованно разговаривали в коридорах, звонили друг другу по выходным и ночью, обмениваясь впечатлениями и идеями. Волнение и энтузиазм тех дней были поистине замечательны, именно это было главной частью опыта, положенного в основу «Пробуждений».

И все же в самом начале пути я не имел представления о том, что нас ожидает. Я прочел полдюжины отчетов о применении леводопы, опубликованных в 1967–1968 годах, но чувствовал, что мои больные совсем другие. Они не страдали обычной болезнью Паркинсона (как пациенты, о которых писали в статьях), они переносили постэнцефалитическое расстройство, намного более сложное по природе, тяжести и своеобразию проявлений. Как отреагируют на лечение эти больные со столь необычным расстройством? Я чувствовал, что должен соблюдать осторожность – почти преувеличенную.

Тогда, в начале 1969 года, я приступил к работе, которой и было суждено стать «Пробуждениями». Я задумывал ее как отчет о девятидневном клиническом испытании леводопы двойным слепым методом на большой группе пациентов, госпитализированных в лечебное учреждение после перенесенного энцефалита. В то время леводопу считали экспериментальным лекарством, и мне следовало получить в Управлении по пищевым продуктам и лекарствам специальное разрешение на проведение такого исследования. Условием получения такого разрешения было использование «ортодоксального» метода, включая исследование двойным слепым методом и предоставление данных в количественной форме.

Но уже приблизительно через месяц стало очевидно, что исходный формат исследования должен быть оставлен. Эффект леводопы на этих больных был решающим и очень показательным. Поскольку неудачи составляли точно пятьдесят процентов, я сделал вывод, что в данном случае эффект плацебо практически отсутствует. По законам совести я не мог, просто не имел морального права продолжать давать больным плацебо, но должен был попытаться дать леводопу каждому больному. Я не мог больше даже думать о том, чтобы ограничить срок лечения девятию днями, – это как лишить больного воздуха, которым он только что начал по-настоящему дышать. То, что изначально задумывалось как ограниченный девятидневный эксперимент, превратилось в исторический опыт: практически в рассказ о жизни больных, какую они вели до приема леводопы, и о том, что произошло с ними после начала лечения этим лекарством.

Так, волей-неволей мне пришлось предоставить результаты назначения лекарства в виде историй болезни или биографий, так как никакое ортодоксальное представление в виде чисел, последовательностей, градуального эффекта и т. д. не могло отразить историческую реальность того, что мы получили. В августе 1969 года я написал первые девять историй болезни, или «рассказов», «Пробуждений».

Тот же импульс, то же чувство, что надо выразить и передать истории и феномены – драму историй и восторг от феномена, – заставил меня написать несколько писем редакторам журналов. Я послал письма в «Ланцет» и «Британский медицинский журнал» в самом начале следующего года. Я получал истинное наслаждение от написания этих писем, и, насколько могу судить, читатели получали точно такое же наслаждение от их чтения. В стиле и формате

этих писем было нечто такое, что позволило мне передать чудо клинического опыта в стиле, который совершенно невозможен и, в общем, недопустим в медицинской статье.

Теперь я решил представить все свои наблюдения и общие выводы, продолжая придерживаться выбранного мной эпистолярного формата. Мои прежние письма в «Ланцет» были, по сути, анекдотичными (но ведь все очень любят анекдоты). Я даже не делал попыток сочинять обобщающие формулировки. Мой первый опыт, первые ответы больных на лечение были просто счастливыми летом 1969 года. Это было поразительное, праздничное «пробуждение». Но потом у всех моих больных начались осложнения и настоящие бедствия. В то время мне пришлось увидеть не только специфические «побочные эффекты» леводопы, но и некоторые *общие* признаки развившихся осложнений, их общий рисунок – внезапные и непредсказуемые флуктуации ответов, стремительное развитие осцилляций, развитие чрезвычайно высокой чувствительности к леводопе и, наконец, развитие абсолютной невозможности подобрать безопасную эффективную дозу препарата. Это обстоятельство сильно меня расстроило и едва не выбило из колеи. Я пробовал менять дозы леводопы, но этот прием перестал «срабатывать» – система начала работать по своим, неизвестным мне законам.

Затем, летом 1970 года я направил письмо в «Журнал Американской медицинской ассоциации». В этом письме я привел полученные мной данные, описав общий эффект леводопы у шестидесяти пациентов, которые получали препарат в течение года. Особо отметил, что у *всех* больных первоначально отмечался положительный и быстрый эффект, но рано или поздно реакция на лекарство становилась неуправляемой и у пациентов развивались сложные, порой весьма причудливые и непредсказуемые нарушения состояния. Я подчеркивал, что это нельзя рассматривать как «побочные эффекты», но следует считать интегральной частью некоего развивающегося целого. «Обычные рассуждения и режимы, – писал я, – рано или поздно перестают работать. Нужно более глубокое, более радикальное понимание ситуации».

Мои письма в журнал произвели фурор среди многих моих коллег. (См. Сакс и др., 1970 года, и письма, напечатанные в «ЖАМА» в декабре 1970 года.) Я был удивлен и потрясен поднявшейся бурей. Но особенно тоном некоторых писем. Некоторые коллеги настаивали, что такие эффекты не происходят «никогда». Другие утверждали, что, если даже подобные осложнения имели место, их не надо предавать широкой огласке, чтобы не подрывать «атмосферу терапевтического оптимизма, необходимого для максимальной эффективности приема леводопы». Высказывались даже абсурдные мысли, будто я являюсь противником назначения леводопы. В действительности я был против не леводопы, а против упрощенного подхода к ее применению. Я пригласил коллег в «Маунт-Кармель», чтобы они могли своими глазами увидеть реальность, о которой я писал. Ни один из них не откликнулся на мое приглашение. До того времени я просто не представлял, какой силы может достигнуть *желание* исказить и отрицать. И это желание, это стремление возобладали в той сложной ситуации, когда энтузиазм врачей и тяжелое положение пациентов легли в основу своеобразного заговора сторон, не желавших видеть нелюбезную истину. Эта ситуация имела много общего с ситуацией, сложившейся двадцать лет назад с кортизоном, когда на лекарство были возложены непомерные надежды. Можно было лишь надеяться на время и накопление фактов, от которых нельзя отмахнуться, чтобы чувство реальности наконец одержало победу над подсознательным желанием.

Было ли мое письмо слишком острым и информативным или просто вызвало растерянность? Не стоило ли подать полученный мной материал в форме обширной научной статьи? С большим трудом (это было все равно что гладить себя против шерсти) я изложил все, что мог, в ортодоксальном, или конвенциональном, формате – листы бумаги были покрыты статистическими выкладками, цифрами, таблицами и графиками – и разослал статью в различные общемедицинские и неврологические журналы. К моему огорчению и разочарованию, ни одна из этих статей не была принята редакциями – некоторые вызвали строгое, даже, пожалуй, яростное, отторжение, словно я написал что-то невыносимое. Это подтвердило ощущение, что

я задел в людях самые сокровенные чувства, каким-то образом вызвал и обрушил на свою голову даже не профессиональную, а эпистемологическую тревожность и ярость<sup>3</sup>.

Я не только бросил тень сомнения на то, что поначалу представлялось просто назначением обычного лекарства и регуляцией его эффектов. Я бросил тень сомнения на предсказуемость действия лекарств как таковую. Я (возможно, и сам полностью этого не понимая) намекнул на что-то странное, на противоречивость рутинного способа мышления и обычной, общепринятой картины мира. Всплыл спектр невиданных странностей, радикальных случайностей, и все это представилось беспокоящим и путающим карты («Эти вещи настолько странны, что для меня невыносимо их видеть». – Пуанкаре).

Итак, к середине 1970 года я был вынужден остановиться, во всяком случае, в том, что касалось публикаций. Работа продолжалась, она была неизбежной и волнующей, и я накопил (смею надеяться) целую сокровищницу наблюдений, гипотез и размышлений, связанных с добытыми мной фактами. Но у меня не было ни малейшего представления о том, что с ними делать. Я знал, что мне представилась редчайшая возможность. Я сознавал, что мне есть что сказать, но не видел возможности заговорить. Я верил своему опыту, но лишился медицинской «публикабельности» и доверия моих коллег. Это было время растерянности и подавленности, гнева, а порой и отчаяния.

Тупик открылся, и лед был сломан в сентябре 1972 года, когда редактор «Лиснера» предложил мне написать статью по моим наблюдениям. Это был шанс, который не следовало упускать. Вместо того чтобы получить привычную резкую отповедь, я получил великолепное предложение, мне дали шанс написать и опубликовать все, что накопилось за столь долгое время в моих архивах. Я написал «Великое пробуждение» в один присест, единым духом, не вставая из-за стола. После этого ни я, ни редактор не изменили там ни единого слова, и на следующий месяц эссе было напечатано. Здесь, с чувством непередаваемого облегчения и освобождения от тисков «медициноподобного» и медицинского жаргона, я описал чудесную панораму феноменов, какие наблюдал у моих пациентов. Я описал восторг их «пробуждений», я описал муки, которые за этим последовали, но прежде всего я стремился описать *феномены* с точки зрения нейтрального и феноменологического (более, нежели терапевтического или «медицинского») взгляда.

Но целостная картина, теория была обусловлена феноменами. Это показалось мне революционной мыслью. «Новая нейрофизиология, – писал я тогда, – имеет квантово-релятивистский характер». Это было и в самом деле дерзостью. Она возбудила меня и других, хотя вскоре я начал думать, что сказал слишком много и одновременно слишком мало. Происходило нечто, конечно, весьма странное, но не квантовое, не релятивистское, нет, что-то более рутинное и обычное, но еще более странное. Я не мог представить, что это такое, тогда, в 1972 году, хотя оно преследовало меня, когда я приступил к завершению «Пробуждений» и постоянно прикасался к этой странности, уклончиво, прибегая к мучительным метафорам.

За статьей в «Лиснере» (в отличие от статьи в «ЖАМА» на два года ранее) последовал всплеск интереса и поток взволнованных писем, продолжавшийся несколько недель. Эти

---

<sup>3</sup> Пять лет спустя случилось так, что один из неврологов, не пропустивших мое письмо в «ЖАМА» (он заявил, что мои наблюдения находятся за гранью вероятного), председательствовал на собрании, где был показан документальный фильм «Пробуждения». В фильме есть примечательное место, в котором представлен весь головокругительный набор разнообразных ненормальных «побочных эффектов» и нестабильных состояний на лекарство. Я был просто зачарован реакцией моего коллеги на это зрелище. Сначала он с полуоткрытым ртом удивленно взирал на экран – было такое впечатление, что он впервые видит такие ответы на леводопу, и его реакция была реакцией наивного, почти детского изумления. Потом он вспыхнул, лицо его залила краска гнева (либо от стыда, либо от подавленности, не могу точно сказать). Ситуацию, которую он считал выходящей за рамки вероятного, он теперь был вынужден наблюдать собственными глазами. Потом у него появился очень любопытный *тик*, конвульсивное движение головой – он попытался не смотреть на экран. Наконец, что-то бормоча себе под нос, он порывисто вскочил со стула в самой середине демонстрации фильма и выбежал из зала. Я нашел его поведение весьма необычным и поучительным, так как оно показало, какими глубинными и всепоглощающими могут быть реакции на «невероятное» и «невыносимое».

ответы на публикацию положили конец долгим годам подавленности и замалчивания, ободрили меня и придали сил и мужества. Я собрал отложенные в долгий ящик истории болезни, составленные в 1969 году, добавил к ним одиннадцать новых и через две недели закончил «Пробуждения». Легче всего было с историями болезни, они писались, можно сказать, сами, буквально вырастали из опыта. Я всегда очень трепетно относился именно к ним как к истинному и неоспоримому ядру «Пробуждений». Все остальное спорно, как и все спекулятивные добавления.

Но публикация в 1973 году «Пробуждений», хотя и привлекла большое внимание общественности, встретила такой же холодный прием у представителей моей профессии, какой встретили мои первые статьи на эту тему. В медицинской прессе не появилось ни одного отклика, царило неодобрительное или непонимающее молчание. Только один храбрый редактор (из «Британского медицинского журнала») выступил по этому поводу, сказав, что «Пробуждения» стали его издательским выбором на 1973 год, однако и он не удержался от комментария по поводу странного молчания врачебного сообщества.

Я был совершенно расстроен, подавлен и опустошен этим врачебным «мутизмом», но неожиданно пришла помощь. Я был очень обрадован и ободрен реакцией А.Р. Лурии. Лурия, сам посвятивший всю свою жизнь детальному изучению нейрофизиологических феноменов, опубликовал две необычные, почти художественные истории болезни – «Ум мнемониста» (1968) и «Человек с расщепленным миром» (1972). К моей неопишуемой радости, среди странного и полного медицинского молчания, которое последовало за публикацией «Пробуждений», я получил письмо, точнее, два письма, от него. В первом он говорил о своих «биографических» книгах и подходах:

«Честно говоря, я сам очень люблю «биографический» тип исследования, такого, какой я применил по отношению к Шерашевскому (мнемонист) и Зазецкому (человек с расколотым миром), во-первых, потому что это вид «романтической науки», которую я хотел бы ввести в обиход, отчасти из-за того, что являюсь искренним *противником* формального статистического подхода, и таким же искренним *сторонником* качественного изучения свойств личности, любой попытки находить факторы, лежащие в основе структуры личности». (Письмо от 19 июля 1973 года.)

Во втором письме он говорил о «Пробуждениях»:

«Я получил экземпляр «Пробуждений» и прочел их залпом, получив огромное удовольствие. Я всегда сознавал и был уверен, что добротное клиническое описание случаев играет ведущую роль в медицине, а особенно в неврологии и психиатрии. К сожалению, способность описывать, столь характерная для великих неврологов и психиатров девятнадцатого века, в настоящее время утрачена, возможно, из-за распространенного ошибочного мнения, что механические и электрические приспособления могут заменить собой исследования личности. Ваша великолепная книга показывает, что эта важнейшая традиция клинического исследования может быть с большим успехом возрождена». (Письмо от 25 июля 1973 года.)

После этого он задал мне несколько специальных вопросов, прежде всего вызвав радостное удивление по поводу того, что леводопа может производить такой разнообразный и нестабильный эффект<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> Он вернулся к этой проблеме в следующем месяце, когда написал, что его буквально зачаровал случай Марты Н. и тот факт, что она по-разному реагировала на прием леводопы во время каждой из шести попыток его назначения. «Почему она реагировала по-разному каждый раз? – спрашивал он. – Почему реакция не повторялась стереотипно от раза к разу?» Я не мог

Я бесконечно восхищался Лурией, еще когда был студентом-медиком и даже раньше. Когда в 1959 году слушал его лекцию в Лондоне, то был поражен сочетанием интеллектуальной мощи и человеческого тепла – с этими качествами мне часто приходилось сталкиваться по отдельности, но они не слишком часто встречаются вместе у одного человека, – и именно это сочетание доставляло мне такое удовольствие в его работах, которые представляли собой действенное противоядие от определенных тенденций в медицинских сочинениях, где авторы старались избавиться от всего субъективного и рефлексивного. В ранних работах Лурии характеры были, пожалуй, несколько ходульными, но в них чувствовалась интеллектуальная теплота, и они росли в своей цельности, по мере того как Лурия становился старше. Кульминация наступила в его двух поздних сочинениях «Ум мнемониста» и «Человек с расколотым миром». Я не знаю, какая из этих работ повлияла на меня больше, но они вселили в меня смелость и облегчили написание и издание «Пробуждений».

Лурия часто говорил, что вынужден писать книги двух типов, весьма различных между собой, но взаимно дополняющих друг друга: «классические» аналитические тексты (например, «Высшие корковые функции у человека») и «романтические», «биографические» книги (например, «Ум мнемониста» и «Человек с расколотым миром»). Я всегда сознавал эту двойную необходимость и всегда находил, что для освещения какой-либо клинической проблемы или для осмысления какого-либо конкретного клинического опыта потенциально требуется *две* книги: одна чисто «классическая», или «медицинская», – объективное описание расстройства, механизмов, синдромов; другая более экзистенциальная и личностная, с сочувственным проникновением в опыт и ощущения, во внутренний мир больного. Две такие книги зрели во мне, когда я впервые увидел постэнцефалитических больных: «Компульсия и скованность» (исследование подкорковых нарушений и механизмов их развития) и «Люди бездны» (романическое произведение в духе Джека Лондона). В 1969 году эти две книги наконец соединились у меня в одну – в книгу, которую я попытался сделать как «классической», так и «романтической». Она нашла свое место на пересечении биологии и биографии, соединила в себе, насколько это оказалось возможным, признаки научной парадигмы и искусства.

Но ни одна из этих моделей, в конце концов, не оказалась соответствующей моим требованиям, ибо то, что я искал, и то, что мне нужно было передать, не было ни чисто классическим, ни чисто романтическим, все это вписывалось в царство аллегории или мифа. Даже заголовок – «Пробуждения» – отчасти буквален, но отчасти несет на себе отпечаток аллегории или мифа.

\* \* \*

Тщательно выписанная в деталях история болезни, ее «романический» стиль, стремление представить всю жизнь, рефлексия болезни во всем ее богатстве вышли из моды уже в середине двадцатого столетия, и, вероятно, это одна из причин странного молчания медицинского сообщества после первой публикации «Пробуждений» в 1973 году. Правда, к концу семидесятых антипатия к написанию подробных историй болезни пошла на убыль – появилась возможность (хотя и с трудом) публиковать развернутые истории болезни в специальной медицинской литературе. С этим общим потеплением атмосферы пришло и обновленное чувство того, что

---

ответить на эти вопросы в 1973 году. Мне показалось, что это было типичным проявлением гения Лурии: он сразу обратил внимание на главную тайну и вызов «Пробуждений» – различающиеся, неповторимые и непредсказуемые ответы пациентов – и был очарован этим. В то же время мои коллеги неврологи, по большей части напуганные и раздосадованные этой реакцией, во всеуслышание повторяли как заклинание: «Это не так, это не так».

сложные нервные и психические функции (и их расстройства) требуют детального, не свернутого и редуционистского, рассказа для их объяснения и понимания<sup>5</sup>.

В то же самое время непредсказуемые ответы на леводопу, которые я наблюдал у моих пациентов в 1969 году – их внезапные флуктуации и осцилляции, их чрезвычайная «сенсбилизация» к леводопе и *всем лекарствам*, – были теперь все в большей степени очевидны для всех. Постэнцефалитические больные, и это стало ясно, могли демонстрировать такие странные реакции в течение недель после начала приема препарата. Иногда эти зловещие ответы проявлялись уже в течение нескольких дней – в то время как у больных обычным паркинсонизмом с их более устойчивой нервной системой такие ответы не проявлялись в течение нескольких лет. Однако раньше или позже у *всех* пациентов, получавших леводопу, возникали эти странные, нестабильные состояния, а ведь с момента одобрения леводопы Управлением по пищевым продуктам и лекарствам количество таких больных стало исчисляться миллионами. И теперь все видят одно и то же: главное обещание, главная надежда, которую возлагали на это лекарство, оправдались и подтвердились миллионами клинических случаев, но точно так же сбылась и угроза, главная угроза – неотвратимость наступления «побочных эффектов», или «бедствий», которые рано или поздно приходят.

Итак, то, что было удивительно и невыносимо, когда я впервые опубликовал «Пробуждения», стало ко времени третьего издания, вышедшего в свет в 1982 году, фактом, подтвержденным всеми моими коллегами на их собственном, неопровержимом опыте. Оптимистическое и иррациональное настроение первых лет применения леводопы сменилось более трезвым и рациональным отношением к этому лекарству. Это новое настроение, утвердившееся к 1982 году, сделало новое издание «Пробуждений» приемлемым и даже классическим в глазах моих коллег врачей. Это отношение сменило неприятие, царившее среди них девять лет назад.

Представление в собственном воображении внутренних миров других людей – миров почти невообразимо странных, но населенных людьми, похожими на нас самих, людьми, на месте которых мог оказаться любой из нас, – это центральная идея «Пробуждений». Другие миры, другие жизни, даже сильно отличающиеся от наших собственных, обладают властью возбуждать сочувственное воображение, пробуждать в других сильный и часто творческий резонанс. Мы можем никогда не встретить Розу Р., но, если прочитали о ней, возможно, будем смотреть на мир по-иному – мы можем теперь представить себе ее мир с примесью некоего благоговейного страха и трепета и тем самым расширить мир собственный. Прекрасный пример такого творческого ответа явил собой Гарольд Пинтер, написавший пьесу «Вроде Аляски». Это мир самого Пинтера, ландшафт его уникального дара и восприимчивости, но это также и мир Розы Р., и мир «Пробуждений». За пьесой Пинтера последовало несколько сценических постановок и экранизация, каждая из этих версий была основана на разных аспектах книги. Каждый читатель привносит в «Пробуждения» свое воображение и свою восприимчивость, свою способность к сопереживанию, свою эмоциональность, и найдет при этом, если позволит себе, что его мир странно углубился, проникся новыми глубинами нежности и, возможно, тревогой. Ибо эти больные, при их кажущейся экстраординарности, «особости», несут в себе нечто универсальное, всеобщее. Они могут воззвать к любому и пробудить каждого, так же как воззвали ко мне и пробудили меня.

Я очень сильно сомневался в правомочности и моем моральном праве публиковать «рассказы» о моих пациентах и их жизни. Но они сами побуждали меня к этому, поощряя к публикации. Они с самого начала говорили мне: «Расскажите нашу историю, иначе о ней никто никогда не узнает».

---

<sup>5</sup> Параллельные изменения происходили в 70-е гг. и в антропологии, которая тоже начинает становиться художочной и механистической, с новым или обновленным подходом к тому, что Клиффорд Геерц называет густыми описаниями.

Некоторые мои пациенты пока живы, мы знаем друг друга уже двадцать четыре года. Но те, кто умер, тоже в некотором смысле остались с нами – их развернутые карточки, письма безмолвно смотрят на меня, когда я пишу. Для меня они до сих пор живые, уникальные люди. Они были не только пациентами, не только моими больными, но и учителями, и друзьями, и годы, которые я провел с ними, были самыми значительными в моей жизни. Мне очень хочется, чтобы частицы их жизни, их судьбы, их присутствия среди нас сохранились и продолжали жить во имя других как образцы человеческих мук и человеческого их преодоления. Это всего лишь свидетельство, единственное свидетельство единичного события, но такого, которое может стать аллегорией для всех нас.

О.В.С.

Нью-Йорк

Март 1990 года

## ПРОЛОГ

### Болезнь Паркинсона и паркинсонизм

В 1817 году лондонский врач доктор Джеймс Паркинсон опубликовал знаменитое «Эссе о дрожательном параличе»», в котором дал яркое, пронизательное и до сих пор никем не превзойденное описание распространенного, важного и четко очерченного недуга, известного нам сегодня как болезнь Паркинсона.

Отдельные симптомы и признаки болезни Паркинсона – характерное дрожание, или тремор, и свойственное этим больным ускорение и замедление походки и речи – были описаны врачами еще во времена Галена. Подробная картина болезни Паркинсона была представлена и в немедицинской литературе – в данном Обри описании «дрожательного паралича», которым страдал Гоббс. Но именно Паркинсон первым в истории увидел эти черты и внешние проявления в их единстве и взаимосвязи и представил эту совокупность симптомов как самостоятельную болезнь человека, как *форму поведения*<sup>6</sup>.

В течение тридцати лет – с 1860 по 1890 год, – работая с большим количеством хронических больных в парижской больнице Сальпетриер, Шарко пошел дальше по пути, намеченному Паркинсоном. В дополнение к данному последним детальному описанию болезни Шарко выявил важные взаимоотношения и связи, существовавшие между симптомами болезни Паркинсона и симптомами депрессии, кататонии и истерии. В самом деле эти открытые Шарко особенности позволили ему назвать паркинсонизм неврозом.

---

<sup>6</sup> Это верно, в известном смысле, что у Паркинсона было много предшественников (Гаубиус, Соваж, де ла Ноэ и другие), кто наблюдал и классифицировал различные симптомы паркинсонизма. Но между этими авторами и Паркинсоном есть одна принципиальная разница – возможно, даже более принципиальная, нежели считал сам Паркинсон. Врачи, наблюдавшие паркинсонизм до Паркинсона, довольствовались тем, что замечали различные характерные признаки (как, например, замечает человек проходящий мимо него поезд или пролетающий в небе самолет), а потом втискивали эти признаки в искусственные классификационные схемы (приблизительно так любитель энтомологии классифицирует пойманных им бабочек по цвету и форме крыльев). Можно сказать, что предшественники Паркинсона были в первую очередь озабочены «диагнозами» и «нозологией» – причем произвольными, донаучными диагнозами и нозологией, основанными на поверхностных признаках и взаимоотношениях: зодиакальные карты Соважа и других являют собой разительный пример псевдоастрономии, первой попытки понять суть неизвестного явления. Первые наблюдения самого Паркинсона тоже были сделаны, так сказать, «извне» и основывались на характерном внешнем виде попадавших к нему на глаза лондонских прохожих, страдавших паркинсонизмом. Так что можно сказать, что доктор Паркинсон первые свои наблюдения особенностей движений паркинсоников сделал на расстоянии. Но тем не менее его наблюдения оказались более глубокими, чем наблюдения его предшественников. Более глубокими, более пронизательными и более систематизированными. Допустимо будет сравнить Паркинсона с профессиональным, настоящим астрономом, а Лондон со звездным небом, на котором он проводил свои наблюдения. На этой стадии изучения мы видим больных глазами Паркинсона, как движущиеся тела, как перемещающиеся по небу кометы или звезды. Вскоре, однако, он заметил, что некоторые звезды образуют характерные *созвездия*, что многие, казавшиеся до тех пор разрозненными и не связанными между собой, феномены образуют вполне определенное и устойчивое «сочетание симптомов». Он оказался первым, кто выявил это «сочетание», осознав, что это созвездие, или синдром, который мы теперь называем паркинсонизмом. Это было непревзойденное достижение клинической медицины; паркинсонизм стал первым четко очерченным и точно определенным неврологическим синдромом. Но Паркинсон был не просто талантлив, он был гениален. Он понял, что любопытная совокупность отмеченных им симптомов была чем-то большим, нежели диагностическим синдромом. Он понял, что в ней есть связанная внутренняя логика и порядок, что это собрание признаков представляет собой своего рода *космос*... Ощувив это, он понял, что взгляда со стороны, каким бы острым и пронизательным он ни был, недостаточно для того, чтобы проникнуть в его природу. Паркинсон понял, что надо пойти навстречу каждому реальному пациенту, вовлечь его в активный клинический диалог. Руководствуясь этим положением, он разработал новый диагностический подход и соответствующий ему язык общения с больным. Он перестал смотреть на паркинсоников как на удаленный объект, подлежащий исследованию, и начал относиться к ним как к страдающим людям. В беседах с ними он стал употреблять слова, обозначающие намерения и действия. Паркинсонизм перестал быть «набором симптомов», превратившись в странную и причудливую форму поведения, бытия в мире. Таким образом, Паркинсона можно – в двойном смысле – считать радикалом и революционером: вначале, придерживаясь чисто эмпирического подхода, он собрал необходимые «факты» и установил их взаимосвязь, а затем совершил более радикальный шаг, сменив эмпирический подход экзистенциальным.

В XIX веке паркинсонизм практически не встречался у больных моложе пятидесяти лет, поэтому специалисты считали его отражением дегенеративных процессов, или дефектов питания, «слабых», или уязвимых, клеток. Поскольку в то время такую дегенерацию было невозможно продемонстрировать наглядно, а причина ее оставалась неизвестной, болезнь Паркинсона относили к идиосинкразиям, или идиопатиям. В первой четверти XX века, когда началась большая эпидемия сонной болезни (*летаргического энцефалита*), появился новый тип паркинсонизма, имевшего ясную и отчетливую причину. Этот энцефалитический, или постэнцефалитический паркинсонизм<sup>7</sup>, в отличие от идиопатического заболевания мог поражать людей любого возраста. Более того, зачастую этот паркинсонизм принимал более тяжелую форму и протекал гораздо драматичнее, нежели паркинсонизм идиопатический.

С третьей распространенной причиной паркинсонизма человечество столкнулось только в конце двадцатых годов XX века. Паркинсонизм этого типа является следствием непредвиденного (и, как правило, преходящего побочного эффекта лекарств из групп фенотиазинов и бутирофенонов – так называемых больших транквилизаторов. Полагают, что только в Соединенных Штатах насчитывается два миллиона человек, страдающих паркинсонизмом: миллион больных идиопатическим паркинсонизмом или болезнью Паркинсона; миллион человек страдает лекарственным паркинсонизмом; и наконец, есть несколько сотен или тысяч больных постэнцефалитическим паркинсонизмом – последних могикан, переживших ту достопамятную эпидемию. Паркинсонизм, вызванный другими причинами – отравлением светильным газом и марганцем, сифилисом, опухолями и т. д., – встречается исключительно редко, и обычный практикующий врач может ни разу в жизни не встретить страдающего им пациента.

Болезнь Паркинсона нескольких столетий называли дрожательным параличом (или его латинским эквивалентом – *paralysis agitans*). Надо сразу оговориться, что дрожание, или тремор, ни в коем случае не является постоянным симптомом паркинсонизма. Мало того, тремор никогда не бывает самостоятельным проявлением болезни и вообще представляет собой самое легкое из расстройств, с которыми приходится сталкиваться больным паркинсонизмом. Если тремор имеет место, он беспокоит больного только в покое и исчезает с началом движения или при намерении совершить движение<sup>8</sup>. Иногда тремор ограничивается кистями рук и имеет характерный вид скатывания пилюль, или счета монет, или (по выражению Говерса) похож на манеру, с которой восточные шаманы бьют в свои бубны. В других случаях, особенно у больных, перенесших летаргический энцефалит, тремор может быть очень сильным и поражать другие, иногда даже все части тела. Выраженность дрожания усиливается при физическом усилии, нервозности или утомлении.

Вторым по частоте симптомом паркинсонизма, кроме тремора, является скованность или ригидность. У этой ригидности есть одна примечательная особенность – это пластичная ригидность, и ее иногда сравнивают с пластичностью согнутой свинцовой трубы. Скованность может быть весьма тяжелой. Надо, однако, подчеркнуть, что ни тремор, ни ригидность не являются главными и самыми существенными клиническими признаками паркинсонизма. Более того, они могут отсутствовать, особенно у больных с постэнцефалитической формой заболевания, которому и посвящена настоящая книга. Главный и уникальный признак паркинсонизма, выявляемый у всех без исключения больных и достигающий своей крайней выраженности у

---

<sup>7</sup> Термин «постэнцефалитический» применяют для обозначения симптомов, которые появляются после перенесенного *летаргического энцефалита* и признаны прямыми или косвенными его последствиями. Эти симптомы могут проявиться спустя много лет после выздоровления от основного заболевания.

<sup>8</sup> У многих актеров, хирургов, механиков и квалифицированных ремесленников, страдающих выраженным паркинсоническим тремором, дрожание полностью и бесследно исчезает, когда они сосредоточены на работе или приступают к ее выполнению.

больных постэнцефалитическим паркинсонизмом, – это расстройства движений и «толчки», или пропульсии<sup>9</sup>.

Первым, описанным изначально, характерным для паркинсонизма свойством больного являются *суетливость* (семенящая походка) и *пропульсии* (толчки). Суетливость проявляется в ускорении (и одновременном укорочении) шагов, движений, произнесения слов и даже мыслей – при этом создается впечатление нетерпеливости, импульсивности и проворности, словно больной остро ощущает недостаток времени или куда-то опаздывает. У некоторых больных действительно одновременно возникает *ощущение* дефицита времени и нетерпения, хотя в других случаях больные спешат против своей воли<sup>10</sup>. Характерными чертами движений, обусловленных патологической суетливостью, являются быстрота, резкость и краткость. Эти симптомы и часто сопровождающее их особое двигательное нетерпение (акатазия), были очень полно описаны раньше. Так, Шарко говорит о жестоком беспокойстве, которым страдали многие его пациенты, а Говерс писал о «крайнем беспокойстве... которое вынуждает больных... каждые несколько минут хотя бы слегка менять положение тела». Я намеренно подчеркиваю эти аспекты – живость, насильственность и неизбежность движения, – поскольку они представляют собой менее знакомую широкой публике «изнанку» паркинсонизма, кипящего паркинсонизма, паркинсонизма, способного к всплескам и взрывным реакциям, очень существенным и важным, если иметь в виду многочисленные «побочные эффекты», проявляющиеся у пациентов, принимающих леводопу.

Явление, противоположное этим эффектам – своеобразное замедление и затрудненность движений, – выдвигается обычно на первый план и обозначается обобщающим и весьма неинформативным термином «акинезия». Существует множество форм акинезии, но форма, которая является точной антитезой толчкам, или пропульсиям, проявляется в активном *торможении*, или *сопротивлении*, препятствующем движению, речи и даже мышлению, и может привести к их полной остановке. Пораженные таким образом пациенты обнаруживают, что, как только они «желают», или намереваются, или пытаются начать движение, тотчас возникает некое «противоположное желание», или «сопротивление», в противовес желанию исходному. Больные осознают, что они загнаны в железный строй, даже обездвижены особой формой физиологического конфликта – сила против силы, воля против встречной воли, приказ против контрприказа. Относительно таких загнанных в угол пациентов Шарко пишет: «В этой войне не бывает перемирий». Шарко видит за тремором, ригидностью и акинезией этих больных финальный безнадежный исход таких состояний внутренней борьбы, как напряжение и усталость, на которые больные паркинсонизмом пациенты жалуются как на трату своих сил в этих бессмысленных внутренних сражениях. Именно такое состояние между побуждением и стеснением один из моих больных (Леонард Л.) называл положением «между плеткой и удой»<sup>11</sup>. Внешние проявления пассивности или инертности обманчивы: обструктивная акинезия такого типа ни в коем случае не является праздноностью или состоянием покоя, но (перифразируя Квинси) «...отнюдь не продуктом инерции, но... результатом могучего антагонизма

<sup>9</sup> Из наблюдений Шарко известно (впрочем, это отмечают и сами больные), что ригидность значительно уменьшается, если больной погружается в воду или активно плавает (см. случаи Эстер И., Роландо П., Сесил М. и т. д.). То же самое, с известными оговорками, верно и для других форм ригидности, или «сжатия», – спастики, атетоза, кривошеи и т. д.

<sup>10</sup> Вот как Гаубуис описывал в XVIII в. этот симптом (*scelotyrbе festinans*): «Бывают случаи, когда мышцы, надлежащим образом побуждаемые импульсами воли, начинают сокращаться с непрошеной живостью, неукротимой пылкостью, опережая сопротивляющийся этим движениям разум».

<sup>11</sup> Аналогичную концепцию отстаивает Уильям Джеймс в своем обсуждении «извращений» воли («Принципы психологии», 2, XXVI). Два основных извращенных типа воли, описанных Джеймсом, – «обструктивная» воля и «взрывная» воля. Если верх одерживает первая, то нормальные действия становятся затрудненными или вовсе невозможными. Если же доминирует вторая, то человек не в состоянии подавить свои аномальные действия. Хотя Джеймс использует эти термины в приложении к невротическим извращениям воли и желаний, они, термины, вполне приложимы и к тем нарушениям, которые мы обозначаем как паркинсоническое извращение воли: паркинсонизм, подобно неврозу, является *волевым нарушением* и выдерживает формальную аналогию с волевой структурой невротического состояния.

равных сил, бесконечной, непрестанной активности и бесконечной череды кратких передышек»<sup>12</sup>.

У некоторых больных проявляется совершенно отличная от описанной форма акинезии. Она не связана с чувством напряжения и борьбы, а сопровождается постоянным повторением одного и того же движения, так называемой персеверацией. Так, Говерс приводит в качестве иллюстрации случай одного больного, чьи конечности «...приведенные в возвышенное положение оставались в нем на протяжении нескольких минут, а потом медленно опускались вниз». Такую форму акинезии можно с полным правом сравнить с каталепсией. Именно этот тип акинезии встречается чаще и выражен намного тяжелее у больных с постэнцефалитической формой паркинсонизма<sup>13</sup>.

Эти характеристики – импульсивность, сопротивление и персеверация – представляют активные, или положительные, характеристики паркинсонизма. Позже у нас будет возмож-

<sup>12</sup> В этом месте необходимо ввести в наше повествование фундаментальную тему, которая снова и снова будет звучать в этой книге в самых разных интерпретациях. Мы наблюдали паркинсонизм как внезапные всплески активности и такие же внезапные прекращения этой активности, как чередование причудливых и странных ускорений и замедлений. В этой связи наш подход, наши понятия, наши термины и определения не выходили за рамки механицизма и голой эмпирики: мы рассматривали паркинсоников как организмы, но еще не как *человеческие существа*... если же мы желаем достичь хотя бы относительного понимания того, *что значит и каково быть паркинсоником*, постичь истинную природу бытия больного (в противоположность регистрации параметров паркинсонической моторики), нам необходимо разработать и усвоить оригинальный и дополняющий подход к проблеме и язык ее описания. Мы должны отказаться от позиции «объективного наблюдателя» и пойти навстречу нашим пациентам; встречаясь с ними, мы должны проявлять сочувствие и творческое воображение, ибо только в таком контексте такого сотрудничества, участия и искренности у нас появляется надежда узнать, как наши больные в действительности себя чувствуют. Они смогут рассказать и показать нам, каково быть паркинсоником, – это могут сделать только они и никто, кроме них. Но на самом деле мы должны пойти еще дальше, ибо у нас есть все основания подозревать, что переживания наших больных являются такими же странными и причудливыми, как их движения, и больным может потребоваться помощь, деликатное и творческое сотрудничество, для того чтобы они смогли сформулировать то, что не поддается формулированию, и высказать то, что практически не поддается высказыванию. Мы должны стать надежными спутниками в путешествии по сверхъестественному царству паркинсонизма, по этой стране, находящейся за гранью знакомого нам опыта. Однако нашей добычей в этом странном царстве будут не «образцы», данные или «факты», а образы, подобию, аналогии и метафоры – все, что поможет сделать чужое знакомым, а значит, сделать прежде немислимое мыслимым. Все, что нам расскажут, все, что мы откроем, должно быть переведено в разряд «схожести», в разряд «как будто», ибо мы просим больных делать сравнения – сравнение паркинсонического бытия с тем, что мы согласны считать «нормой». Всякий опыт является гипотетическим и предположительным, но его формы и интенсивность варьируют в очень широких пределах. Так, в своих описаниях больные могут добиться некоторой отстраненности, взглянуть на свои переживания как бы со стороны. Те, кто испытывает странные ощущения периодически, с перерывами, описывают их метафорически; те же, кто постоянно погружен в патологическую реальность, описывают свои переживания так, как люди обычно описывают свои галлюцинации. Так, например, больные часто употребляют такое сравнение: «сила притяжения, как на Сатурне». Одну больную (Хелин К.) спросили, каково быть паркинсоником. «Это все равно что попасть на очень большую планету, – ответила она. – Мне кажется, что я вешу несколько тонн, я раздавлена, я не могу двинуться с места». Несколько позже, после назначения леводопы, ее спросили, как она теперь себя чувствует, и больная (которая стала живой, подвижной и стремительной) ответила: «Я как будто попала на крошечную планету! Как на Меркурий! Нет, пожалуй, он слишком велик – на астероид. Я не могу удержаться на месте, я ничего не вешу. Я просто парю в воздухе. Все дело, оказывается, в силе тяжести – то она слишком большая, то слишком маленькая. Паркинсонизм – это тяжесть, леводопа – легкость, и очень трудно найти золотую середину». Такое же сравнение, только наоборот, часто используют больные с синдромом Жилия де ла Туретта (Сакс. 1981).

<sup>13</sup> Полное прекращение (акинезия) или выраженное замедление (брадикинезия) деятельности равным образом проявляются и в других сферах – они поражают все аспекты потока жизни, включая поток сознания. Так и паркинсонизм нельзя рассматривать как чисто двигательное расстройство. Например, у многих страдающих моторной акинезией пациентов наблюдается одновременное «залипание» сознания, или, иначе говоря, брадифрения. У таких пациентов поток мышления течет так же медленно и вяло, как поток движений. Поток мышления, поток сознания у этих больных ускоряется под действием леводопы, причем временами настолько сильно, что можно говорить о тахифрении, когда врачу трудно уследить за ходом мыслей и формированием ассоциаций пациента. Опять же следует подчеркнуть, что в этих случаях речь идет не просто о моторной, но о перцептуальной инерции при паркинсонизме. Например, перспективное изображение куба или лестницы, которое нормальное сознание воспринимает сначала одним образом, а потом другим (речь идет об используемых в психологических тестах многозначных рисунках, когда одни и те же линии можно воспринимать как совершенно разные изображения – например, как изображение вазы или двух лиц, смотрящих друг на друга. Особенностью человеческой психики является невозможность представить себе обе картины одновременно. – *Примеч. пер.*). При паркинсонизме измененное восприятие регистрирует только одну картину или одну гипотезу и «застывает» на ней. При «пробуждении» восприятие «оттаивает», а потом претерпевает толчок, усиливаемый продолжающимся приемом леводопы. Сознание начинает двигаться в противоположном направлении, при этом перцептивные гипотезы могут неоднократно сменять друг друга в течение секунды.

ность показать, что все эти признаки являются в той или иной степени взаимозаменяемыми и представляют собой различные фазы, формы или трансформации паркинсонизма. Но у болезни Паркинсона и у паркинсонизма есть и отрицательные характеристики – это можно утверждать, не впадая в терминологическое противоречие. Например, некоторые больные – на это обратил внимание еще Шарко – могут часами сидеть в полной неподвижности, причем с совершенно отчетливо выраженным отсутствием какого бы то ни было побуждения к движению. Они, казалось, были вполне довольны своим ничегонеделанием; они были начисто лишены «воли» начинать или продолжать какую-либо деятельность, однако те же больные прекрасно двигались, если стимул, приказ или просьба исходили от другого человека – *извне*. О таких пациентах говорили, что они страдают отсутствием воли, или абулией.

Другими аспектами такого негативного расстройства или дефицита при паркинсонизме являются ощущения усталости и отсутствия энергии, какого-то отупения – оскудения чувств, либидо, мотиваций и внимания. В большей или меньшей степени все больные паркинсонизмом демонстрируют нарушение движения, побуждения, инициативы, живости и т. д., то есть проявляют черты, свойственные человеку, испытывающему муки депрессии<sup>14</sup>.

Таким образом, больные паркинсонизмом одновременно страдают (хотя и в разных пропорциях) от отсутствия и от присутствия патологии. Первое отрезает их от гладкого и адекватного протекания нормальных движений (и, в тяжелых случаях, от потока нормального восприятия и мышления) и воспринимается ими как слабость, усталость, отчуждение, лишение; последнее же состоит в озабоченности, аномальной активности, патологической организации деятельности, которая, так сказать, расширяет и раздувает поведенческие реакции до бессмысленных, болезненных и инвалидизирующих масштабов. Создается впечатление, что больные настолько *переполнены* своим паркинсонизмом в сочетании с патологическим возбуждением (эретизмом), насколько человек вообще может быть переполнен болью, удовольствием, яростью или неврозом. Замечание о том, что паркинсонизм оказывает на больного неслыханное давление, что прежде всего проявляется феноменом *kynesia paradoxa* – то есть внезапным и полным (хотя и преходящим) исчезновением симптомов паркинсонизма, – феноменом, который чаще всего и с наибольшей силой проявляется именно у больных, страдающих тяжелыми формами паркинсонизма<sup>15</sup>.

<sup>14</sup> У Эстер И. мы наблюдали особую форму негативного расстройства, не описанную в классической литературе (см. с. 191–196).

<sup>15</sup> Создается впечатление, что таких пациентов – ригидных, скованных, неподвижных, безжизненных как статуи – вдруг вызывает к нормальной жизни и действию какая-то острая необходимость, которая привлекает внимание больного (в одном известном случае больной паркинсонизмом спас тонущего человека, соскочив с инвалидной коляски и бросившись в воду). Возвращение в болезненное паркинсоническое состояние в таких случаях, как этот, происходит так же внезапно и драматично, как и его исчезновение; внезапно нормальный бодрствующий пациент, который совершил быстрое и координированное действие, снова падает в кресло, как падает на руки продавцов бездушный манекен. Доктор Джеральд Стерн рассказал мне об одном таком больном из Хайлендского госпиталя (Лондон). Этот больной по прозвищу Пускас (по имени знаменитого футболиста пятидесятых годов Пускаса) обычно сидел в полном оцепенении до тех пор, пока ему не бросали мяч. Больной тотчас пробуждался, подхватывал мяч ногой и принимался с поистине акробатической ловкостью вести его по коридору. Если же Пускасу бросали спичечный коробок, то он принимал его ногой, подбрасывал вверх, ловил рукой, потом опять подбрасывал вверх ногой, а после этого, играя в чеканку коробком, мог проскакать на одной ножке по всему коридору. Какой-либо иной, «нормальной», деятельностью больной заниматься не мог – он проявлял лишь такую причудливую активность, которая заканчивалась так же неожиданно и резко, как начиналась. Приведу еще одну историю из жизни Хайлендского госпиталя. Двое больных находились в одной палате в течение двадцати лет. Они не общались и, казалось, не испытывали друг к другу никакого интереса, оба были немые и абсолютно неподвижны. Однажды, во время обхода, доктор Стерн вдруг услышал из этой палаты страшный шум. Ворвавшись туда в сопровождении двух медсестер, он увидел, что пациенты катаются по полу, свирепо сцепившись друг с другом, и выкрикивают нецензурные ругательства. По словам доктора Стерна, «это было невероятно – мы не могли даже вообразить, что эти пациенты способны двигаться». С большим трудом больных удалось растащить и прекратить драку. Как только их растащили, они снова впали в свое обычное молчаливое оцепенение. Такими они оставались на протяжении следующих пятнадцати лет. За тридцать пять лет, что они провели в одной палате, это был единственный раз, когда они «ожили». Такая смена акинезии со вспышками двигательной одаренности очень характерна для больных постэнцефалитическим синдромом. Вспоминаю одну больную (не из «Маунт-Кармеля»), которая сидела неподвижно до тех пор, пока ей не бросали три апельсина. Она ловила их и немедленно принималась мастерски ими жонглировать. Она могла жонглиро-

Трудно представить, что столь глубокий дефицит может исчезнуть мгновенно, словно по мановению волшебной палочки, но легко предположить, что может мгновенно исчезнуть гнет тяжелого груза или что сильный заряд внезапно разряжается. Такие концепции всегда подразумевались, а иногда высказывались открыто, например, тем же Шарко, который не устал подчеркивать близкую аналогию, возможно, существующую между различными формами или «фазами» паркинсонизма и невротического состояния. Шарко ясно видел формальное сходство или аналогию трех четко различимых, но взаимозаменяемых фаз паркинсонизма – пластично-персеверативной, обструктивно-резистивной и эксплозивно-ускоренной – с пластической, ригидной и ажитированной формами кататонии и истерии. Эти прозрения получили твердое обоснование в двадцатые годы, когда были сделаны наблюдения, касающиеся необычных типов слияния паркинсонизма с другими расстройствами, возникавшими у жертв эпидемии энцефалита. Эти наблюдения были впоследствии забыты или вытеснены из сознания неврологов. Эффекты леводопы, как мы увидим, побуждают нас восстановить в тонкостях анализ и аналогии, замеченные Шарко и его современниками.

---

вать семью предметами, и могла делать это до получаса. Как только она роняла один предмет или если ее останавливали, она немедленно снова впадала в оцепенение. Другой больной (Морис П.), поступивший в «Маунт-Кармель» в 1971 году, был абсолютно неподвижен. Я нисколько не сомневался в том, что он вообще не в состоянии двигаться, и долго считал его больным с безнадежной акинезией. Это продолжалось до тех пор, пока однажды он, в то время когда я сидел рядом с его койкой и делал запись в истории болезни, не схватил мой офтальмоскоп – довольно сложный оптический инструмент, – разобрал его на части, снова собрал, а потом мастерски симитировал мою с ним работу. Все это безупречное «представление» длилось не более нескольких секунд. Менее внезапными и совершенными, но имеющими большее терапевтическое значение, являются случаи частичного устранения симптомов паркинсонизма в ответ на интересные, мотивирующие ситуации, *приглашающие* больного отреагировать способом, несвойственным для паркинсонизма. Различные формы такой лечебной активизации приведены в биографиях описанных в книге больных и обсуждаются на с. 120 и в приложении «Паркинсоническое пространство и время» на с. 495.

## Сонная болезнь (Летаргический энцефалит)

Зимой 1916/17 года в Вене и некоторых других городах внезапно появилась «новая» болезнь, которая за три года распространилась настолько широко, что приняла характер пандемии. Проявления сонной болезни<sup>16</sup> оказались весьма разнообразными. Трудно было найти двух пациентов с одинаковыми симптомами. Клиническая картина, как правило, была довольно странной, отсюда и множество наименований, какие получило новое страдание: эпидемический делирий, эпидемическая шизофрения, эпидемический паркинсонизм, эпидемический рассеянный склероз, атипичное бешенство, атипичный полиомиелит и т. д. и т. п. Казалось, на людей одновременно обрушились сотни новых болезней, и лишь благодаря прозорливости и проницательности Константина фон Экономо, а также проведенным им патолого-анатомическим исследованиям головного мозга умерших пациентов, позволившим, кроме уникальной морфологической картины поражения, выявить также субмикроскопический фильтрующий возбудитель (вирус), введением которого можно было, как оказалось, вызвать развитие той же болезни у экспериментальных животных (обезьян), была установлена многогранная и изменчивая картина одного и того же заболевания. *Летаргический энцефалит (encephalitis lethargica)*, как назвал открытую им болезнь сам фон Экономо, оказался тысячеголовой гидрой<sup>17</sup>.

\* \* \*

Хотя в прошлом было бесчисленное количество более мелких эпидемий, включая лондонскую эпидемию сонной болезни 1672/73 года, мир не видел такой пандемии, которая началась в 1916–1917 годах. Пандемия, свирепствовавшая в течение десяти лет, унесла или искалечила жизнь почти пяти миллионам человек до того, как исчезла – так же внезапно и таинственно, как разразилась. Эпидемия летаргического энцефалита резко прекратилась в 1927 году<sup>18</sup>.

<sup>16</sup> В Америке термином «сонная болезнь» пользуются как для обозначения африканского зооноза, эндемичного, вызываемого трипаносомами заболевания, так и для обозначения вызываемого вирусами заразного инфекционного заболевания *летаргического энцефалита*. В Англии это последнее называют сонной болезнью.

<sup>17</sup> Такое клиническое и эпидемиологическое разнообразие послужило причиной невообразимой путаницы. В Англии осознание того, что новая и весьма странная болезнь уже давно шествует по стране семимильными шагами, появилось в первые недели 1918 г., и можно легко оценить волнение, охватившее врачей, если посмотреть номер «Ланцета» от 20 апреля того же года и прочесть чрезвычайный доклад, подготовленный Издательством Его Величества в октябре 1918 г. (см. Издательство Его Величества, 1918 г.). Были и более ранние сообщения об этом заболевании – из Франции, Австрии, Польши и Румынии (первые появились еще зимой 1915/16 года), но об этих случаях в Англии было неизвестно из-за трудностей в распространении информации, обусловленных военным временем. Из доклада Издательства Его Величества ясно видно, какая царила растерянность. Это становится понятным уже из многочисленности наименований, под которыми появлялись сообщения о новом и неидентифицированном заболевании: ботулизм, токсическая офтальмоплегия, эпидемический ступор, эпидемический летаргический энцефалит, острый полиоэнцефалит, болезнь Гейне-Медина, бульбарный паралич, истероидная эпилепсия, острая деменция, а иногда и вовсе «неизвестная болезнь с мозговыми симптомами». Этот хаос продолжался до тех пор, пока фон Экономо не внес в него ясность и не выявил болезнь, которая по праву носит его имя. Во Франции Крюше за десять дней до фон Экономо описал сорок случаев «подострого энцефаломиелимита», но авторы не узнали о работах друг друга, ибо Париж и Вена находились по разные стороны линии фронта и, как метко заметили впоследствии, сама болезнь распространялась гораздо быстрее, чем сведения о ней. Споры о приоритете были раздуты невероятно, и не столько самими исследователями, сколько силами, подогревавшими национальный дух и национальную гордость. Несколько лет во французской литературе писали о болезни Крюше, а в немецкой – о болезни фон Экономо. Остальной мир, оставшись нейтральным, знал эту болезнь под названием летаргического энцефалита, эпидемического энцефалита, хронического энцефалита и т. д. Действительно, каждый мало-мальски уважавший себя невролог имел для болезни собственное название: для Кинньера Уилсона это был мезенцефалит, для Бернарда Сакса – базиллярный энцефалит, а для обывателя это была просто сонная или дремотная болезнь.

<sup>18</sup> Существовали связь и частичное совпадение по времени большой пандемии энцефалита и всемирной эпидемии «испанки» – так же как за тридцать лет до этого итальянской «*nona*» предшествовала хоть и местная, но весьма тяжелая по своим последствиям эпидемия гриппа. Вероятно, хотя и недостоверно, что грипп и энцефалит были отражениями воздействия двух различных вирусов, но высокая степень вероятности того, что эпидемия гриппа каким-то образом вымостила дорогу эпидемии энцефалита и что вирус гриппа потенцировал эффекты вируса энцефалита или катастрофическим образом снизил

Треть больных погибла в острой стадии сонной болезни, впад в состояние комы, из которой их было невозможно пробудить, или в состояние столь интенсивной бессонницы, что их невозможно было погрузить в сон никакими средствами<sup>19</sup>. Больные, пережившие чрезвычайно тяжелую форму смены сомноленции и бессонницы такого рода, часто оказывались не в состоянии восстановить свою прежнюю живость. Да, они находились в сознании и их можно было назвать бодрствующими, но это не было полноценным бодрствованием. Неподвижные и безмолвные, они целыми днями сидели в креслах, абсолютно лишённые энергии, побуждений, инициативы, мотиваций, аппетита, эмоций или желаний. Они вяло и пассивно, не выражая активного внимания, отмечали то, что происходило вокруг них, проявляя лишь глубокое безразличие. Они не проявляли и не чувствовали жизни, были столь же бесплотными, как привидения, и пассивными, как зомби: фон Экономо сравнивал их с потухшими вулканами. Если воспользоваться языком неврологов, можно сказать, что это были «негативные» расстройства поведения, то есть полное его отсутствие. Онтологически эти больные были мертвы, отчужденны или «спали», ожидая пробуждения, которое пришло (к ничтожной части, которая выжила) пятьдесят лет спустя.

Если эти «негативные» состояния, или *абсансы*, более разнообразны и тяжелы, чем при обычной болезни Паркинсона, то с еще большим основанием это можно сказать о бесчисленных «позитивных» расстройствах, или *презансах*, обусловленных сонной болезнью: действительно, в своей огромной монографии фон Экономо насчитал более пятисот различных форм и разновидностей таких расстройств<sup>20</sup>.

---

сопротивляемость организма к нему. Так, с октября 1918-го по январь 1919 года, когда половина населения Земли страдала гриппом или его осложнениями, а более двадцати одного миллиона человек умерло, энцефалит проявился в своей наиболее тяжелой и агрессивной форме. Если сонная болезнь была таинственным образом забыта, то же самое с полным правом можно сказать и о великой пандемии гриппа (которая стала самой смертоносной эпидемией после «Черной смерти» в Средние века). В этой связи можно вспомнить Х.Л. Менкена, написавшего в 1936 году: «Эту эпидемию редко упоминают, и большинство американцев забыло о ней. Такая забывчивость не должна удивлять. Человеческий разум всегда пытается вычеркнуть из памяти невыносимое переживание, так же как пытается прятать его от себя, пока оно присутствует».

<sup>19</sup> Абсолютная неспособность заснуть (агрипния) даже при отсутствии других симптомов неизбежно заканчивалась смертью больного в течение десяти – четырнадцати дней. Тяжесть состояния таких больных (у них оказались разрушенными церебральные механизмы сна) показала впервые и со всей очевидностью необходимость для человека физиологического сна. Порой бессонница сопровождалась постоянным неукротимым возбуждением, которое доводило больных до иступления, телесного и душевного бешенства. Эти больные находились в состоянии непрерывного возбуждения и движения до самой смерти, которая наступала от полного истощения сил в течение недели – десяти дней. Хотя для обозначения этого состояния часто употребляли термины «мания» и «кататоническое возбуждение», оно все же больше напоминало по своим проявлениям бешенство, с которым его часто путали. Но больше всего это напоминало состояние острого мозгового возбуждения с невероятным натиском сменяющих друг друга мыслей и насильственных движений, которые можно наблюдать при остром отравлении спорыньей; удивительная и поразительная картина такого отравления, поразившего одну французскую деревню, жители которой одновременно отравились зараженным хлебом, описана Джоном Г. Фуллером в книге «День огня святого Антония». Литературное изображение больных, неспособных уснуть, день и ночь возбужденно говорящих, строящих невероятные гримасы, шумящих, постоянно и компульсивно двигающихся и дергающихся, движимых приливом напора и энергии, перед которыми невозможно устоять и которые не дают ни малейшего отдыха до самой смерти от истощения, наступающей через неделю после отравления, заставило меня немедленно вспомнить больных, пораженных гиперкинетической инсомнической формой летаргического энцефалита.

<sup>20</sup> Огромный диапазон постэнцефалитических симптомов – особенно изолированные нарушения сна, сексуальности, аффекта, аппетита – настолько зачаровал физиологов и врачей, что в двадцатые и тридцатые годы возникла новая наука – поведенческая неврология. Однако в этом ошеломляющем скоплении симптомов (которое Маккензи назвал «хаосом») фон Экономо сумел разглядеть три основных вида поражения или типа заболевания: сомнолентно-офтальмоплегический, гиперкинетический и миостатически-акинетический (согласно его терминологии). Эти типы соответствуют поражениям трех типов нейронов (первая форма возникает в результате повреждения ствола головного мозга, той структуры, которую позднее назвали «активирующей системой» ствола; последняя форма, соответствующая паркинсонизму, возникает в результате повреждения черной субстанции, а самое сложное расстройство – импульсивно-эмоциональная гиперкинетическая форма, напоминающая синдром Туретта, – возникает в результате повреждения промежуточного мозга и гипоталамуса). Классические исследования подкорковых функций, выполненные Гессом (за которые он впоследствии был удостоен Нобелевской премии), были в первую очередь стимулированы удивлением, вызван невиданными ранее симптомами летаргического энцефалита (эта история описана в предисловии к его монографии «Промежуточный мозг», 1954 год).

Вероятно, самыми распространенными из всех нарушений были паркинсонические расстройства того или иного рода, хотя они часто проявлялись только через много лет после острой фазы заболевания, перенесенного во время эпидемии. Постэнцефалитический паркинсонизм, в противоположность обычному, или идиопатическому, паркинсонизму, в меньшей степени проявлялся тремором и ригидностью (на самом деле иногда эти симптомы вовсе отсутствовали), но в большей – более тяжелыми состояниями «эксплозивных» и «обструктивных» нарушений, акинезией и акатизией, толчками и сопротивлением, поспешностью и резкими остановками и т. д., а также более выраженной тяжестью пластично-персеверативной акинезии, которую Говерс сравнивал с каталепсией.

Действительно многие больные погружались в состояние паркинсонической акинезии настолько глубоко, что превращались в живые статуи, сохраняя абсолютную неподвижность в течение часов, дней, недель или даже лет – до самого конца. Неизмеримо большая тяжесть этих энцефалитических и постэнцефалитических состояний показала, что *все* аспекты бытия и поведения: восприятие, мышление, побуждения и чувства – не в меньшей степени, чем двигательная активность, могут быть приведены в состояние полного паралича активным обездвиживающим паркинсоническим поражением.

Почти так же часто, как эти паркинсонические нарушения, а нередко и сосуществуя с ними, наблюдались *кататонические* расстройства любого типа. Именно это проявление заболевания дало повод назвать его эпидемической шизофренией, ибо кататония, до ее появления в клинической картине эпидемического энцефалита, рассматривалась как краеугольный камень шизофренического синдрома. Однако большинство больных, у которых развилась кататония на фоне сонной болезни, не страдали шизофренией и своим примером доказали, что к кататонии, если можно так выразиться, существует прямой физиологический подход, и не всегда кататония является защитным маневром, к которому больной шизофренией прибегает в периоды невыносимого стресса и отчаяния<sup>21</sup>.

Генерализованные формы, или «фазы», энцефалитической кататонии оказались аналогичными таковым формам паркинсонизма, но проявлялись на более высоком и более сложном уровне. Обычно субъективные ощущения принимали совершенно такую же форму, как и объективное поведенческое состояние. Так, некоторые больные проявляли автоматическую податливость, или «послушание», поддерживая (бесконечно и без видимого усилия) любую позу, которую им придали или которую они приняли самостоятельно. Они как эхо повторяли слова, фразы, застревали на мыслях, восприятиях или действиях, бесконечно проходя по одному и тому же заколдованному кругу, после того как им было предложено определенным образом говорить, думать или действовать (палилалия, эхололия, эхопраксия и т. д.).

У других больных поражения являлись полной антитезой только что упомянутым («инструктивный негативизм», «блок» и т. д.), так как они немедленно предупреждали, или препятствовали, или сопротивлялись любому предложенному действию или действию, которое сами намеревались совершить. То же самое в отношении мыслей, слов; в самых тяжелых случаях блокада такого типа может привести к полному прекращению всякого поведения и всех ментальных процессов (см. случай Розы Р.). Такие «зажатые» больные кататонией – так же, как «зажатые» паркинсоники, – могут внезапно вырываться из своего неподвижного состояния и впадать в состояние лихорадочной умственной и физической активности. Во время эпидемии летаргического энцефалита врачи наблюдали великое множество разнообразных тиков,

---

<sup>21</sup> Больные с постэнцефалитическим синдромом, если могут говорить (в самых тяжелых случаях это оставалось невозможным в течение пятидесяти лет, после которых им стали назначать леводопу), снабдят нас уникальным, подробным и точным описанием состояний кататонического транса, «очарования», «принудительного мышления», «блокады мыслей», «негативизма» и т. д., о которых больные шизофренией не желают или не могут рассказать или которые они описывают в искаженной, манерной, магической или иной «шизофренической» форме.

при этом периоды повышенной активности сменялись тиками «неподвижности», или кататонией (Ференци называл эти сменяющие друг друга тики катаклонией).

Во время острой фазы энцефалита и в течение нескольких лет после нее наблюдали невообразимое разнообразие произвольных и компульсивных движений: миоклонические подергивания и спазмы; состояния подвижной спастики (атетозы), дистонии и дистонические искривления (например кривошея) с функциональной организацией нарушений, напоминающей паркинсоническую ригидность; бесцельные вялые движения, беспорядочно перемещающиеся от одной части тела к другой (хорея), а также широчайший диапазон тиков и компульсивных движений на всех функциональных уровнях – зевание, кашель, шмыгание носом, вздохи, пыхтение, задержка дыхания, застывание взора, его фиксация, нечленораздельное мычание, пронзительные вопли, ругательства и т. д. – результаты внезапных принудительных побуждений<sup>22</sup>.

На самом высоком функциональном уровне *летаргический энцефалит* проявляется невротическими и психотическими расстройствами всех типов, и большая часть больных с такими расстройствами первоначально расценивались как больные с функциональными обсессивными и истерическими неврозами, до тех пор пока в клинической картине не появлялись другие симптомы, указывавшие на энцефалитическую этиологию этих жалоб. Интересно в этой связи отметить, что «окулогирные кризы» считались чисто «функциональными» и истерическими в течение нескольких лет после их первого описания.

Непосредственными осложнениями сонной болезни часто бывают четко очерченные формы аффективно-компульсивных расстройств, в частности, эротомания, эретизм, усиление либидо и склонность к скандалам, вспышкам ярости и деструктивному поведению – с другой. Эти формы поведения с особой отчетливостью и неприкрытостью проявляются у детей, у которых иногда резко меняется характер. Они становятся импульсивными, дерзкими, деструктивными, бесшабашными, распутными и похотливыми, иногда их поведение становится поистине неуправляемым. Таких детей часто называли ювенильными психопатами и моральными идиотами<sup>23</sup>.

Сексуальные и деструктивные вспышки редко наблюдаются у взрослых, которые «ориентированы» (предположительно) на другие, более «позволяющие» реакции и выражения. В частности, Желлифи<sup>24</sup>, который предпринял длительное и тщательное психоаналитиче-

---

<sup>22</sup> Главная мысль стихотворения Тома Ганна выражена в следующей строчке: «К цели всегда ближе тот, кто не стоит на месте». В стихотворении речь идет о лежащем в основе всякой деятельности *побуждении двигаться*, о побуждении к движению, которое всегда каким-то таинственным образом имеет цель, направленность. Но это утверждение несправедливо по отношению к большому паркинсонизмом. Он ни к чему не приближается в результате своих движений. И в этом смысле его движения нельзя назвать истинными, так же как и отсутствие движения у такого больного не есть состояние покоя. Путь паркинсоника – это дорога в никуда, страна паркинсоника – это земля парадоксов и тупикиков.

<sup>23</sup> Среди многих выдающихся врачей, которые пристально изучали характерологические нарушения, обусловленные сонной болезнью, стоит особо выделить доктора Г.А. Одена (отца поэта У.Х. Одена). Доктор Оден подчеркивал, что такие изменения по своей природе не всегда надо считать чисто разрушительными или деструктивными. Доктор Оден, менее других своих коллег склонный рассматривать все проявления болезни как патологию, утверждал, что некоторые из таких больных, особенно дети, могут «пробудиться» к истинной (хотя и болезненной) гениальности, достичь неожиданных высот и глубин. Это замечание о болезни с дионисийским потенциалом часто обсуждалось в семье Одена и стало излюбленной темой в мыслях У.Х. Одена. Многие художники того времени, вероятно, больше других Томас Манн, были поражены спектаклем, явленным миру болезнью, которая смогла бы, пусть даже и не без двусмысленности, поднять деятельность мозга на новую высоту, обострить его восприимчивость и настроить на более творческую волну. В «Докторе Фаустусе» дионисийскую лихорадку автор сделал следствием нейросифилиса, но подобная аллегория чрезвычайной возбудимости, за которой следует (или за которую платят) изнурение и истощение, приложима и постэнцефалитической инфекции.

<sup>24</sup> Смит Эли Желлифи, человек, внесший одинаково выдающийся вклад в неврологию и психоанализ, стал, вероятно, самым придирчивым наблюдателем сонной болезни и ее последствий. Именно он подвел итог результатам эпидемии: «В монументальном рывке вперед, который совершила нейропсихиатрия в течение прошедших десяти лет, ни одно событие не сыграло столь важной роли, как изучение эпидемического энцефалита. Ни одна другая индивидуальная группа болезненных реакций не смогла таким коренным образом изменить фундамент нейропсихиатрии как целого... *Стала императивной необходимостью*

ское исследование отличавшихся высоким интеллектом больных постэнцефалитическим синдромом, неопровержимо показал, как возбуждение эротических и враждебных чувств могло превращаться и действительно превращалось не только в невротическое и психотическое поведение, но и в тики, кризы, кататонию и даже паркинсонизм. Взрослые больные с постэнцефалитическим синдромом, таким образом, продемонстрировали исключительную способность поглощать интенсивные чувства и выражать их обходными физиологическими путями. Они были одарены или прокляты патологически экстравагантной способностью к самовыражению, или (по выражению Фрейда) «соматической покорности».

Почти половина выживших больных стала подвержена необычайным кризам, в ходе которых они могли испытывать, например, одновременное наступление паркинсонизма, кататонии, тиков, одержимости, галлюцинаций, блокады, повышенной внушаемости или негативизма и тридцать или сорок других нарушений. Такие кризы обычно длились несколько минут или часов и проходили так же внезапно, как и начинались<sup>25</sup>. Кризы отличались выраженной индивидуальностью, не было двух больных с одинаковой симптоматикой. В кризах различными способами отчетливо проявлялись фундаментальные аспекты характеров, личностные свойства, анамнез, восприятия и фантазии каждого конкретного пациента<sup>26</sup>. На эти кризы, к лучшему

---

*стью радикальная смена ориентиров»* (Джеллифи, 1927 год).

<sup>25</sup> Поразительную изменчивость таких кризов и их доступность для суггестии можно проиллюстрировать на примере пациентки Лилиан У., чей случай не описан в данной книге. Лилиан страдала по меньшей мере сотней кризов различных форм и типов: икотой, приступами одышки, окулогириями, шмыганьем, приступами потливости, приступами, которые проявлялись покраснением и чувством жара в левом плече, клацаньем зубов, пароксизмальными приступами тиков, повторными ритуализованными приступами, в течение которых она либо трижды топала ногой, предварительно поставив ее в три различные положения, либо четырежды хлопала себя по лбу в раз и навсегда определенные места; приступами счета; приступами речевых итераций, в ходе которых стереотипные фразы повторялись в стереотипной последовательности; паническими атаками; приступами бессмысленного смеха и т. д. и т. д. Любое напоминание (вербальное или иное) о каком-либо типе криза немедленно вызывало его у этой пациентки (это постоянно можно сравнить с неизбежностью захода солнца). У Лилиан У. наблюдались также весьма причудливые «смешанные кризы», в которых великое разнообразие феноменов (шмыганье, окулогирия, одышка, счет и т. д.) соединялись в неожиданные (и очевидно бессмысленные) комбинации. Более того, каждый раз проявлялось новое, не менее странное сочетание. Хотя мне пришлось наблюдать десятки таких сложных кризов, я так и не сумел отыскать в них никакого физиологического или даже символического единства, и через некоторое время перестал его искать и принял эти кризы как абсурдное соположение физиологических странностей или, если угодно, импровизированный коллаж физиологических безделушек. Вот как относилась к своим смешанным кризам сама миссис У., талантливая женщина, не обделенная чувством юмора. «Это какой-то хаос и полный беспорядок, – говорила она. – Какая-то запущенная лавка, блошинный рынок, барахолка, скопище хлама, который обычно за ненадобностью выбрасывают на чердак». Иногда, однако, в этих кризах просматривалась некая упорядоченность, признаки были четко очерчены, хотя и совершенно непонятны, иногда в них можно было разглядеть мучительные намеки на едва ли представимое единство, цельность или осмысленное значение. О таких кризах миссис У. говорила так: «Это было просто изумительно, приступ какого-то сюрреализма. Я думаю, этот приступ что-то явно хотел мне сказать, но не понимаю, что именно. Больше того, я даже не знаю, на каком языке он говорил». У некоторых моих студентов, которым случалось быть свидетелями этих приступов, также складывалось впечатление о чем-то сюрреалистическом. «Это какая-то дичь, – сказал как-то один из них. – Совсем как у Сальвадора Дали!» Другой студент, фантастически расположенный к больной, сравнил ее кризы со сверхъестественными, неземными зданиями или такой же музыкой: «Это какие-то марсианские церкви или арктурская полифония». Хотя мы не были склонны к такой интерпретации кризов Лилиан У., все же чувствовали в них странное очарование – очарование сновидений или своеобразных форм искусства. Размышляя о паркинсонизме как об относительно простом и связанном сне среднего мозга, я сразу вспоминаю Лилиан У. и ее кризы как сюрреалистический бред переднего мозга.

<sup>26</sup> Нередко во время первого криза улавливалось чувственное ощущение *момента бытия*. Криз «захватывал» его и в дальнейшем носил ту же самую стереотипную картину. Так, Джеллифи (1932) упоминает о человеке, у которого окулогирный криз впервые произошел во время игры в крикет, когда он внезапно вскинул голову вверх, чтобы поймать улетающий верхний мяч. (Его так и унесли с поля пребывающим в трансе с поднятой вверх рукой и зажатым в кулаке мячом.) С тех пор, когда бы ни происходил окулогирный криз, он неизменно сопровождался полным повторением того оригинального, гротескного и комического момента: это снова был 1919 год, необычайно жаркий июльский день; в полном разгаре субботний матч; снова Тревел्यान бьет в «шестерку», мяч летит, приближается, и его надо поймать – СИЮ МИНУТУ, ЗДЕСЬ И СЕЙЧАС! Точно так же моменты бытия могут быть вкраплены в картины эпилептических припадков, особенно при их психомоторном типе. Пенфилд и Перо, оставившие весьма летальные их описания, предполагают, что в коре головного мозга могут застревать такие окаменелости памяти – воспоминания, которые в норме дремлют и забываются, но могут внезапно ожить и реактивироваться в особых условиях. Такие феномены служат подтверждением мнения о том, что наши воспоминания или переживания являются не более чем коллекцией моментов.

или к худшему, можно было влиять внушением, эмоциональными проблемами или текущими событиями.

Кризисы такого рода стали большой редкостью после 1930 года, но я акцентирую свое внимание на них и их характерных чертах, потому что они демонстрируют замечательное сходство с определенными состояниями, которые можно индуцировать приемом леводопы не только у больных, страдающих постэнцефалитическим синдромом, но и у более стабильных пациентов, страдающих обычной болезнью Паркинсона.

Только одно свойство, одно-единственное, оставалось не подверженным влиянию этого всепожирающего заболевания. Это «высшие способности» – рассудок, воображение, способность к суждениям и чувство юмора. Для них недуг – к лучшему или к худшему – сделал исключение. Так, больные, поставленные на грань человеческих возможностей, воспринимали и переживали свое состояние с беспощадной пронизательностью и сохраняли способность вспоминать, сравнивать, анализировать и свидетельствовать. На их долю выпала, так сказать, роль единственных свидетелей уникальной неповторимой катастрофы.

## Последствия сонной болезни (1927–1967)

Хотя казалось, что многие больные выздоровели от сонной болезни и обрели способность вернуться к обычной нормальной жизни, у большинства из них впоследствии развились те или иные неврологические или психиатрические расстройства – чаще всего паркинсонизм. Почему после нескольких лет или даже десятилетий полного здоровья развивался именно такой постэнцефалитический синдром, остается по сей день загадкой, так и не получившей удовлетворительного объяснения.

Картина постэнцефалитических синдромов отличалась весьма широкой вариабельностью: иногда они протекали стремительно, быстро приводя к инвалидности и смерти, а порой же шли очень медленно. В некоторых случаях они прогрессировали до определенной степени выраженности, а потом на годы и десятилетия застывали в одном положении. Иногда же синдром развивался, а потом самостоятельно проходил и бесследно исчезал. Такая вариабельность клинической картины также остается загадкой без однозначного и простого объяснения.

Определенно ответ не удастся найти в микроскопической морфологической картине болезненных процессов, как думали одно время. Нельзя также сказать, что эти больные постэнцефалитическим синдромом просто продолжали страдать «хроническим энцефалитом», так как у них не было признаков активной инфекционной или воспалительной реакции. Более того, была выявлена весьма низкая корреляция между тяжестью клинической картины и выраженностью морфологических признаков поражения в той мере, в какой ее можно было оценить микроскопическими и биохимическими методами. В одних случаях наблюдали больного с тяжелейшими клиническими проявлениями болезни, но с очень скудными изменениями головного мозга, или, наоборот, встречались больные с массивными морфологическими поражениями мозга, но практически без малейших клинических признаков инвалидности или какого бы то ни было заболевания.

Из этих несовпадений неопровержимо следовало одно: кроме локальных изменений головного мозга, существуют другие детерминанты клинического состояния и поведенческих нарушений. Стало ясно, что предрасположенность или склонность к паркинсонизму, например, не является фиксированным выражением повреждений «паркинсонического центра» в мозгу, а зависит от бесчисленного множества дополнительных факторов.

Представлялось, как неоднократно подчеркивали Джеллифи и некоторые другие авторы, что *качества* индивида: его сила и слабости, сопротивляемость и податливость, мотивы и переживания и т. д. – играли важную роль в определении тяжести, особенностей течения и формы его индивидуального заболевания. Так, в тридцатые годы XX века, во времена почти безраздельного господства исключительного внимания к специфическим механизмам в физиологии и патологии, странная эволюция болезни у пациентов с постэнцефалитическим синдромом заставила вспомнить концепции Клода Бернара о «территориях» и «внутренней среде», а также такие древние понятия, как конституция, диатез, идиосинкразия, предрасположенность и т. д., ставшие столь немодными в XX веке. Столь же отчетливыми, сколь и блестяще проанализированными Джеллифи, оказались и эффекты внешней среды, обстоятельств и ближайшего окружения жизни каждого пациента.

Таким образом, постэнцефалитическую болезнь ни в коем случае нельзя считать простым заболеванием, ее надо рассматривать как индивидуальное творение величайшей сложности, направляемое не просто первичными болезненными процессами, но целым сонмом личностных черт и социальных условий. Короче, синдром надо рассматривать как невроз или психоз, как столкновение сенсibilизированной личности с ее окружением. Конечно, данные рассуждения очень важны в понимании реакций этих больных на прием леводопы.

Сегодня уже невелико число людей, переживших энцефалит, людей, которые, невзирая на паркинсонизм, тики или другие проблемы, все еще живут активной и независимой жизнью (см., например, историю болезни Сесил М.). Это счастливое меньшинство, которое по тем или иным причинам сумело удержаться на плаву и не пойти на дно болезни, инвалидности, зависимости, деморализации и т. д. – не дало увлечь себя поездку паркинсонических зол. Но для большинства пациентов, перенесших энцефалит – вследствие тяжести заболевания, их слабостей и склонностей или простого невезения, – судьба уготовила куда более темное и безрадостное будущее.

Мы уже подчеркивали нераздельное единство болезни пациента, его «я» и его мира, и как все эти составляющие, сплетенные многообразными взаимодействиями и бесконечными порочными кругами, могут погрузить больного в надир его существования. Какой вклад в это опускание на дно вносят те или иные факторы, можно, вероятно, раскрыть в процессе длительного интимного контакта с каждым конкретным больным, но к этим факторам невозможно приложить обобщающее, универсально пригодное для всех случаев лекало. Можно лишь сказать, что большинство выживших пациентов опускались в болезнь все глубже и глубже, круг за кругом, углубляясь в заболевание, безнадежность и невообразимое одиночество, их одиночество, которое стало самым невыносимым из всего, что им пришлось пережить.

«Как сама *болезнь* есть величайшая тайна, так и величайшая тайна болезни есть *одиночество*... *Одиночество* – мука, какой не угрожает нам даже ад».

*Донн*

Характер их болезни изменился. Первые дни эпидемии были временем кипения и страшного возбуждения, патологической говорливости, обилия движений и произвольных тиков, импульсивных действий и порывистых движений, маний и кризов, любопытства и страстей. К концу двадцатых годов острая фаза болезни осталась позади, энцефалитический синдром остыл и начал кристаллизоваться, как замерзающая вода. В начале двадцатых состояние неподвижности и оцепенения встречалось нечасто, но, начиная с 1930 года, оно стало накатываться на выживших больных огромной, вялой и медленной волной, окутывая их метафорическим (но не физиологическим) эквивалентом сна или смерти.

Паркинсонизм, кататония, меланхолия, транс, пассивность, обездвиженность, холодность, апатия – таковы были качественные определения длившегося десятилетия «сна», который сомкнулся над их головами с начала тридцатых годов. Некоторые пациенты в действительности впали в состояние безвременья, в стаз, лишенный каких бы то ни было событий, стаз, отчуждающий их от течения истории и жизни. Отдельные обстоятельства и происшествия – рев пожарной сирены, звук обеденного гонга, неожиданный приезд друзей или важные новости – могли внезапно оживить их на минуту. От такого возбуждения они становились чудесно оживленными и подвижными. Но то были редкие вспышки в глубинах окружавшего их мрака. По большей части они лежали неподвижные и безмолвные, безвольные и бездумные или охваченные мыслями и чувствами, застывшими для них в том моменте, когда долгий «сон» сомкнул свой непроницаемый шатер над их головами. Их ум оставался ясным и незамутненным, но все их существо, если можно так выразиться, оказалось запеленатым в твердый темный кокон.

Неспособные работать и удовлетворять свои потребности, создающие трудности ухаживающим за ними людям, беспомощные, погруженные в собственную беспомощность, стиснутые болезнью настолько, что потеряли возможность реагировать на окружающее или участвовать в нем, часто покинутые друзьями и семьей, не получая лечения, которое могло бы принести им пользу, эти пациенты попадали в специальные больницы для хронических больных, дома ухода и психиатрические лечебницы или специальные колонии. Там о них, как пра-

вило, забывали, они становились прокаженными наших дней. Так и умирали – тысячами и сотнями тысяч.

Но несмотря ни на что, многие из них продолжали жить. Их становилось все меньше, они старели и набирали болезни (хотя обычно выглядели моложе своих лет). По сути, их сделали узниками учреждений: они попали в глубочайшую изоляцию, лишились переживаний и в своем полузабытье и полусне грезил о том мире, в котором когда-то, очень давно, жили.

## Жизнь в «Маунт-Кармеле»

Госпиталь «Маунт-Кармель» был открыт вскоре после окончания Первой мировой войны для ветеранов с травмами и повреждениями нервной системы и для ожидавшихся жертв эпидемии сонной болезни. В те дни госпиталь представлял собой небольшой коттедж, рассчитанный на сорок коек, с большим участком и видом на красивую сельскую местность. Рядом находилась деревня Бексли-на-Гудзоне, и между ней и госпиталем установились дружеские отношения. Пациенты частенько заходили в деревню за покупками и пообедать, смотрели в местном кинотеатре немые черно-белые фильмы, а деревенские столь же часто навещали госпиталь. Свидания, танцы, иногда свадьбы. Временами местные жители и пациенты госпиталя сходились в дружеских поединках, играя в кегли или футбол, где деревенская основательность и рассудительность сталкивалась с порывистостью и быстротой движений, столь характерными для больных энцефалитом. Так было пятьдесят лет назад<sup>27</sup>.

Прошли годы, и все изменилось до неузнаваемости. Бексли-на-Гудзоне уже не деревня, а густонаселенный обшарпанный пригород Нью-Йорка. Канула в небытие размеренная и уютная деревенская жизнь, уступив место лихорадочной и торопливой нью-йоркской антижизни. У жителей Бексли не стало свободного времени, и они редко вспоминают теперь о госпитале, расположенном по соседству. Впрочем, «Маунт-Кармель» и сам уже давно страдает гипертрофией. Теперь это солидное лечебное учреждение на тысячу коек, давно поглотившее своими каменными зданиями весь участок. Окна теперь выходят не на живописный сад, а на уродливый пригород или вообще в никуда.

Еще печальнее и одновременно серьезнее то, что изменился характер госпиталя, незаметно и коварно произошло уничтожение былой атмосферы и теплоты *ухода*. В начале существования госпиталя, а точнее, до 1960 года, госпиталь был открыт и одновременно безопасен. В нем работали самоотверженные медицинские сестры, то же самое можно сказать и об остальном персонале. Большинство госпитальных должностей были почетными и добровольными, что будило в людях их лучшие качества. Например о доброте врачей вообще легенды складывались. И хотя больные постепенно становились старыми и дряхлыми, они по-прежнему могли рассчитывать на экскурсии, пикники и прогулки за городом.

В течение десяти лет, а точнее, за последние три года, все разительно переменялось. Госпиталь стал больше похож на крепость или тюрьму – как в своем внешнем облике, так и в стиле управления и руководства. Новая администрация стала отличаться строгостью и приверженностью «эффективности» и правилам, «фамильярность» с пациентами теперь запрещена и, во всяком случае, не поощряется. Закон и порядок вытеснили чувство товарищества и родственные отношения, иерархия отделила пациентов от персонала. При этом пациенты чувствуют, что они заключены «внутри», навсегда отлученные от внешнего мира, который остался за стенами госпиталя.

В этой тоталитарной структуре есть трещины, куда все же проникают истинные уход и забота. Многие представители среднего и низшего персонала – сестры, нянечки, уборщицы, физиотерапевты, трудотерапевты, логопеды и т. д. – отдают себя пациентам с беспредельными теплотой и любовью. Некоторые жители соседних кварталов оказывают больным доброволь-

---

<sup>27</sup> Аномальная резкость и быстрота движений – качества, часто сочетающиеся с неожиданной и странной склонностью к играм, – представляют преимущество в некоторых видах спорта. Так, один из моих пациентов, Уилбур Ф., был большим мастером любительского бокса в юности, уже после того как перенес энцефалит. Он показывал мне вырезки из старых газет, комментаторы которых приписывали его успехи на ринге не столько силе и технике, сколько чрезвычайной быстроте и *странности* его движений. Эти движения и приемы не были запрещенными, но были настолько причудливыми, что противники ничего не могли им противопоставить. Подобная же склонность к неожиданным, «озорным» движениям в сочетании с быстротой и изобретательностью весьма характерна для больных с синдромом Туретта (см.: Сакс, 1981).

ную, пусть и не профессиональную, помощь. К немногим больным приходят родственники и друзья. Короче, госпиталь теперь представляет собой заключенную в тесное пространство причудливую смесь, где переплелись в непрестанном соперничестве тепло и холод, свобода и гнет, человек и машина, жизнь и смерть<sup>28</sup>.

В 1966 году, когда я начал работать в «Маунт-Кармеле», там находились на лечении около восьмидесяти больных с постэнцефалитическим синдромом, самая многочисленная да, пожалуй, и единственная группа таких больных в Соединенных Штатах, и одна из немногочисленных групп в мире. Почти половина этих пациентов были погружены в состояние патологического «сна». Безмолвные и неподвижные, неспособные к самообслуживанию, они требовали полноценного ухода. У остальных степень инвалидности была меньше, они были не так зависимы от окружающих, не так изолированы и не пребывали в столь выраженной депрессии. Они были отчасти способны к самообслуживанию и вели в «Маунт-Кармеле» подобие общественной жизни. Естественно, всякие сексуальные отношения в госпитале были строжайше воспрещены.

За три года – с 1966 по 1969-й – мы перевели большинство больных с постэнцефалитическим синдромом (многие из них уже много лет были заточены в самых отдаленных закоулках госпиталя) в одно отделение, создав единое, органично устроенное, самоуправляемое сообщество. Мы сделали все, что было в наших силах, чтобы они снова почувствовали себя людьми, а не осужденными преступниками, отбывающими наказание в огромном холодном доме. Кроме того, мы предприняли розыск давно пропавших родных и друзей, надеясь, что дружеские и родственные связи, прерванные скорее временем и ленью, нежели враждебностью и чувством вины, могут быть восстановлены. Сам я тоже изо всех сил постарался установить с моими пациентами именно такие неформальные отношения.

Итак, те годы стали временем установления и восстановления сочувствия и родства, временем, когда начало таять строгое разделение госпиталя на злых надзирателей и несчастных заключенных. Все это наряду с другими методами и способами лечения привело к определенному, хотя и огорчительно слабому, улучшению в общем состоянии и неврологическом статусе наших пациентов. Но над всеми самыми героическими нашими усилиями, над всем, чего мы смогли и сумели достичь, довлел неимоверный груз болезни, сатурнианская сила тяжести паркинсонизма и его проявлений. За кулисами заболевания, смешиваясь с ним в устрашающий коктейль, незримо стояли упадок, духовное обнищание и искаженная действительность – следствия длительной изоляции и заточения<sup>29</sup>.

---

<sup>28</sup> Мы видели, что паркинсонизму и неврозам внутренне присуща насильственная природа, то есть у этих заболеваний насильственная структура, принуждающая больного к определенному поведению. Строгие учреждения также являются насильственными по своей природе. Это принуждение может провоцировать и усиливать насильственную природу заболеваний пациентов, находящихся на излечении. Можно без труда заметить, как принудительная атмосфера госпиталя «Маунт-Кармель» усугубляет тяжесть невротических и паркинсонических проявлений у больных с постэнцефалитическим синдромом. Можно с неменьшей ясностью заметить, как «добрые» аспекты «Маунт-Кармеля» – сочувствие и гуманность – облегчают невротические и паркинсонические симптомы находящихся здесь пациентов.

<sup>29</sup> Очень интересно сравнить положение наших больных в «Маунт-Кармеле» с положением таких же пациентов в единственной оставшейся колонии, организованной в Англии (в Хайлендском госпитале). Хайлендский госпиталь был окружен большим садовым участком, больные имели возможность свободного входа и выхода, могли посещать соседний населенный пункт, их окружал преданный делу и больным персоналу, в учреждении царила свободная и душевная атмосфера – короче, условия в Хайлендском госпитале были сродни условиям в «Маунт-Кармеле» на заре его существования. Больные «Хайленда» (многие из них находились там еще с двадцатых годов), хотя и страдали тяжелыми постэнцефалитическими расстройствами, разительно отличались от пациентов «Маунт-Кармеля». Они, при всех прочих равных условиях, были более подвижными, веселыми, порывистыми и очень активными – то есть отличались непосредственными и яркими эмоциональными реакциями. В этом проявлялся глубокий контраст, непреодолимая пропасть, отделяющая этих пациентов от погруженных в безнадежный паркинсонизм, ушедших в себя, словно заживо похороненных и отчужденных страдальцев из «Маунт-Кармеля». Ясно, что пациенты обеих групп были поражены одним и тем же заболеванием, но точно так же ясно, что *форма* и эволюция болезни в этих двух группах были совершенно разными. Я так и не смог до конца понять, чем обусловлена такая разница в протекании заболевания: патофизиологической судьбой или различиями в окружении и атмосфере лечебных учреждений (между открытой, искренней и дружелюбной атмосферой Хайлендского госпиталя и холодом и отчуждением «Маунт-Карме-

Некоторые пациенты впали в состояние ледяной безнадежности, внешне очень похожей на безмятежность: это была весьма реалистическая безнадежность в те дни, когда еще не было разработано лечение препаратом леводопой<sup>30</sup>. Больные знали, на что обречены, и принимали свой жребий со всеми возможными мужеством и самообладанием. Другие пациенты (а возможно, и все они, невзирая на внешнюю безмятежность) были охвачены пронзительным чувством бессильной ярости: они каким-то обманом лишены лучшего времени своей жизни, их пожирало ощущение даром потраченного, потерянного времени. Всей душой жаждали они двойного чуда – не только исцеления от болезни, но и возмещения ущерба за то время, что потеряли. Они стремились перенестись в юность, в лучшую свою пору.

Таковы были перспективы этих больных до появления в медицинской практике нового лекарства – леводопы.

---

ля»). В первом издании книги я отдал предпочтение последнему объяснению, но тогда у меня не было объективных данных в поддержку такой точки зрения. Должен сказать, у нас в «Маунт-Кармеле» тоже есть яркие, бодрые и остроумные больные. Эти пациенты очень похожи на своих собратьев из Хайлендского госпиталя. Так что, возможно, это действительно судьба, а не атмосфера или окружение. Скорее всего имеет место сочетание того и другого. Особые *гротескные* черты пациентов с постэнцефалитическим синдромом – весьма характерное явление при этом заболевании. Часто эта симптоматика умиляет, и потому в Англии этих пациентов уменьшительно и любовно называют энциками. Поначалу в «Маунт-Кармеле» мало имелось оснований называть их так, вероятно, из-за того, что они были слишком глубоко погружены в бездну своего паркинсонизма – во всяком случае, когда я впервые познакомился с ними. Наши больные сильно оживились, когда удалось приподнять завесу болезни – с помощью леводопы и (в некоторых случаях) после того, как в душе больных проснулись бурные волнения прежних дней юности.

<sup>30</sup> Антихолинергические средства (первое из них – гиосциамин) ввел в терапию паркинсонизма Шарко, который, начиная с 1869 года, использовал для лечения этой болезни экстракт белены (*hyosciamus niger*). Однако такое лечение уменьшало только тремор и ригидность, но не влияло на акинезию, которая больше всего беспокоила больных постэнцефалитическим синдромом. То же самое можно сказать и о хирургических методах лечения, предложенных в тридцатые годы, – хемопаллидэктомия и таламотомия оказались бесценными способами устранения ригидности и тремора, но бесполезными в лечении акинезии. В пятидесятые годы было обнаружено, что акинезию облегчает апоморфин, но действие его оказалось весьма коротким, к тому же он практически всегда вызывал тошноту и поэтому не нашел широкого применения. Акинезия немного уменьшалась и под воздействием амфетаминов, но применять их оказалось невозможно из-за выраженных побочных эффектов, которые неизбежно возникали при приеме заведомо больших доз (именно большие дозы были эффективны в лечении паркинсонизма). Таким образом, акинезия, единственный тяжелый симптом постэнцефалитического паркинсонизма, оставался неизлечимым до появления и внедрения в клиническую практику леводопы.

## Появление леводопы

Леводопа, «чудо-лекарство» – такое его определение используется всюду, и это едва ли может удивлять, поскольку врач, впервые применивший его, доктор Джордж Корциас, сам утверждал, что леводопа – истинное чудо нашего времени<sup>31</sup>. Очень странно слышать из уст трезвого врача и других людей, живущих в наши дни, упоминание о «чуде» и описание лекарства в понятиях тысячелетней давности. Пылкий энтузиазм, вызванный сообщениями о применении леводопы и охвативший, врачей, назначавших это лекарство, и больных, его принимавших, – это тоже поразительно и дает основание предположить, что чувства и фантазии о сверхъестественной природе этого феномена возбуждали интерес и были извинительны. «Эпопея» леводопы теснейшим образом переплетена со страстями и чувствами на грани мистики. От этого никуда не денешься, иначе мы впадем в тяжкое заблуждение, если попытаемся представить историю диоксифенилаланина в чисто литературных или исторических понятиях.

Мы предаемся рационализациям, пытаемся выделиться, притворяемся, делаем вид, что современная медицина – рациональная наука (одни факты, никакого вздора). Вероятно, так и есть. Но стоит слегка ударить по отполированной поверхности, как она немедленно раскалывается, обнажая корни и основания, старую темную душу, сплетенную из метафизики, мистицизма, колдовства и мифологии. Медицина – старейшее из искусств и старейшая из наук: разве можно ожидать, что можно уклониться от глубочайших знаний и чувств, обуревающих нас?

Нет, конечно, существует обычная, рутинная, повседневная медицина, банальная, прозаическая – медицина ушибленных пальцев, хронических тонзиллитов, мозолей и волдырей, – но все мы тешим себя идеей медицины совершенно *иного* рода, абсолютно другого типа. Мы жаждем чего-то более древнего, глубокого и необычного, почти сакрального, некоего события, которое вернет нам утраченное здоровье и цельность, даст ощущение полного и совершенного благополучия.

Каждый из нас обладает основным, глубинным, интуитивным чувством, что когда-то, давным-давно, мы уже были здоровыми и цельными, пребывали в покое и безмятежности, чувствовали себя как дома в окружающем мире, были одним целым с основами нашего бытия. Но потом что-то случилось, и мы утратили это первобытное, счастливое, невинное состояние и впали в юдоль наших нынешних болезней и страданий. Мы были причастны к бесконечной красоте и бесценным сокровищам – и мы потеряли их. Мы тратим жизнь на то, чтобы отыскать утраченное, и верим, что настанет день, когда мы вдруг, неожиданно, обретем потерянное. И это будет настоящим чудом, наступлением тысячелетнего царства Христа!

С наибольшей вероятностью нам следует ожидать самой страстной одержимости такими идеями от тех, кто испытывает чрезвычайные, невероятные страдания, чудовищные муки болезни, от тех, кого пожирает чувство потери или невосполнимой утраты, от тех, кого терзает желание возместить потерю, пока не стало слишком поздно. Такие люди, такие больные идут к священникам или врачам в отчаянном стремлении к сочувствию, готовые поверить в любую

---

<sup>31</sup> Одно из многих поразительных явлений (но, быть может, это перст судьбы?) природы заключается в том, что в растениях содержится огромное количество веществ, которые очень активно действуют на животных и в то же время совершенно «бесполезны» для самих растений. Так, наперстянка (*digitalis*) содержит гликозиды, которые незаменимы в лечении сердечной недостаточности; крокус (*colchicum*) содержит колхицин, который широко используется для лечения подагры, и т. д. и т. д. Характерно также и то, что многие из таких «природных лекарств» были обнаружены на очень ранней ступени человеческой истории и стали неотъемлемой частью народной медицины задолго до того, как были апробированы и одобрены медициной официальной. Совсем недавно с помощью химического анализа было установлено, что несколько видов бобовых (особенно конские бобы) содержат большое количество леводопы (порядка 25 г леводопы в фунте бобов). Есть предположение (оно требует тщательной проверки), что такие богатые диоксифенилаланином бобы могли бы служить народным средством лечения паркинсонизма на протяжении многих столетий, если не тысяч лет. Так, хотя мы считаем, что леводопа появилась в 1967 году нового времени, она могла с равным успехом «появиться» и в 1967 году до нашей эры.

возможность исцеления, спасения, возрождения, искупления. Степень их доверия соразмерна их отчаянию – самой судьбой они предназначены в жертву шарлатанам и восторженным профанам.

Чувство утраченного и того, что должно быть обретено, – это по-настоящему метафизическое чувство. Если мы зафиксируем больного в момент его метафизического поиска и спросим, *что именно* он хочет обрести или отыскать, он в ответ не покажет нам упорядоченный список утрат, а просто назовет: «счастье», «мое утраченное здоровье», «мое прежнее состояние», «чувство реальности», «ощущение полноты жизни» и т. д. Он не стремится к какой-то конкретной вещи; нет, он всей душой жаждет полного и всеобъемлющего изменения взаимосвязи вещей. Он хочет, чтобы все снова стало нормальным, незапятнанным, чистым – таким, каким было в прошлом. И именно в то время, когда он ищет, не в силах устоять перед неудержимой потребностью исцеления, именно в этот миг может он впасть во внезапную, гротескную ошибку – принять «аптекарскую лавку» за «метафорическое божество» (выражаясь словами Донна). То есть совершить ошибку, к которой, поддавшись искушению, побуждают его те же аптекари и лекари.

Именно в этот момент больной – бесхитростно, а его аптекарь или врач – лицемерно отклоняются от реальности, внезапно искажается и извращается метафизическая истина (замененная фантастическим, механистическим упадком и гниением или ложью). Химерная концепция, вползающая на место истины, заключается в насаждении витализма и материализма, в идее и представлении о том, что «здоровье», «благополучие», «счастье» и т. п. можно свести к нескольким «факторам» или «элементам» – принципам, жидкостям, секретам, продуктам, – то есть материальным предметам, которые можно измерить и взвесить, купить и продать. Здоровье, понятое таким образом, упрощенно сводят к некоему *уровню*, показателю, который можно механистически оттитровать или восполнить. Метафизика не склонна к таким упрощениям, к такой редукции; все понятия метафизики – это понятия организации и конструкции. Мошенническое упрощение исходит от алхимиков, шаманов и их современных подражателей, а также от больных, которые желают стать здоровыми *любой* ценой.

Именно из такой, лишенной своих основ, метафизики возникает идея мистической субстанции, чудодейственного лекарства, того, что утолит любой голод и утешит любые печали, немедленно избавит от болезненного состояния. Такая идея – метафорический эквивалент эликсира жизни<sup>32</sup>. Эти взгляды и надежды до сего дня сохраняют свою древнюю, магическую,

<sup>32</sup> Идея «мистической субстанции» органично возникает вследствие *reductio ad absurdum* двух научных взглядов на мир, каковые, если ими грамотно пользоваться, отличаются большим изяществом и силой: один взгляд по своей сути мозаичен, опирается на философию эмпиризма и позитивизма и представляет собой топологию; второй взгляд по своей сути – монистичен или холистичен. Эти взгляды порождены соответственно метафизическими учениями Аристотеля и Платона. Оба эти взгляда, когда ими пользовались виртуозы, отчетливо понимавшие все достоинства и недостатки этих взглядов, послужили основой фундаментальных открытий в физиологии и психологии на протяжении последних двух сотен лет. Мистицизм возникает из подбора аналогии тождества – превращения подобия и метафоры (утверждений «как бы») в абсолют (утверждения «тождественно»), что неверно превращает полезную эпистемологию в «абсолютную истину». Мистическая топология утверждает, что мир состоит из множества точек, мест, частиц или кусочков, между которыми нет внутренних отношений, но есть лишь отношения чисто внешние, «причинные связи». Отсюда с неизбежностью следует утверждение о том, что каждая такая точка содержит исключительную и единственную истину – это есть истина, полная истина, исключающая всякую другую истину. При таком взгляде логично допустить возможность изолированного воздействия на единичную точку или частицу, не оказав при этом никакого воздействия на ее окружение. Другими словами, можно, например, *выбить* одну частицу с абсолютной точностью и специфичностью. Терапевтическим коррелятом такого мистицизма является убежденность в возможности доведенной до совершенства специфичности, когда лекарство оказывает только и единственно то действие, которого от него ждут, и никакого другого. Знаменитым примером такой мнимой специфичности является лекарство арсефенамин (сальварсан), разработанное Эрлихом для лечения сифилиса. Собственные скромные и реалистические утверждения самого Эрлиха были немедленно до неузнаваемости искажены абсолютистскими желаниями и тенденциями, и сальварсан вскоре был назван «волшебной пулей». Следовательно, *этот* сорт мистической медицины был занят непрестанными поисками новых и новых «волшебных пуль». Мистический холизм, напротив, утверждает, что мир целиком единообразен и представляет собой недифференцированную массу мирового вещества, первичной материи или плазмы. Типичным примером такой мистически-холистической физиологии можно считать высказывание, приписываемое Флурансу: «Мозг – такая же гомогенная субстанция,

мифическую силу и, хотя мы изо всех сил отрекаемся от них, проглядывают даже в тех словах, которые мы употребляем: «витамины» (витальные амины), и культ витаминов; или «биогенные амины» (порождающие жизнь амины) – примером которых является и сам допамин (биологически активное вещество, в которое в головном мозге превращается леводопа).

Идея о таких мистических, спасающих жизнь, сакраментальных средствах порождает бесчисленные культы, модные поветрия и восторги особенно экстравагантного и бескомпромиссного сорта. Такой была реакция на демонстрацию Фрейдом свойств кокаина<sup>33</sup>; такой была дошедшая до степени неприличного восторга реакция на внедрение в клинику кортизона, когда некоторые врачебные конференции больше напоминали, по словам одного современника, тайные сборища «возрожденцев». В современную эпоху лекарства превращают мир в сцену<sup>34</sup>, не меньшим является и наш нынешний энтузиазм по поводу лекарства леводопа. Трудно, почти невозможно избежать ощущения, что здесь, превыше всякого разумного энтузиазма, мы имеем дело именно с восторгом особого, мистического, колдовского сорта.

Теперь мы можем перейти к объективному рассказу об истории леводопы, помня, впрочем, о мистических нитях, которые его пронизывают. Сам Паркинсон тщетно искал «местоположение» или субстрат паркинсонизма, хотя он с известными предосторожностями помещал его в мякоть нижнего или продолговатого мозга. Однако никаких реальных успехов в понимании сути патологического процесса и его локализации никто не смог достичь в течение столетия после выхода в свет «Эссе» Паркинсона<sup>35</sup>. В 1919 году фон Экономо и, независимо от него, Третьяков описали тяжелое повреждение черной субстанции (ядра среднего мозга, состоящего из крупных пигментированных клеток) у ряда больных летаргическим энцефалитом, страдавших тяжелыми симптомами паркинсонизма. В следующем году Гринфилд в Англии и другие морфологи во всем мире выявили подобное, но менее выраженное повреждение тех же клеток у больных, страдавших обычной болезнью Паркинсона. Эти находки вместе с другими морфологическими и физиологическими данными позволили предположить существование отчетливо очерченной *системы*, связывающей *черную субстанцию* с другими отделами головного мозга: системы, функциональное или морфологическое поражение которой порождает симптомы паркинсонизма. Прочитируем Гринфилда:

---

как печень; мозг секретирует мысль, как печень секретирует желчь».Терапевтическим коррелятом такого монистического мистицизма можно считать поиск универсального лекарства, панацеи, католикона, квинтэссенции мирового вещества или мозгового вещества, абсолютно чистой, разлитой по флаконам благодати Божьей (по выражению де Квинси – «карманного экстаза, запечатанного в розовые пузырьки»).

<sup>33</sup> Подробнее я рассказываю об этом в приложении и в главе «Чудо-лекарства»: Фрейд, Вильям Джеймс и Хэвлок Эллис». С. 323.

<sup>34</sup> Вильям Джеймс («Varieties». С. 304–308) полагает, что одной из главных причин, побуждающих людей прибегать к алкоголю, является стремление ощутить чувство мистической уникальности, возвращения к стихийному и первобытному блаженству. Такое отчасти метафизическое, отчасти регрессивное потребление – пример глубоко ощущаемой потребности в «тайногонном» лекарстве. В связи с этим Джеймс с ободрением цитирует известное высказывание о том, что «лучшее лечение дипсомании – это религиомания».Из истории и антропологии нам известно, что неистребимая тяга к галлюциногенам и одурманивающим веществам является универсальной и древней. Свойства таких психотропных средств хорошо известно всем расам и народам. Использование психотропных веществ в ушедшем столетии стало способом литературного времяпрепровождения (а подчас и необходимостью) и неотъемлемым условием возбуждения романтического воображения. В XX в., особенно в конце двадцатых годов, употребление психотропных средств вновь стало широко распространенным и открытым явлением. Хаксли употреблял мескаль, чтобы «очистить путь восприятия», а Лири пропагандировал ЛСД как сакраментальное средство. Здесь, как и в случае с леводопой, можно видеть слияние, сплав истинной потребности и мистического средства, ошибочное представление о конечном, принимаемом внутрь лекарстве как о бесконечном, метафорическом символе.

<sup>35</sup> То была в действительности пробная, если хотите – донаучная, попытка локализовать болезненный процесс, основанная на знаменитом клиническом случае, имевшем место в девяностые годы XIX в., когда односторонний паркинсонизм развился у больного с туберкулезом одной ножки мозга. Врачи наблюдали также несколько случаев сифилитического поражения среднего мозга, сопровождавшихся развитием паркинсонизма. В самом деле пространственная организация паркинсонизма была понята теоретически и практически до обнаружения специфических клеточных повреждений. Так, до 1910 г. с некоторым успехом были выполнены две хирургические операции по поводу паркинсонизма – пересечение задних корешков спинного мозга и иссечение участка коры головного мозга.

«...общее исследование показало, что *дрожательный паралич* в своей классической форме проистекает из особого типа дегенерации, поражающей нейронную систему, узловым пунктом которой является *черная субстанция*».

В 1920 году братья Фогт с замечательной проницательностью предположили, что эта морфологически и функционально четко очерченная система может соответствовать *индивидуальной биохимической системе* и что специфическое лечение паркинсонизма и сходных с ним заболеваний станет возможным, если удастся идентифицировать и ввести это гипотетическое недостающее химическое вещество.

«Дальнейшие исследования, – писали Фогты, – должны ответить на вопрос, не обладает ли стриарная система или ее части особой предрасположенностью к повреждающим свойствам определенных агентов. Такая способность положительно или отрицательно реагировать на внешние воздействия, как разумно было бы допустить, может быть обусловлена специфическими биохимическими свойствами соответствующего мозгового центра. Открытие сущности такого химического субстрата, в свою очередь, может стать первым шагом на пути выявления истинной природы заболевания, что, возможно, положит начало разработке биохимического подхода к лечению...»

Таким образом, уже в двадцатые годы это была не просто смутная идея о том, что больным паркинсонизмом «чего-то не хватает» (как говаривал Шарко), но ясно очерченный путь исследований, указывающий дорогу к конечному успеху поиска.

Наиболее осторожные неврологи-клиницисты, однако, проявляли настороженность: не был ли паркинсонизм проявлением *структурного* повреждения *черной субстанции* и, возможно, иных участков мозга, а также нарушения строения нервных клеток и их связей? Кроме того, клиницистами был поставлен вопрос об обратимости таких гипотетических повреждений. Будет ли введение недостающего химического субстрата достаточным или безопасным, учитывая значительную степень структурной дезорганизации? Не создаст ли прием лекарства опасность чрезмерной стимуляции или чрезмерной перегрузки таких брошенных на произвол судьбы поврежденных клеток?

Эту настороженность весьма остро высказал Кинньер Уилсон:

«В настоящее время *дрожательный паралич* представляет собой *par excellence*, неизлечимое страдание; противоядие от локальной смерти систем нервных волокон представляется неким эфемерным эликсиром жизни. Думается, что является не только бесполезным, но и, что гораздо хуже, вредным назначать паркинсоникам всякого рода тоники, чтобы подхлестнуть их распадающиеся клетки. Намного разумнее было бы поискать легкоусвояемое питательное вещество в надежде дать клетке извне то, что она не способна более производить внутри себя».

В то время нейрехимия как наука не находилась еще даже в зачаточном состоянии, и провидческим прозрениям Фогтов пришлось переждать период ее медленного развития. Промежуточные этапы этих исследований представляют собой весьма волнующую самостоятельную историю, которая в нашем изложении будет опущена. Достаточно сказать, что в 1960 году Горникевич в Вене и Барбо в Монреале, используя разные подходы, но практически одновременно представили отчетливые доказательства того, что в поврежденных участках головного мозга больных паркинсонизмом имеет место дефицит нейромедиатора *допамина* и что в этих участках мозга отмечается также нарушение переноса и метаболизма допамина. Немедленно была предпринята попытка восполнить недостаток допамина у паркинсоников назначением

левоповорачивающего изомера диоксифенилаланина – леводопы (сам допамин при его введении извне не проникает в головной мозг)<sup>36</sup>. Результаты этих ранних попыток лечения оказались воодушевляющими, но не окончательными. Потребовалось еще семь лет упорных исследований и испытаний, чтобы подтвердить пользу нового метода лечения. В начале 1967 года доктор Корциас и его коллеги смогли в ставшей классической статье сообщить об удивительном терапевтическом успехе лечения паркинсонизма назначением внутрь больших доз леводопы<sup>37</sup>.

Воздействие работ Корциаса на неврологическое сообщество было стремительным и ошеломляющим. Хорошая новость быстро распространилась по всему миру. В марте 1967 года больные с постэнцефалитическим синдромом и паркинсонизмом в «Маунт-Кармеле» уже знали и слышали о леводопе. Некоторые желали немедленно испробовать это лечение на себе, кто-то осторожничал и сомневался, рассчитывая посмотреть, как новое лекарство подействует на других, прежде чем принимать его. Часть пациентов выражали полнейшее равнодушие, многие были, конечно, не способны реагировать.

Цена леводопы в 1967–1968 годах была исключительно высока (более 5000 долларов за фунт), и «Маунт-Кармель» – благотворительный госпиталь, совершенно обнищавший, никому не известный и не способный рассчитывать на заинтересованность фармацевтических фирм, промышленных или правительственных спонсоров, – не мог позволить себе закупку дорогостоящего лекарства. В конце 1968 года стоимость леводопы резко упала, и в марте 1969 года она была впервые применена в «Маунт-Кармеле».

Вероятно, невзирая на цену, я мог бы назначить новое лекарство некоторым из моих больных сразу после ознакомления со статьей Корциаса, но я сомневался, и это продолжалось два года. Дело в том, что находившиеся на моем попечении больные страдали не «обычной» болезнью Паркинсона, у них был очень сложный в патофизиологическом отношении синдром. Кроме того, все они пребывали в тяжелой жизненной ситуации, в положении беспрецедентном, ибо находились в изоляции от мира десятилетиями, некоторые со времен большой эпидемии. Так, еще не начав лечение, я столкнулся с научными и гуманистическими сложностями, затруднениями и дилеммами, которые не возникали в ходе предыдущих испытаний леводопы, да и, видимо, в ходе любого лечения этого заболевания вообще. В этом был элемент необычности, беспрецедентности и непредсказуемости. Вместе с моими больными мне предстояло пуститься в плавание по неведомому морю...

Я не имел представления о том, что может произойти и что может получиться из такого предприятия. Мое смущение усугублялось тем, что некоторые из наших больных отличались невероятной импульсивностью и страдали гиперкинезами *до того*, как были опутаны смиренной рубашкой паркинсонизма. Но болезнь брала свое, и смерть неумолимо собирала жатву – особенно высокой смертность была жарким летом 1968 года. Необходимость делать что-то стала очевидной. Это и заставило меня в марте 1969 года с большой осторожностью приступить к назначению леводопы.

---

<sup>36</sup> Напротив, лекарство амантадин (его начали применять как противогриппозное средство, но затем случайно в 1968 году обнаружили его антипаркинсоническое действие) либо подавляет обратный захват допамина нервными окончаниями, либо повышает его высвобождение, или производит оба эффекта, значительно увеличивая содержание в головном мозге собственного допамина. Затем были синтезированы многочисленные и разнообразные агонисты допамина (например, бромкриптин и перголид), которые также усиливают действие допамина в головном мозге. Есть надежда, что эти средства окажут более специфическое действие, чем леводопы, поскольку их действие, возможно, ограничено специфическими рецепторами. В последние два-три года проводились интригующие попытки пересадки тканей – фетальных мозговых клеток или взрослых клеток мозгового вещества надпочечников – непосредственно в мозг больных, где (хотелось бы надеяться) они приживутся и будут играть роль живой «допаминовой помпы». (См. Приложение: «Другие лекарства», с. 488.)

<sup>37</sup> В своей работе Корциас использовал леводопу (смесь биологически активного левоповорачивающего изомера леводопы и неактивного правоповорачивающего изомера диоксифенилаланина). Разделение этих изомеров в 1966–1967 годах оказалось нелегким делом, и леводопы была чрезвычайно дорога.

## ПРОБУЖДЕНИЯ

### Фрэнсис Д

Мисс Д. родилась в Нью-Йорке в 1904 году. Она была младшей и самой талантливой из четверых детей. Блестяще училась в школе, но... На пятнадцатом году ее жизнь раскололась надвое тяжелым летаргическим энцефалитом, протекавшим в относительно редкой гиперкинетической форме.

В течение шести месяцев острой фазы заболевания она страдала от сильной бессонницы (обычно бодрствовала до четырех часов утра, а потом засыпала на два или три часа), выраженного беспокойства (во время бодрствования суежилась, отвлекалась на пустяки и совершала массу ненужных движений, а во сне беспрестанно металась и ворочалась) и импульсивности (у нее внезапно возникали побуждения совершить то или иное, казавшееся ей самой бессмысленным, действие, от которого она удерживала себя сознательным волевым усилием). Этот острый синдром был расценен как невротический, несмотря на ясные сведения о хорошо уравновешенных личностных качествах и гармоничной жизни в семье.

К концу 1919 года беспокойство и расстройство сна смягчились настолько, что девушка смогла возобновить занятия и закончить школу, хотя приступы все же преследовали ее, правда, в более слабой форме, еще два года. Вскоре после окончания острой стадии заболевания мисс Д. начала страдать «приступами одышки», которые вначале появлялись два-три раза в неделю, без очевидной причины и продолжались по многу часов. Потом приступы стали реже, короче, мягче и приобрели некоторую четкую периодичность – обычно одышка начиналась по пятницам – и зависимость от обстоятельств (приступы провоцировались гневом и подавленностью).

Эти дыхательные кризы (каковыми они, без сомнения, являлись, хотя и их в то время называли невротическими) становились все реже и реже, пока, наконец, не прекратились совершенно в 1924 году.

Действительно, мисс Д. сама не упоминала об этих приступах, когда я впервые ее осматривал, и только много позже, когда я с пристрастием собирал ее анамнез перед назначением леводопы, она вспомнила об этих приступах полувековой давности.

После последнего дыхательного криза у мисс Д. произошел первый из окулогирных кризов, и они стали ее единственными постэнцефалитическими симптомами на следующие двадцать пять лет (1924–1949). За это время мисс Д. сделала успешную карьеру секретаря суда, активно участвовала в общественной и гражданской жизни, будучи членом многих комитетов и комиссий. Она жила полнокровной жизнью, имела массу друзей и разнообразные увлечения – посещала театры, много читала, собирала старый китайский фарфор. Талантливая, общительная, энергичная, эмоционально уравновешенная, мисс Д., казалось, избежала ухудшений, столь характерных для тяжелого энцефалита гиперкинетического типа.

В начале пятидесятых годов у мисс Д. начали появляться по-настоящему зловещие симптомы: замедлились движения и речь и, напротив, появилась патологическая торопливость походки и письма. Когда в 1969 году я впервые расспросил мисс Д. о ее симптомах, она ответила: «У меня было множество банальных мелких жалоб, которые есть у всех, в том числе и у вас. Но главным и *исключительным* моим симптомом было то, что я не могла начать и остановиться. Либо я застываю на месте, либо вынуждена делать все в ускоряющемся темпе. Кажется, у меня не было промежуточных состояний». Этот рассказ с совершенной точностью описывает суть парадоксальных симптомов паркинсонизма. Поучительно, что в отсутствие «банальных» симптомов (то есть ригидности, тремора и т. д., которые проявились только в 1963 году) диагноз паркинсонизма так и не был поставлен. Взамен было предложено множество других

толкований – кататония, истерия и пр. Ярлык болезни Паркинсона был «приклеен» мисс Д. в 1964 году.

Окулогирные кризы, если вернуться к этому кардинальному симптому, вначале отличались большой интенсивностью, повторялись много раз в месяц и длились по пятнадцать часов каждый. Через несколько месяцев после наступления эти кризы стали упорядоченными и приобрели строгую периодичность: они заработали как часы, развиваясь каждые пять дней. Приступы были настолько периодичны, что мисс Д. могла планировать свой деловой календарь на несколько месяцев вперед, зная, что на каждый пятый день неизбежно произойдет криз. Исключения были большой редкостью.

Редкие отклонения от схемы обычно сопровождались весьма неприятными и тягостными ситуациями. Криз начинался внезапно, без продромы, взор сначала направлялся вниз или в сторону на несколько минут, потом глазные яблоки отклонялись резко вверх и застывали в таком положении до конца криза. Мисс Д. утверждала, что в это время ее лицо принимало «сердитое или испуганное выражение», хотя сама она не испытывала в эти моменты ни гнева, ни страха.

Во время криза произвольные движения были затруднены, голос становился ненормально тихим, а мысли начинали «залипать». Она постоянно испытывала чувство «сопротивления», чувствовала силу, которая во время приступа препятствовала движениям, речи и мышлению. Во время каждого приступа мисс Д. ощущала необыкновенную четкость мышления, острое чувство бодрствования, невозможность уснуть. Когда криз подходил к концу, больная начинала зевать и чувствовала сильную сонливость.

Приступ всегда заканчивался, как и начинался, внезапно, при этом сразу восстанавливались нормальные движения, речь и мышление (это внезапное восстановление нормального сознания мисс Д. – большая любительница кроссвордов – предпочитала называть «свежим глотком чувств»).

В дополнение к этим классическим окулогирным кризам у мисс Д., начиная с 1955 года, начались варианты кризы. Насильственное отведение взора стало исключением из правил – теперь его заменила каменная фиксация взгляда. Некоторые из приступов застывшего взгляда отличались ошеломляющей тяжестью, так как полностью лишали больную возможности двигаться и говорить, и продолжались до трех дней. Несколько раз в шестидесятые годы во время таких приступов ее по инициативе соседей, находивших мисс Д. в таком состоянии, госпитализировали в местную муниципальную больницу, где на врачебной конференции ей был поставлен удивительный диагноз периодической кататонии.

Начиная с 1962 года у мисс Д. появились также короткие приступы фиксации взгляда длительностью несколько минут, в течение которых она бывает обездвижена и чувствует себя «как в трансе». Еще одним пароксизмальным симптомом стали приступообразные покраснения кожи и потливости (менопауза у мисс Д. закончилась в середине сороковых годов).

С 1965 года приступы застывшего взгляд и окулогирные кризы стали протекать мягче и не столь часто, и к моменту поступления в «Маунт-Кармель» в начале 1969 года они отсутствовали уже на протяжении целого года. Более того, их не было до июня 1969 года, когда мисс Д. начала принимать леводопу.

Хотя, как я уже упоминал, ригидность и тремор появились в 1963 году, наиболее удручающими симптомами мисс Д., симптомами, которые послужили причиной ее поступления в госпиталь для хронических больных, были недомогания тройного рода. Прогрессирующая сгибательная дистония шеи и туловища, неуправляемая торопливость и насильственный бег вперед или назад, а также неконтролируемое «оцепенение», которое иногда заставляло ее в самой неудобной позе, которую больная сохраняла до конца приступа. Сравнительно недавно к этой триаде присоединился еще один симптом, инфекционную этиологию которого так и не удалось подтвердить, – учащение императивных позывов на мочеиспускание. Иногда этот позыв

существовал или провоцировал «блок» или «нежелание» мочиться – это было невыносимое сочетание противоположных симптомов.

При поступлении в «Маунт-Кармель» в январе 1969 года мисс Д. была способна ходить с двумя костылями, но короткое расстояние могла преодолеть и без них. К июню 1969 года она совершенно утратила способность ходить без посторонней помощи. При поступлении она находилась в склоненной вперед позе, теперь же ее тело практически сложилось пополам, и произошло это за полгода. Перенос с кровати в кресло-каталку стал невозможен, как и переворачивание в постели. Мисс Д. не могла отрезать себе кусок еды. Можно сказать, что, имея в виду столь быстрое ухудшение состояния и неэффективность антипаркинсонического лечения, леводопа появилась в самое нужное для мисс Д. время, когда она, казалось, переживала стремительный и необратимый упадок.

#### *До назначения леводопы*

Мисс Д. была крошечной сгорбленной женщиной. Кифоз был выражен так сильно, что, когда она стояла, лицо ее было вынужденно направлено вниз. Она была в состоянии поднять голову, но через несколько секунд снова опускала ее в положение насильственного эмпростотуса с подбородком, прижатым к груди. Эту привычную позу нельзя было объяснить ригидностью шейных мышц: ригидность лишь подчеркивала скованность в шейном отделе позвоночника, а на фоне окулогирных кризов голова ее столь же сильно произвольно запрокидывалась назад.

Лицо было в высшей степени маскообразным, живость и эмоционально окрашенное выражение проглядывали практически исключительно в подвижных, ярких глазах мисс Д. Глаза были странно подвижны на этом оцепеневшем лице, превратившемся в каменную маску. Мигала она редко. Голос был четким, речь – членораздельной, хотя очень монотонной по громкости и тембру, лишенной личностных интонаций и нюансов. Лишь на короткие мгновения голос прорывался сквозь шепот и беззвучную речь. Временами она становилась торопливой и сбивчивой, ускоренный поток слов порой заканчивался просто настоящей вербальной «пробкой».

Произвольные движения, впрочем, как и речь, были подвержены противоречивым влияниям акинезии и гиперкинезии, которые либо сменяли друг друга, либо объединялись в парадоксальной одновременности. Движения кистей рук были по большей части акинетичными и отличались слабостью, экономностью, избыточными усилиями, и угасали при попытке повторить движение. В начале письма почерк был крупным, легким и быстрым, но если мисс Д. при этом перевозбуждалась, то письмо выходило из-под контроля. Почерк становился либо более крупным, торопливым и лихорадочным (она писала до тех пор, пока весь лист не покрывался непонятными завитками и каракулями), либо становился все мельче и мельче, пока не заканчивался неподвижной точкой.

Она могла без помех подняться с кресла, но, поднявшись, мгновенно «застывала», часто на много минут, неспособная сделать первый шаг. Если же первый шаг был сделан – а к ходьбе большую можно было побудить небольшим толчком в спину, вербальной командой врача или визуальной командой в виде палки, полоски бумаги или любого положенного на пол предмета, через который надо было переступить, – мисс Д., покачиваясь, начинала торопливыми мелкими шажками семенить вперед. За шесть месяцев до этого, при поступлении в госпиталь, когда ходьба давалась ей легче, торопливость представляла собой серьезную проблему и могла закончиться (как и ее стихийное говорение или письмо каракулями) полной катастрофой.

В замечательном контрасте с этими расстройствами находилась удивительная способность мисс Д. спокойно и неторопливо взбираться вверх по лестнице – каждая ступенька представляла собой стимул сделать шаг. Однако, оказавшись на лестничной площадке, больная

тотчас «застывала» и была не в силах двигаться дальше. Она часто говорила, что «если бы мир состоял исключительно из лестниц», она не испытывала бы затруднений с передвижением<sup>38</sup>.

Пульсии во всех направлениях (пропульсии, латеропульсии, ретропульсии) выявлялись у больной с опасной легкостью. Тяжелое и затяжное оцепенение происходило всякий раз, когда возникала необходимость переключиться с одного вида деятельности на другой: особенно отчетливо это было видно при ходьбе, когда ей надо было изменить направление. Однако это было заметно и в тех случаях, когда мисс Д. хотела перевести взгляд с одного предмета на другой или переключить мышление с одной идеи на другую.

Ригидность и тремор занимали скромное место в клинической картине ее болезни. Грубый (хлопающий) тремор правой кисти возникал редко и только в ответ на физическое или эмоциональное напряжение. Что характерно, он упорно сохранялся при продолжении бесплодных усилий или на фоне полного оцепенения. Отмечался небольшой гипертонус в левом плече и выраженный (гемиплегический) гипертонус в нижних конечностях. Был также намек на гиперрефлексию и спастичность в мышцах левой половины тела. Клиническую картину венчали спонтанные движения и гиперкинезы. Мышцы вокруг рта часто морщились, выпячивая и надувая губы. Иногда можно было наблюдать скрежетание зубами и произвольные жевательные движения. Голова ее никогда не бывала полностью неподвижной, она покачивалась из стороны в сторону или кивала с неправильными интервалами времени. При физическом усилии эти движения губами и головой увеличивались, превращаясь в синкинезию. Пять или шесть раз в час мисс Д. внезапно совершала глубокий насильственный, как тик, вдох. Остатки первоначального двигательного беспокойства и акатизии наблюдались в виде непрерывных суетливых движений правой кисти, которые прекращались, только если руки были чем-то заняты.

Мисс Д. проявляла исключительную живость и наблюдательность к происходящему вокруг, но не отличалась патологической настороженностью или бессонницей. Она, без сомнения, обладала превосходным интеллектом, остроумной и точной речью, не проявляя стереотипности мышления или застревания мыслей, которые появлялись, как уже говорилось, только во время кризов. Она была очень пунктуальной, аккуратной, точной и методичной во всех видах деятельности, но при этом не обнаруживала симптомов obsessions, фиксированной компульсии или какой-либо фобии.

Несмотря на помещение в специализированное лечебное учреждение, она сохраняла здоровое самоуважение, проявляла многосторонние интересы и была внимательна к своему окружению, создав очаг стабильности, юмора и сочувствия в большой палате, полной инвалидов и весьма беспокойных порой пациентов с постэнцефалитическим синдромом.

Курс лечения леводопой был назначен мисс Д. 25 июня 1969 года.

#### *Курс лечения леводопой*

30 июня. Хотя сегодня только пятый день от начала лечения и мисс Д. получает всего лишь 0,5 г леводопы в сутки, у нее проявляется общее беспокойство, усилились произвольные движения правой кистью и жевательные движения. Напряжения круговой мышцы рта стали более заметными, и стало ясно, что это компульсивная гримаса: иными словами – тик. Очевидно и усиление общей активности. Мисс Д. теперь все время, без преувеличения все время, чем-то занята – вяжет крючком (что было весьма затруднительно для нее до назначения лекарства), стирает белье, пишет письма и т. д. Ее что-то неумолимо *влечет*, она просто не способна выносить бездеятельность. Даже на этой, самой ранней стадии лечения мисс Д. жалуется на трудности перевести дух. У нее нарастает одышка, которая уже достигла сорока дыхательных движений в минуту, при этом в течение дня ритм и сила дыхания не меняются.

<sup>38</sup> См. Приложение: «Паркинсоническое пространство и время», с. 495.

6 июля. На одиннадцатый день от начала приема лекарства, получая уже по 2 г леводопы в день, мисс Д. начала отмечать как желательные, так и нежелательные эффекты лечения. Среди благоприятных эффектов – улучшение общего самочувствия и переполнение энергией: голос стал намного громче, ослабло оцепенение, уменьшилась сторбленность туловища, более устойчивой стала походка, удлинились шаги. Среди нежелательных эффектов она отмечает усиление бывших и ранее насильственных жевательных и кусательных движений, и теперь она беспрестанно жуёт десны, отчего на них возникли болезненные язвы. Усилились движения правой кисти, к которым присоединились тиковые сгибания указательного пальца. И наконец, самое плохое – это нарушение обычного автоматического дыхания, его дезинтеграция. Дыхание стало частым, быстрым и поверхностным, нарушился его ритм: два-три раза в минуту дыхание прерывается глубокими вдохами, вслед за которыми возникает внезапное, мощное, полностью осознаваемое, но непреодолимое *побуждение* дышать. По этому поводу сама мисс Д. заметила: «Мое дыхание перестало быть автоматическим. Мне приходится думать над каждым вдохом и выдохом, и часто меня словно заставляют делать глубокий вздох».

Учитывая появление нежелательных симптомов, в этот день доза препарата была снижена. В течение следующих десяти дней, на дозе 1,5 г леводопы в сутки, у мисс Д. сохранились желаемые эффекты лекарства, зато уменьшилось беспокойство, ослабли жевательные движения, снизилось непреодолимое влечение к активности. Однако дыхательные нарушения сохранились, они оформились в явную клиническую форму и приблизительно 10 июля разрешились отчетливыми дыхательными кризами<sup>39</sup>.

Приступы начинались неожиданно, с внезапного резкого и глубокого вдоха. Больная на десять – пятнадцать секунд задерживала дыхание, затем с силой выдыхала воздух. Следовала фаза остановки дыхания (апноэ) длительностью десять – пятнадцать секунд. Во время этих ранних и относительно слабых приступов не было сопутствующих симптомов или одновременных вегетативных расстройств (например, тахикардии, повышения артериального давления, потливости, дрожи, подавленности и т. д.). Это странное, искаженное, неправильное дыхание можно было усилием воли прервать на пару минут, но потом оно возобновлялось во всей своей причудливости, нося непреодолимый, императивный характер.

Кризисы мисс Д. продолжались от одного до трех часов, заканчиваясь постепенно, в течение пяти минут, восстановлением нормального автоматического, неосознаваемого дыхания нормальной частоты, ритма и силы.

Очень интересно отметить время наступления кризов, так как они не проявляли очевидной зависимости от приемов леводопы. Так, в первые пять дней после их появления дыхательные кризы неизменно начинались в вечерние часы и ни в какое другое время. 15 июля впервые приступ возник днем, в 13:00, через час после приема леводопы. 16 июля в первый раз приступ случился рано утром, до приема леводопы. Впоследствии ежедневно случалось по два-три приступа, хотя вечерние кризы продолжались дольше всех остальных и отличались большей тяжестью.

<sup>39</sup> Дыхательные кризы, будучи весьма характерными для острой фазы энцефалита, стали предметом многочисленных важных исследований (Тернер и Кричли, 1925, 1928; Джеллиф, 1927), но врачи практически перестали наблюдать их после 1929 года. Лично я не видел ни одного такого криза до тех пор, пока он не развился у Фрэнсис Д., и, признаюсь, он поверг меня в немалое смущение. Что это – форма астмы, острая сердечная недостаточность или такой тип припадка? Была ли это истерическая гипервентиляция или респираторный ответ на ацидоз?.. В моей голове проносились самые невероятные предположения, и только когда больная сказала: «Это в точности похоже на то, что было у меня в девятнадцатом году», – мне стало ясно, что я вижу воскресение давно забытого симптома, этакой клинической «окаменелости». Однако к концу 1969 года у большинства наших постэнцефалитических больных в той или иной форме наблюдались дыхательные кризы (см.: Сакс и др., 1970). Эти странные расстройства, конвульсивные по внешним проявлениям и физиологичные по происхождению, часто сочетались с эмоциональными потребностями и контекстом, становясь, по меткому выражению Джеллифа, идиосинкразической формой «дыхательного поведения». Один из респираторных кризов Фрэнсис Д. запечатлен в документальном фильме «Пробуждения»; кроме того, респираторный криз мастерски изобразил Роберт Де Ниро во время съемок «Пробуждений».

16 июля я, наблюдая приступы, понял, что они приняли пугающий характер. Это был неистовый и длительный вдох (так вдыхает тонущий человек, вынырывающий на поверхность в надежде набрать в легкие как можно больше воздуха), за которым последовала насильственная задержка дыхания длительностью до пятидесяти секунд, в течение которых мисс Д. изо всех сил старалась выдохнуть воздух через закрытую голосовую щель. От этого бесплодного неимоверного усилия лицо ее побагровело и застыло. Наконец она сделала мощный выдох, издав при этом звук, похожий на раскатистый выстрел из ружья. В это время не был возможен никакой произвольный контроль дыхания. Говоря словами самой мисс Д.: «Я могу управлять этим не больше, чем весенним половодьем. Я просто отдаюсь потоку и жду, когда он успокоится».

Естественно, во время приступа никакая речь была невозможна, а все тело становилось ригидным и скованным. Пульс учащался до 120, а артериальное давление повышалось от нормальных величин 130/75 до 170/100. Введенные внутривенно двадцать миллиграммов бенадрила не купировали приступ. Несмотря на то что я представлял себе, какой кошмар пережила мисс Д., и глядя на ужас, исказивший ее лицо во время криза, больная отрицала, какие бы то ни было неприятные мысли или тяжелые предчувствия во время приступа. Беспокоясь о возможных последствиях таких кризов для пожилой больной, я хотел прервать лечение леводопой, но по настоянию мисс Д. и учитывая реальный положительный эффект, достигнутый от приема лекарства, я довольствовался снижением дозы до одного грамма в сутки.

Несмотря на такое снижение дозы, дыхательные кризы различной степени тяжести у мисс Д. продолжались два, а чаще три раза в день. В течение двух-трех дней они приняли рутинный характер – криз в девять утра, криз в полдень и криз в 19:30 вечера. Это время оставалось фиксированным, невзирая на случайные и преднамеренные колебания моментов приема леводопы.

21 июля у нас возникло подозрение, что кризы носят характер условного рефлекса; в этот день наш логотерапевт прервал беседу с мисс Д. в 17:00 (когда кризов обычно не было) и поинтересовался, не было ли у нее недавно дыхательного криза. Прежде чем сформулировать ответ, мисс Д. резко вдохнула, и у нее начался неожиданный дыхательный криз, подозрительно напоминающий ответ на поставленный вопрос.

Теперь терапевтическая дилемма прояснилась. У нас не осталось сомнений в громадной терапевтической ценности леводопы: мисс Д. выглядела, чувствовала себя и двигалась намного лучше, чем на протяжении последних сорока пяти лет. Но одновременно она стала чрезвычайно возбудимой и странной в поведении. И еще она особенно остро ощущала оживание или исчезновение идиосинкразической дыхательной чувствительности (или поведения, которое дремало в ее сознании сорок пять лет). Также в первый месяц лечения у больной отмечался ряд мелких «побочных эффектов» (термин, смысл которого всегда давался мне с большим трудом) вкупе с возможностью (или угрозой), что другие больные затаились *in posse* – как я себе, во всяком случае, представлял – в пока еще не актуализованном, но ожидаемом состоянии. Сможем ли мы найти золотую середину, некое промежуточное состояние и ту дозу, которая реально поможет мисс Д., не вызывая у нее дыхательных симптомов и других побочных эффектов?

Еще раз (19 июля) доза была уменьшена – теперь больная получала всего 0,9 г лекарства в сутки. Это снижение дозы тотчас, в этот же день, привело к рецидиву окулогирного криза – первого за последние три года. Это расстраивало все наши лечебные планы, так как уже у нескольких больных с постэнцефалитическим синдромом мы наблюдали, что терапевтическая доза вызывала дыхательные кризы, а снижение дозы – кризы окулогирные, и мы опасались, что мисс Д. тоже придется идти по узкой тропинке между Сциллой и Харибдой этих несовместимых альтернатив.

Хотя опыт других врачей вселял в нас надежду, что можно сбалансировать или оттитровать больного, найдя точно подходящую именно для него дозу леводопы, наш собствен-

ный опыт в тот момент убеждал нас в том, что «сбалансировать» мисс Д. можно разве что на острие ножа. За первым, достаточно тяжелым окулогирным кризом последовали второй и третий кризы. При увеличении дозы лекарства до 0,95 г в сутки *эти* кризы исчезли, но возобновились кризы дыхательные. В ответ мы уменьшили дозу леводопы до 0,925 г в сутки (для этого нам пришлось самостоятельно расфасовывать лекарство в капсулы, чтобы быть уверенными в точности этих микроскопических увеличений и уменьшений дозировки), но снова получили окулогирный криз. Более того, при дозе 0,9375 г в сутки у больной стали отмечаться обе формы кризов – по очереди и одновременно.

К этому времени стало ясно, что кризы мисс Д., которые теперь случались несколько раз на дню, тесно связаны не только с ее общим психофизиологическим состоянием, настроением и окружающими условиями, но и с определенной специфической динамикой самого заболевания. В этом отношении кризы напоминали мигрень и даже истерические симптомы. Если мисс Д. дурно проводила ночь и выглядела усталой, то возникновение криза было более чем вероятным, если она испытывала боль (а она в это время страдала от вросшего ногтя), то у нее с еще большей вероятностью развивался криз. Если она волновалась, то становилась особенно предрасположенной к кризу независимо от того, связано ли волнение со страхом, гневом или весельем.

Если мисс Д. была подавлена, у нее возникал криз. Если хотела привлечь внимание медицинского персонала, у нее немедленно развивался криз. Я очень долго, отмечая разнообразные причины кризов мисс Д., доходил до понимания, что самым мощным их триггером был я, собственной персоной. Действительно, я замечал, что, стоило мне войти в палату или как только мисс Д. меня видела, у нее обычно тотчас возникал криз, но все же считал, что кризы провоцируются другой, неизвестной мне причиной, и только когда одна наблюдательная медицинская сестра, смеясь, сказала мне: «Доктор Сакс, *вы* причина криза мисс Д.!» – я с большим опозданием осознал наконец истину.

Когда я спросил мисс Д., действительно ли это так, она с негодованием стала отрицать саму возможность, но краска, выступившая на ее лице, дала красноречивый утвердительный ответ.

Была и еще одна психологическая причина кризов, о которой я никогда бы не узнал, если бы о нем не рассказала сама мисс Д.: «Как только я думаю, что *у меня будет криз*, он почти наверняка возникает. Но если я стараюсь думать, что криза не будет, он случается обязательно. Если же я стараюсь думать о том, чтобы не думать о кризах, то он тоже непременно случается. Как вы думаете, может быть, это одержимость?»

В последнюю неделю июля самочувствие мисс Д. страдало не только от кризов, но и от других симптомов и признаков, которые множились день ото дня, а иногда и от часа к часу, – патологическое прихорашивание и болтливость, которую невозможно было остановить и едва ли можно было как-то модифицировать. Однако мы попытались изменить время приема лекарства и разовые дозы.

Респираторные кризы в их цветущей форме страшно было наблюдать. Время задержки дыхания возросло почти до одной минуты; выдох начал осложняться стридором, насильственными позывами на рвоту и насильственной фонацией (оуух!). Временами нарушался и ритм дыхания, оно прерывалось отрезком из сорока – пятидесяти быстрых, поистине собачьих вдохов. Теперь впервые мисс Д. начала испытывать страх и мрачные предчувствия во время таких приступов и призналась, что это не «нормальный страх», а «особый, странный тип страха», который, казалось, заливал ее и не походил ни на одно из испытанных ею за всю жизнь чувств.

Я неоднократно предлагал ей отменить леводопу, но мисс Д. горячо возражала, настаивая на том, что препарат не надо отменять, что все «само образуется», и, это было один раз, она сказала, что отмена лекарства будет для нее подобна смертному приговору. Как бы то ни было, состояние мисс Д. говорило о том, что она больше (по крайней мере не всегда) не была самой

собой, что она движется к состоянию сильного возбуждения, непримиримости, упрямства и одержимости.

23 июля у нее появился новый симптом. Мисс Д. только что вымыла руки (теперь она испытывала «потребность» мыть их по тридцать раз в день) и собралась идти на ужин, когда внезапно обнаружила, что не может оторвать ноги от пола, и чем сильнее она старалась это сделать, тем сильнее к нему «прилипала». Приблизительно через десять минут ноги сами вдруг «освободились» из странного плена. Мисс Д. была встревожена, раздражена и сбита с толку этим новым переживанием. «Это выглядело так, словно мои ноги восстали против меня, – сказала она мне. – Как будто у них появилась собственная воля. Знаете, я будто приклеилась к полу, как муха к липучке». Позже, вечером, она задумчиво добавила: «Я часто читала о людях, которые буквально приросли к месту, но никогда не понимала, что это значит, – по крайней мере до сегодняшнего дня».

Другие побуждения и состояния неподвижности появлялись и в следующие дни. Обычно они развивались резко и без каких-либо предвестников. Например мисс Д. подносила ко рту чашку с чаем, а потом обнаруживала, что не может поставить ее на стол; она протягивала руку к сахарнице и обнаруживала, что рука «прилипла» к ней; решая кроссворд, она обнаруживала, что смотрит на какое-то слово и не может оторвать от него взгляд; самый неприятный (не только для нее, но и для окружающих) симптом заключался в том, что временами мисс Д. пристально смотрела людям в глаза. «Когда бы я это ни делала, – с обезоруживающим чистосердечием рассказывала она, – это останавливает мой окулогирный криз». Склонность мисс Д. к жеванию и прикусыванию десен день ото дня усиливалась; она жевала и пережевывала пищу с хрустящим звуком – с такими звуками собаки грызут кости; в отсутствие пищи она жевала собственные губы или скрипела зубами. Было очень странно видеть за таким занятием рафинированную пожилую леди, да и сама мисс Д. полностью осознавала всю несуразность своего поведения. «Я очень спокойный человек, – жаловалась она. – Я могла бы стать выдающейся тетушкой – старой девой. А теперь посмотрите на меня! Я кусаюсь и жую, словно ненасытное животное, и ничего не могу с этим поделать». Действительно, в эти последние дни июля казалось, что мисс Д. одержима какими-то нечеловеческими компульсиями. Она сама отчетливо это сознавала и доверяла свои темные мысли дневнику, хотя и воздерживалась от высказывания их вслух.

Но были, однако, и хорошие дни, по крайней мере один хороший день. 28 июля, во время с нетерпением ожидавшейся прогулки за город, принесшей массу радости, мисс Д. провела весь день лишь со слабыми намеками на дыхательные расстройства, окулогирные кризы и прочие из мириад ее отклонений. Она вернулась с прогулки в лучезарном настроении, восклицая: «Какой чудесный день! Какой спокойный! Я никогда его не забуду! Какое счастье – быть живым в такой день, как этот! Я чувствую себя живой, впервые за последние двадцать лет. Если это делает леводопа, то она просто благословенное лекарство!»

На следующий день у мисс Д. развился самый тяжелый и наиболее продолжительный криз за всю жизнь. Шестьдесят часов она провела в состоянии практически непрерывного дыхательного криза. Он сопровождался не только «обычными» спазмами и компульсиями, но и массой других, не виданных доселе симптомов. Ее конечности и туловище постоянно «зажимало» в причудливых позах, и она активно и пассивно сопротивлялась любым попыткам выпрямить их. Эта абсолютная зажатость сопровождалась интенсивной, почти лихорадочной потребностью в движении, и мисс Д., несмотря на полную свою неподвижность, была вовлечена в яростную борьбу с собой. Она не могла вытерпеть даже намек на то, что надо лечь в постель, и дико кричала до тех пор, пока ее не оставили в кресле. Как только «зажатость» проходила, она выскакивала из кресла как из катапульты и делала несколько шагов только для того, чтобы снова застыть на месте, сжав ноги. Было такое впечатление, что она всякий раз с разбега натывается на невидимую стену.

Ее распирало от непреодолимой тяги непрерывно говорить. Речь давила изнутри, и впервые в этот день она продемонстрировала склонность к беспрестанному повторению слов и фраз (палилалия). Ее голос, обычно низкий и негромкий, превратился в пронзительный, невыносимый визг. Когда мисс Д. оказывалась очередной раз зажатой в причудливой позе, она принималась неистово кричать: «Мои руки, мои руки, мои руки, мои руки, прошу вас, двигайтесь, мои руки, мои руки, двигайтесь мои руки...» Казалось, возбуждение накатывает на нее волнами: каждая следующая волна поднималась все выше и выше, словно стремясь к недостижимой вершине; одновременно с этими волнами ее захлестывали муки, страх и стыд, которые, словно обретя голос, выкрикивали в безумной палилалии: «О, о, о, о! Прошу вас, не надо! Я не в себе, я не в себе, я не в себе! Это не я, это не я, это не я, это совсем не я!»

Это крещендо возбуждения отреагировало только на большую дозу введенных внутривенно барбитуратов, которые погрузили ее в сон всего на несколько минут. Она проснулась, и криз развился с новой силой. После такого чудовищного криза мы, естественно, отменили леводопу.

Наконец, 31 июля мисс Д. погрузилась в глубокий естественный, больше похожий на кому, сон, от которого пробудилась только через двадцать четыре часа. 2 и 3 августа кризов у нее не было, но с новой силой проявились все симптомы паркинсонизма (они были теперь выражены больше, чем до назначения леводопы). Женщина пребывала в состоянии болезненной депрессии, хотя явила нам неистребимый дух (или бледную тень) былого мужества и юмора: «Эта леводопа, – прошептала она (мисс Д. почти потеряла голос). – Это зелье надо назвать более подходящим именем – *Hell*-леводопа!»

#### 1969–1972

Весь август 1969 года мисс Д. пребывала в каком-то потустороннем мире. «Она выглядит почти полностью оцепенелой, – писала мне наш логотерапевт мисс Коль, – почти как человек, вернувшийся с линии фронта, как контуженый солдат». За время этого шокового периода, длившегося около десяти дней, симптомы паркинсонизма у мисс Д. усугубились настолько, что она потеряла всякую способность к самообслуживанию и ей постоянно приходилось прибегать к помощи медицинских сестер, чтобы делать элементарные вещи. В конце месяца выраженность симптоматики уменьшилась (хотя и оставалась больше, чем до назначения леводопы), но зато у нее развилась глубокая депрессия. У больной пропал аппетит («Кажется, у нее совсем исчез аппетит, – писала мисс Коль, – а главное, что у нее пропал аппетит к жизни. Раньше она была похожа на факел, а теперь напоминает догорающую свечу. Вы не поверите, какие перемены в ней произошли»), она потеряла в весе двадцать фунтов, и когда в сентябре я вернулся в Нью-Йорк (я отсутствовал около месяца), не сразу узнал в бледной, съезженной и морщинистой старушке прежнюю мисс Д.<sup>40</sup>

---

<sup>40</sup> Действительно, я возвратился в полный хаос: не только у мисс Д., сложности и проблемы были у *всех*. Уезжая в августе, я оставил чистое, спокойное и здоровое отделение, а в сентябре моим глазам предстало ужасное зрелище. Некоторые больные тряслись, превратившись в законченных паркинсоников, другие впали в неподвижность кататонии, у кого-то начались тики, иные беспрестанно повторяли вслух бессмысленные фразы, а у дюжины больных начались окулогирные кризы. Когда я увидел все это, первой мыслью было: произошла колоссальная, ужасная путаница в лекарственных назначениях, всем больным давали не те лекарства или неверные дозы. Следующей мыслью (после того как я, взглянув на листы назначений, удостоверился, что с лекарствами все в порядке) была та, что у всех больных грипп и сильная лихорадка (я знал, это вызывает у таких больных ухудшение их основного заболевания). Однако и эта мысль оказалась неверной. Что могло произойти за месяц моего отсутствия? Чтобы собрать воедино кусочки мозаики, мне потребовалось несколько дней. Дело заключалось, как я выяснил, в новых, поистине драконовских правилах внутреннего распорядка, установленных по приказу нового директора госпиталя. Сообщество больных было рассеяно, часы посещения сильно сокращены, пропуска на право выхода из больницы были без предупреждения отменены. Протесты пациентов оставили без внимания – выяснилось, что они не имеют права голоса в решении своих собственных дел. Дело было именно в этом. Чувство горя, потрясение и бессильная ярость – все это приняло свою «физиологическую» форму: паркинсонизм, кризы, тики. И в самом деле, когда позже, во второй половине осени, сообщество больных было восстановлено, удлинены часы посещения и снова были введены выходные пропуска, у больных произошло резкое «физиологическое» улучшение. Многие из (так называемых) побочных эффектов леводопы уменьшились или вовсе

До наступления лета мисс Д., несмотря на свою почти полувековую болезнь, всегда оставалась активной и жизнерадостной и к тому же выглядела намного моложе своих шестидесяти пяти лет. Теперь же она не только похудела и стала настоящим паркинсоником, она ужасно постарела, словно за тот месяц, что я отсутствовал, на ее плечи свалились еще пятьдесят лет. Она выглядела как беглец из Шангри-Ла.

Потом мисс Д. много рассказывала о том достопамятном месяце: ее беспристрастность и искренность, мужество и проникновение в суть вещей позволили убедительно проанализировать, как и *почему* она так себя чувствовала; и поскольку ее состояние (я уверен в этом) имеет общие существенные черты и детерминанты с состояниями других больных после отмены леводопы (хотя, конечно, состояние мисс Д. было намного тяжелее, чем у большинства пациентов – прошлых, настоящих и будущих), то я прерву изложение ее «истории болезни» и представлю читателю анализ ситуации.

Во-первых, мисс Д. подчеркнула крайне тягостное чувство «падения» после внезапной отмены лекарства. «Я совершила вертикальный взлет, – говорила она. – На леводопе я взлетала все выше и выше, чувствовала себя вознесенной на высоту в миллион миль. А потом эта башня рухнула, я упала, и не просто упала на землю, а пробила глубокую шахту. Я провалилась сквозь землю на миллион миль вглубь».

Во-вторых, мисс Д. (как и каждый из моих пациентов, переживших сходные состояния) говорила о недоумении, неуверенности, тревоге, гневе и разочаровании, когда на леводопе дела пошли не так, как того ждали; когда один за другим начали появляться побочные эффекты, которые я – *мы, ее врачи* – были бессильны предупредить, невзирая на все наши увещания, ободрения и возню и манипуляции с дозами; и наконец появилось безнадежное отчаяние, когда леводоба была отменена. В этом действии она увидела окончательный вердикт или приговор – нечто, что можно выразить так: «Этой больной дали шанс, но она не использовала его. Мы дали ей чудо, но оно не сработало. Теперь мы умываем руки и предоставляем пациентку ее судьбе».

Был и третий аспект «ситуации» с леводопой, о котором снова и снова упоминала мисс Д. (особенно в своем замечательном дневнике, который она в то время вела и отрывки из которого мне показывала). Это было острое, почти непереносимое усугубление определенных чувств, которые преследовали ее во все время болезни и достигли апогея в последние дни приема леводопы и в период непосредственно после отмены лекарства. Это было смешанное чувство изумления, ярости и ужаса оттого, что *такое вообще могло с ней случиться*, и чувство бессильной злобы оттого, что она, мисс Д., ничего не может с этим поделать<sup>41</sup>. Но в процесс вовлекаются более глубокие и более угрожающие чувства: «вещи», которые мертвой хваткой вцепились в нее под влиянием леводопы (особенно компульсии грызть и жевать<sup>42</sup>), определенные насильственные аппетиты и страсти, а также определенные обсессивные идеи и образы. Она не могла их отбросить как чисто физические или совершенно «чуждые» ей, ее истинному «я». Напротив, эти проявления ощущались ею в каком-то смысле высвобождением, или выплескиванием, или раскрытием, или признанием очень глубоких и древних составляющих ее существа, чудовищных порождений подсознания и немислимых физиологических глубин,

---

исчезли, хотя у многих больных, и это вполне объяснимо, осталось чувство незащищенности и ненадежности.

<sup>41</sup> Я думаю, такие чувства преследуют *всех* больных, которые ощутили, что их сущность, чувство их «я», гротескно изменена болезнью или другими обстоятельствами, ибо они страдают от онтологического насилия, невероятно мощного и непостижимого посягательства на цитадель их самости.

<sup>42</sup> Жевательные и грызущие компульсии, вместе со скрипом и скрежетанием зубов, а также большим количеством других аномальных и аномально выполняемых оральных движений, могут быть непреодолимыми, обладать насильственным характером, приводят к повреждению десен, языка, зубов и т. д. (См. Сакс и др., 1970.) Кроме местных повреждений, такие компульсии, как и другие формы компульсивного почесывания, причинения себе боли, щекотания и самовозбуждения, могут вызывать двойную смесь удовольствия и боли и, таким образом, формировать ядро более сложных гедонистических, альголагических и садомазохистских извращений. Образуется порочный круг, подобный которому мы часто наблюдаем у больных с синдромом Жилия Туретта. То же самое бывает у мучающих себя детей с синдромом Леша-Нихана.

лежащих еще ниже подсознания, в каких-то доисторических и даже дочеловеческих пластах и ландшафтах, черты которых казались ей с одной стороны очень странными, но столь же таинственным образом знакомыми, как бывают знакомы нам некоторые причудливые сновидения<sup>43</sup>.

Она не могла смотреть на эти внезапно открывшиеся ей составляющие ее существа как на нечто чуждое: они обращались к ней соблазнительными голосами сирен, околдовывали, опутывали ее, повергали в трепет, ужасали, наполняли чувством вины и неизбежности наказания, овладевали ею с пожирающей, яростной силой ночного кошмара.

Связанным со всеми этими чувствами и реакциями было и ее отношение ко мне – двусмысленной фигуре, которая предложила ей столь чудесное и одновременно столь ужасное по своему действию лекарство. Я был для нее заблудившимся врачом, двуликим Янусом, который прописал оживляющее, жизнеутверждающее лечение, с одной стороны, и ужасающее, разрушающее саму основу жизни лекарство – с другой. Сначала она смотрела на меня как на спасителя, обещавшего жизнь и здоровье своим сакраментальным лекарством, а потом как на дьявола, который лишил ее и здоровья и жизни, или причинил ей нечто худшее, чем смерть.

В моей первой роли – роли «доброе» доктора – она любила меня. В моей второй роли – доктора «злого» – она с такой же неизбежностью ненавидела и боялась меня. Тем не менее не смела выразить свой страх и свою ненависть, замкнула эти чувства в себе, где они то свертывались в спираль, то раскручивались, как пружины, с небывалой силой, сгущаясь в плотное и темное чувство вины и депрессии.

Леводопа посредством своего удивительного эффекта наделила меня – ее подателя, врача, несущего ответственность за эти эффекты, – слишком большой властью над ее жизнью и благополучием. Наделенный этой святой и одновременно низменной властью, я приобрел в глазах мисс Д. абсолютный и абсолютно противоречивый суверенитет – суверенитет родителей, власти, Бога. Так мисс Д. поняла, что попала в лабиринт проекционного невроза – лабиринт, из которого не было выхода, по крайней мере она его не видела.

---

<sup>43</sup> То, что мы наблюдали у мисс Д., нам приходилось наблюдать и у других пациентов в еще более гротескной и тяжелой форме. Это касалось многих наших больных с постэнцефалитическим синдромом, начавших получать леводопу. То, что мы видели, походило на странный и ужасный органический рост, возникновение и прорыв наружу не просто обычных произвольных движений и возбуждения, но тиков и маньеризма, причудливых движений и замечаний, отличавшихся нарастающей сложностью, капризностью и компульсивностью. Более того, все поведение, весь поведенческий репертуар носил крайне первобытный, примитивный и даже дочеловеческий характер. Много лет назад, во время вспышки эпидемии, Джеллифи говорил о характерных для этих больных звуках зверинца, которые они издавали, и вот теперь, летом 1969 года, посетители госпиталя вновь услышали эти звуки – звуки зверинца и диких джунглей, звуки почти невероятного зверства. «Боже мой! – восклицали они, испытывая невероятное потрясение, отражавшееся на их лицах. – Что это было? Вы держите здесь диких животных, производите над ними опыты? Что у вас, зоопарк?» Доктор Пердон Мартин, посетивший нас в это время, сказал, что нашел эту сцену невероятной: «Я не видел ничего подобного со времен вспышки энцефалита». Что касается меня, то я вообще никогда не видел ничего подобного и с тех пор осознал, что только у таких больных, а также у пациентов с тяжелейшими проявлениями синдрома Жилия Туретта можно видеть конвульсивные вспышки и прорывы такого поведения. Такое поведение (его, кстати, жутко наблюдать) разительно отличается от простой *имитации*, какую можно видеть у страдающих психозами людей и при регрессии к животному состоянию. То, что мы видели, являло нам истинные, настоящие предковые инстинкты и поведение, хранившиеся до поры в немыслимых филогенетических глубинах в недрах наших личностей. Существование таких следовых признаков не должно нас удивлять. Дарвин в своей знаменитой главе о «Возвращении к предкам и атавизму» пишет: «Оплодотворенный зародыш высшего животного, вероятно, является наиболее чудесным объектом природы. Но по учению о реверсии зародыш – еще более удивительный объект, ибо мы принимаем на веру, что, кроме видимых изменений, которые с ним происходят, он содержит в себе множество невидимых черт всех своих предков обоого пола, отделенных от него сотнями и даже тысячами поколений, и все эти признаки, подобно буквам, написанным на бумаге невидимыми чернилами, спят в полной готовности пробудиться, как только сложный механизм организма будет нарушен каким-либо известным или неизвестным заболеванием или событием». Среди таких условий или заболеваний и, возможно, самым явным примером того, что мы надеемся увидеть, являются изменения у наших пациентов, страдающих постэнцефалитическим синдромом. У них, как мы можем предположить, среди множества мельчайших возбуждающих повреждений в таламусе, гипоталамусе, обонятельном мозге и верхних отделах ствола головного мозга должны быть еще и те, что приводят к стимуляции или растормаживанию этих латентных форм поведения, которые показывают нам неопровержимо, что человечество ведет свой род от предков, умерших миллиарды лет назад. Это другая форма «пробуждения», но имеющая важное биологическое значение.

Мое первое исчезновение со сцены (3 августа 1969 года) на высоте ее мук и переживаний было пережито ею одновременно и как великое облегчение, и как великая потеря. Ведь это я загнал ее в лабиринт, и разве не у меня была нить, которая смогла бы вывести ее оттуда?

Таково было положение мисс Д., когда в сентябре я вернулся в госпиталь<sup>44</sup>. Я *чувствовал*, что с ней творится, но не мог внятно объяснить это словами, когда впервые посмотрел на нее по возвращении. Конечно, потребовались месяцы и даже годы, прежде чем мои и ее интуитивные ощущения достигли сознания и стали доступны для оформления их в понятные формулировки, которые я и набросал выше.

#### *Лето 1972 года*

Со времени тех событий прошло три года. Мисс Д. все еще жива, неплохо себя чувствует и живет, если, конечно, это существование можно назвать жизнью. Драматизм лета 1969 года ушел в прошлое, дикие превратности того времени с тех пор не повторялись, постепенно становясь неким нереальным, немного ностальгическим сновидением, каким-то уникальным, неповторимым, а ныне почти невероятным историческим событием.

Несмотря на двусмысленность того положения, невзирая на все свои метания, мисс Д. с радостью приветствовала мое возвращение и спросила, мягко и обходительно, не стоит ли подумать о новом назначении леводопы. Напористость и непримиримость исчезли, уступив место терпению и благожелательности. Мне кажется, месяц нереального существования без леводопы стал для нее временем глубоких раздумий, внутренних изменений и очень сложной перестройки под новые условия существования.

Это было, как я понял впоследствии, некое Чистилище, период, в течение которого мисс Д. боролась со своими расщепленными и многочисленными импульсами, используя все приобретенные ею за то нелегкое время знания о себе (и своей странной реакции на прием леводопы), используя всю силу своего ума и характера для достижения нового единства с собой и миром, новой стабильности собственной личности, более глубокой и сильной, чем в прошлом.

Она, если можно так выразиться, несломленной прошла через испытания, выпавшие на ее долю (в отличие от многих других моих пациентов). Мисс Д. оказалась исключительной личностью и необыкновенным человеком, она с честью вышла победительницей из своей почти полувековой борьбы с болезнью и вела самостоятельную жизнь вне стен лечебного учреждения до шестидесяти пяти лет. Я уже видел смысл ее болезни и мощь патологического потенциала, но ее загадочный резерв физического и душевного здоровья стал мне очевиден только после драматичного лета 1969 года и в последующие три года.

Оставшуюся часть истории мисс Д. рассказать легче. В сентябре 1969 года я возобновил ее лечение леводопой, и с тех пор она почти постоянно остается на этом препарате. В случае мисс Д. (как и в случае с другими больными) оказалось, что одновременное назначение амантадина (симметрела) может облегчить некоторые патологические ответы на прием леводопы, хотя мы и отметили, что этот благоприятный эффект иногда сходил на нет после нескольких недель лечения. Поэтому мисс Д. мы проводили прерывистые курсы амантадина, добавляя его к основному курсу леводопы. Мы пытались, в соответствии с изложенными в медицинской литературе рекомендациями, сгладить избыточное психомоторное возбуждение назначением фенотиазинов и бутирофенонов и других больших транквилизаторов, но в случае мисс Д. оказалось (как и в случае всех других пациентов), что они могли лишь ослабить и даже извратить тотальный эффект леводопы. То есть эти транквилизаторы не «различали» желательные и побочные эффекты леводопы подобно многим врачам-энтузиастам. Мы нашли, что малые транквилизаторы и антигистаминные препараты оказывали весьма слабое действие на мисс Д.,

---

<sup>44</sup> Не только мисс Д.; в таком положении я застал двадцать или тридцать больных паркинсонизмом, находившихся на моем попечении. Тем летом леводопа бросила перчатку и им.

но барбитураты, особенно парентеральное введение амитал-натрия, стали ценным основным средством купирования тяжелых кризов разного типа.

Ответы на леводопу (или, скорее, на сочетание леводопы и амантадина) были во всех отношениях *мягче*, чем летом 1969 года. У мисс Д. не было такого сенсационного улучшения, но не было и столь же сенсационных кризов. Паркинсонизм остался на своем месте, но проявления его уже не такие тяжелые, какими были до лечения леводопой, хотя, надо сказать, каждые несколько недель, когда эффекты сочетания леводопы и амантадина становились менее благоприятными, у нее неизбежно происходит ухудшение течения паркинсонизма (и других симптомов), вслед за чем развиваются признаки синдрома отмены (подобные тем, хотя и в более легкой форме, что случались у нее в августе 1969 года), который продолжается приблизительно неделю, пока она не получает амантадин. Этот цикл: улучшение – ухудшение – синдром отмены – повторяется приблизительно десять раз в течение года. Мисс Д. очень не нравятся эти циклы, но она смирилась и привыкла к ним. В действительности у нее просто не осталось выбора, так как если отменить леводопу, она впадает в состояние намного худшее, чем то, от которого страдала до начала лечения этим препаратом. Ее положение таково: она *нуждается в леводопе, но переносит ее очень плохо*<sup>45</sup>.

Кризисы у мисс Д. стали более редкими и менее тяжелыми, теперь они происходят не чаще одного-двух раз в неделю, но их можно назвать более примечательными, поскольку они полностью изменили свой характер. Летом 1969 года (так же как летом 1919-го) ее кризисы были чисто респираторными, и только потом к ним присоединились многие другие описанные выше феномены. Ее новые кризисы отличались большей частотой палилалии, некоторые слова и фразы она непрерывно повторяла по несколько сотен раз, причем это сопровождалось сильным волнением и различными побуждениями, компульсиями, усугублением симптомов паркинсонизма, особенно состояния «блока» или «невозможности» движений, и т. д.

Надо обратить особое внимание на слова «обычно», «различные» и «т. д.», так как, хотя каждый кризис был, несомненно, именно кризисом, они никогда не повторяли друг друга. Двух одинаковых кризисов мы не видели. Более того, конкретный характер и течение каждого кризиса, так же как и его характеристика как некоего целого и его наступление как единого целого, могло подвергаться необычайной модификации суггестией и особенностями обстоятельств и окружающей обстановки.

Так, сильный аффект, обычно окрашенный гневом или страхом, мог превратиться в веселый и бодрый аффект, если мисс Д. вдруг случалось посмотреть по телевизору веселую комедию, в то время как двигательный «блок», если можно так выразиться, *вытекал* из одной конечности и плавно *перетекал* в другую.

Самым лучшим способом воздействия на кризисы была музыка; эффект ее мог быть поистине сверхъестественным, а порой даже жутким. Вот вы видите мисс Д. подавленной, зажатой и обездвиженной... или подергивающейся, охваченной тиком и что-то невнятно бормочущей – каким-то подобием человеческой бомбы. Но вдруг, при первых звуках музыки, донесшейся из радиоприемника или проигрывателя, все эти обструктивно-эксплозивные симптомы исчезали как по мановению волшебной палочки, сменяясь благословенной легкостью и плавностью движений, когда мисс Д., внезапно освобожденная от своих автоматизмов, с улыбкой начинала «дирижировать» музыкой или поднималась и кружилась в непринужденном танце. Музыка должна была исполняться непременно в манере *легато*; музыка в стиле *стаккато* (и особенно

---

<sup>45</sup> Можно сказать, мисс Д. повезло в обоих отношениях. Ее потребность и непереносимость леводопы были выражены достаточно умеренно. У других больных (их истории болезни изложены далее) потребность и непереносимость оказались ошеломляющими, что исключало возможность компромиссного или вообще какого-либо удовлетворительного решения и положения. Мы никогда не прерывали курс лечения леводопой у мисс Д. надолго и поэтому не имели возможности установить, в чем будет выражаться ее состояние «после леводопы». В других случаях (они описаны далее) у нас не осталось сомнений в том, что леводоба приводит к глубокому нарушению реакций и поведения, которое длилось больше года после его отмены.

ударные) иногда вызывала ненормальное действие, заставляя ее прыгать и дергаться в такт музыкальному ритму. В такие моменты она походила на заводную куклу или марионетку<sup>46</sup>.

К концу 1970 года мисс Д. испробовала на себе леводопу, амантадин, леводопу-декарбок-силазу, апоморфин (все эти лекарства давали ей разными дозами и с разными временными интервалами) – самостоятельно или в сочетании с антихолинергическими, антиадренергическими, антигистаминными и разными другими добавками или блокаторами, продиктованном нашими изобретательностью и предположениями. Она прошла через все это, поняв и приняв лечение. «Вот так! – сказала она однажды. – Вы обрушили на меня всю свою фармацевтику. Я поднималась вверх, падала вниз, уклонялась в стороны, вы загоняли меня внутрь и выворачивали наизнанку. Вы толкали и тянули меня, давили и выкручивали. Я то ускорялась, то замедлялась, иногда становилась такой быстрой, что фактически оставалась стоять на месте. Я открывалась и закрывалась, как мехи концертины в образе человеческом...» Мисс Д. оста-

<sup>46</sup> Сила и способность музыки исцелять и лечить, освобождать паркинсоника и одаривать его свободой, пока она звучит (Ты музыка / Пока музыка длится; Т.С. Элиот), являются фундаментальными и проявляются у всех больных. Это превосходно показала и с глубоким пониманием предмета объяснила Эдит Т., бывшая учительница музыки. Она говорила, что, заболев паркинсонизмом, утратила свою привлекательность, стала неэстетичной; движения стали деревянными, механическими – как у робота или куклы, она утратила прежнюю естественность и музыкальность движений – у нее, другими словами, была отнята музыка. «К счастью, – добавила она, – эта болезнь сочетается с собственным лечением». Удивленно поднял брови, и она пояснила: «Это лечение – музыка. Так как я лишена музыки, ее надо вдохнуть в меня, зарядить меня ею». Часто она чувствовала себя оцепенелой, страшно неподвижной, лишенной силы, импульса, мысли о каком-либо движении. В такие минуты женщина ощущала себя «мертвой фотографией, застывшей рамкой» – простой оптической плоскостью, лишенной жизненной субстанции. В этом состоянии, в этом отсутствии какого бы то ни было состояния, в этой лишенной времени нереальности она всегда оставалась обездвиженной и беспомощной до того момента, когда *являлась музыка*. Песни, мелодии, знакомые с давних лет, завораживающие мелодии, ритмичные мелодии, под которые она так любила когда-то танцевать. Вместе с внезапным появлением музыки, приходом спонтанной внутренней музыки, также внезапно возвращались сила движения, способность к действию, восстанавливалась личность и чувство вещественности реального мира. Теперь, как излагала это Эдит Т., она могла, «танцуя», выскользнуть из рамки плоской застывшей визуальности, в которую была захлопнута как в капкан, и двигаться, наконец двигаться – вольно и грациозно. «Это было, как будто я вспоминала самое себя, мою собственную, неповторимую жизненную мелодию». Но затем, также внезапно, внутренняя музыка стихала, и вместе с ней пропадали движение и актуальность мира, и она снова, мгновенно, падала в невероятную паркинсоническую бездну. Равно поразительной и очень похожей была сила воздействия прикосновения. Временами, когда на помощь к ней не приходила музыка и она беспомощно застывала в абсолютной неподвижности в коридоре, простейший человеческий контакт мог выступить в роли спасителя: достаточно было взять ее за руку или просто, хотя бы слегка, прикоснуться к ней, чтобы она «пробудилась». Надо было лишь пройти с ней, и она начинала идти правильно, не имитируя и подражая, но собственной, присущей ей походкой. Но когда сопровождающий останавливался, она тут же снова застывала на месте. Такие феномены очень распространены среди больных паркинсонизмом, и их обычно рассматривают как обычные, не достойные внимания «контактуальные рефлекссы». Интерпретация этого феномена, данная самой мисс Т., и ее реальный опыт в действительности представляют более экзистенциальную трактовку действительно «сакраментального» типа. «Я ничего не могу делать одна, – говорила она. – Но я все могу делать с кем-то или с чем-то – с человеком или с музыкой. Я не могу ничего начать сама, но могу полноправно участвовать во всем. Вы, «нормальные», полны движения, и когда вы со мной, то я могу разделить с вами вашу активность. Как только вы исчезаете, я снова превращаюсь в ничто». Кант говорит о музыке как о живительном искусстве, и для Эдит Т. это верно. Музыка служит для пробуждения ее собственных жизненных сил, она возвращает ее к жизни, пробуждает ее жизнь, живые и подвижные силу и волю, которые в противном случае дремлют в глубинах ее существа большую часть времени. Именно это я имею в виду, когда говорю, что эти пациенты «спят», и вот почему говорю об их возвращении к активной жизни как о физиологическом и экзистенциальном «пробуждении», будь то с помощью духа музыки, или через живого человека, или путем химического воздействия на двигательные части головного мозга. Меня часто спрашивают: что именно в музыке может стать причиной пробуждения таких пациентов и что именно с ними происходит в такие минуты? Должны обязательно присутствовать ритмические импульсы, но они должны быть «вкраплены» в мелодию. Грубый, голый или ошеломляющий ритм, который не вплетается в мелодию, вызывает лишь патологические подергивания, заставляя и вынуждая, но не освобождает больного и, таким образом, оказывает антимузыкальный эффект. Бесформенный звук («чавканье», как называла его мисс Д.) без достаточной ритмической и двигательной силы вовсе не мог сдвинуть больную с места – ни эмоционально, ни физически. Уместно вспомнить определение Ницше, касающееся патологии музыки: он прежде всего и главным образом видит «дегенерацию чувства ритма». «Вырожденная» музыка делает больным и принуждает, здоровая музыка лечит и освобождает. Это в точности соответствует личному опыту и переживаниям мисс Д. – она не могла выносить «ритмического грома» или «чавканья» и всегда требовала твердой, но «оформленной» музыки. Но любая ли музыка, если она действительно была твердой и оформленной, верно служила временному исцелению мисс Д.? Ни в коем случае. Единственная музыка, которая воздействовала на нее исцеляюще, – та, которой она наслаждалась. Только такая музыка задевала ее за душу, могла сдвинуть с места ее тело. Ее могла двигать и трогала только такая музыка, которая в физическом смысле могла двигать ею. Движение было одновременно эмоциональным и моторным и исключительно самостоятельным и автономным (что отличает такое движение от пассивных подергиваний и других патологических движений).

новились перевести дух. Поистине ее слова рисовали переживания паркинсонической Алисы в постэнцефалитической Стране Чудес.

К этому времени, однако, мисс Д. уже четко понимала, что леводопа для нее – жизненная необходимость, и стало ясно, что ее ответ на прием препарата стал ограниченным и не столь театральным, и скорее всего таковым и останется. Она осознала, что дело приняло необратимый и непоправимый оборот. Ее решение ознаменовало собой окончание тех гипертрофированных ожиданий, какие она первоначально связывала с леводопой: то было отречение от страстных надежд и желаний, доминировавших в ее жизни более года. Так, ничего не отрицая, ни на что не претендуя и ничего не ожидая (хотя в дневнике она время от времени то в шутку, то всерьез выражала надежду на то, что жизнь все-таки может измениться в лучшую сторону), мисс Д. покончила с фантазиями и обратилась к реальности – то был двойной поворотный пункт, ознаменовавший ее освобождение из лабиринта, в котором она блуждала целый год. Начиная с этого момента, все ее отношения приняли более легкий, здоровый и приятный оттенок. Ее отношение к леводопе стало отстраненным и проникнутым юмором смирением, и таким же стало отношение к собственным симптомам и недомоганиям. Она перестала завидовать пациентам, которые, принимая леводопу, летали как на крыльях, и перестала также с обращенным на себя страхом взирать на больных, плохо переносящих лечение этим препаратом. А еще она перестала видеть во мне спасителя и губителя, держащего в своих дающих лекарство руках ее судьбу. Отрицания, проекции, переносы, идентификации, видимость и жульнический обман «положения» с леводопой отпали и отслоились как хитиновая оболочка, обнажив «старую мисс Д.», ее истинное, первоначальное «я».

Во второй половине семидесятого года мисс Д. была готова и желала обратить свои силы на то, что можно было сделать с ее паркинсонизмом, ее отношениями, возможностью остаться человеком и выживанием в мире, который можно назвать Тотальной Лечебницей<sup>47</sup>. Эти проблемы, вероятно, удалось бы обойти и избежать, если бы леводопа была и осталась совершенным лекарством, исполнив свое обещание, но оно не стало таким, по крайней мере для мисс Д. Теперь она видела леводопу без содранных с нее блестящих одежд, во всей неприглядности и подлинности. Она поняла, что это наиболее полезное, незаменимое, помогающее, но не спасительное средство. Теперь она могла остаться один на один со своими внутренними ресурсами, моими и ресурсами всего нашего госпиталя, чтобы извлечь из оставшихся возможностей максимум пользы<sup>48</sup>.

<sup>47</sup> Этот термин вместе с понятием, которое он содержит, я позаимствовал из замечательной книги Гофмана «Приюты».

<sup>48</sup> В данной связи будут уместны краткие упоминания о «методах» мисс Д. За долгие годы болезни она смогла в мельчайших подробностях пронаблюдать особенности и симптомы и изобрела множество хитроумных способов смягчения, преодоления или обхода этих симптомов. Так, в ее распоряжении было несколько способов «разморозить» себя в тех ситуациях, когда она вдруг застывала на месте во время ходьбы: на этот случай мисс Д. всегда носила с собой в руке запас маленьких бумажных шариков. Как только она останавливалась, тотчас же бросала на пол один шарик: его крошечное белое пятнышко «приказывало» ей сделать шаг, таким образом освобождая ее от оцепенения и позволяя возобновить процесс ходьбы. Кроме того, мисс Д. обнаружила, что регулярное мигание, громко тикающие часы или горизонтальные линии на полу и т. д. тоже заставляли ее шагать и, мало того, предупреждали ускорения и замедления, которые так вредили ходьбе. То же самое касалось чтения или речи: она научилась делать ударение на словах в определенных местах речевых отрезков, что препятствовало ускорению речи, заиканию, замедлению или остановке речи. Этим и тысячами других способов мисс Д. – сама, со мной, с другими больными и с заинтригованными медицинскими сестрами, физиотерапевтами, логотерапевтами и т. д. – провела множество продуктивных и радостных часов, исследуя и играя с бесчисленными возможностями помочь себе и другим. Такие методы изобретены одаренными больными с постэнцефалитическим синдромом и паркинсонизмом и были открыты для всех. Я научился у этих пациентов большему, нежели смог почерпнуть из целой библиотеки специальной литературы. Эд У. – высокоодаренный молодой пациент с «обычным» паркинсонизмом, который часто оказывался «застывшим», «парализованным» в своем кресле и терял способность встать. Неспособным встать непосредственно, *прямо*. Но он изобрел *опосредованный* способ вставания с кресла. Сначала он делал легкое движение глазами – единственно возможное в его положении, потом следовало движение шей, затем, по возможности, слегка, едва заметно, наклонялся в какую-либо сторону. Ему приходилось выполнять весьма сложную последовательность двигательных актов, которую он по большей части был вынужден придумывать и изобретать каждый раз заново, чтобы достигнуть определенного пункта, определенной точки или момента, когда – внезапно и почти взрывоподобным образом – вдруг обретал способность встать. Он не мог достичь такого состояния без сложной после-

Таковыми способами мисс Д. приспособлялась к причудливым превратностям действий и эффектов леводопы и активно меняла болезненные феномены своего паркинсонизма, кататонии, импульсивности и т. д. Но имелись и другие проблемы, которые происходили не от нее самой, но изменить которые было превыше ее сил: это, по сути, проблемы жизни в Тотальном Сумасшедшем Доме.

Эти проблемы, если очертить их в общем виде, были кратко изложены Паскалем в его антимониях, которыми заполнен дневник мисс Д. Это чувство изоляции, чувство заключения, чувство пустоты и чувство ничтожности, чувство заключенного, помещенного в некое общество, но одновременно изолированного от общества. Человека, вынужденного подчиняться бесчисленным уничтожающим правилам и установкам, чувства, что ты сведен до статуса ребенка или арестанта, чувства потерянности или того, что тебя размалывает бездушная и страшная машина; чувства фрустрации, опустошения и бессилия.

Эти бесчеловечные качества психиатрической лечебницы, хотя и существовавшие в какой-то степени с самого основания госпиталя, внезапно стали еще более грубыми и жесткими в сентябре 1969 года<sup>49</sup>. Можно было сразу заметить по поведению пациентов, как эти жестокие новшества повлияли на их клиническое состояние: не просто на настроение или отношение к персоналу, но и на кризы, тики, импульсивность, каталепсию, паркинсонические проявления и т. д., и, конечно же, на реакцию на леводопу<sup>50</sup>.

довательности движений, но когда достигал его, вдруг осознавал, что *знает, как надо вставать*. В тот момент, когда вставал, он забывал, что именно делал для того, чтобы встать: знание того, как это делается, присутствовало только в самый момент вставания, знание вовлеченности в акт движения. Но знание того, как встать, может немедленно привести к другому знанию – как идти, танцевать, прыгать и многому другому. Это двигательное знание (знание, как действовать) эксплицитно неизвестно никому из нас; это знание имплицитно, как знание языка или грамматики. Что представляется характерным для паркинсонизма – это утрата доступа к имплицитному знанию, к встроенным двигательным программам, и тот факт, что подобный доступ может быть восстановлен с помощью уловки. Многие симптомы и признаки паркинсонизма, особенно «застывание», являются следствием застревания в паркинсоническом «мире» или, скорее, в паркинсонической пустоте, вакууме или *не-мире* («Я застываю в пустом пространстве», – говорит Лириан Т. в документальном фильме «Пробуждения»). Это застревание двигательной активности отчасти зависит от застревания, паралича или трансового состояния внимания на том, что их существо не является подходящим объектом внимания. «Исцелением» этого состояния (если оно вообще возможно) является перенаправление внимания назад, на реальный мир (который полон предметов, действительно подходящих для того, чтобы обратить на них внимание). Бывает достаточно, чтобы кто-то другой сказал: «Посмотри!», «Взгляни на это!» или «Смотри туда!», чтобы высвободить парализованное внимание, отпустить больного из его очарованного, хотя и пустого паркинсонического внимания и позволить ему опять свободно отправиться в путь по реальному миру. Иногда больные могут сделать это и самостоятельно – используя изобретательность, кору головного мозга, обходя подкорковую фиксацию внимания, для того чтобы компенсировать подкорковую пустоту внимания. Этот процесс требует вмешательства сознания и усилия (актов, которые в норме выполняются «естественно» и бессознательно, без вмешательства сознания), особенно тем, что внимание сознательным усилием фиксируется на *реальном* предмете, представлении или образе. Это великолепно показано в фильме «Айвен» и описано Айвеном Вохеном в его книге. Айвен способен пробежать несколько миль – если сможет начать бег. Вместо того чтобы концентрироваться на первом шаге (что только усиливает оцепенение), он должен отвлечься и направить внимание на что-то еще – не важно, на что: на древесный лист, любой доступный восприятию предмет. Он трогает лист, и это чудесным образом освобождает его. Точно так же Айвен иногда не может утром встать с кровати непосредственным усилием воли, но рядом с кроватью на стене висит изображение дерева. Он смотрит на рисунок, воображает, как взбирается на дерево, пользуясь его ветками как ступеньками. Стоит ему представить это, как он тотчас свободно встает с постели.

<sup>49</sup> Во время ухудшения внутрибольничных условий мисс Д. иногда восклицала: «И это учреждение вы называете санаторием? Да это же настоящий *танаторий!*»

<sup>50</sup> «Пробуждения» написаны по большей части в форме биографий – содержание представляет собой описание реакций индивидов, получавших леводопу. Естественно, эти индивиды пребывали не в вакууме: все они были членами единого пост-энцефалитического сообщества и оказались весьма чувствительными, а часто подпадали и под прямое влияние реакций других больных. Эта чувствительность, это влияние происходили по-разному. Первым делом оно привело весной и летом 1969 года к всеобщим восторгу и радости. Это было не одно пробуждение, а пятьдесят: полсотни человек, одновременно и внезапно, очнулись от забытья и изоляции, куда их погрузила продолжавшаяся десятилетиями болезнь. Они снова оказались в настоящем мире, живые, окруженные пятьюдесятью другими Рипами ван Винклями и Спящими красавицами. Среди таких больных быстро устанавливаются узы товарищества – все они жили в одинаковых подземельях или башнях, и все в одночасье оказались на ярком свете дня. Внезапно освободившись от многолетних пут, они бросились танцевать и без умолку болтать друг с другом. Самые очаровательные сцены такого рода были запечатлены в документальном фильме «Пробуждения». Там показаны вновь проснувшиеся больные, танцующие, наслаждающиеся жизнью, сидящие за столами вместе. Они с восторгом открыли друг в друге людей, которые до сих пор были просто стоящими друг подле друга охраняемыми персоналом статуями. Они делились своими воспоминаниями, своими трагедиями, недоумениями, новыми надеждами. Они радовались улучшению

Нет сомнения, мисс Д. сама была в большой степени поражена этими изменениями в ее окружении, однако я не могу категорически судить, насколько неизбежным было влияние лечения леводопой, с одной стороны, и ее индивидуальной, встроенной реактивности – с другой, и насколько неблагоприятные последствия такого лечения были обусловлены нарушениями условий жизни. Могу только нарисовать общую картину, настолько честно, насколько это в моих силах, и оставить право выносить суждения на совести читателя.

Однако безошибочно ясными оказались три обстоятельства. Первое: как только мисс Д. обрела способность выражать свои чувства и изменять свое окружение, уменьшалась выраженность *всех* ее патологических проявлений. Второе: стоило мисс Д. покинуть госпиталь и выйти на прогулку (которые стали большой редкостью после благословенного 1969 года), как все ее симптомы также уменьшались. И последнее: с тех пор как у мисс Д. установились глубокие и доверительные отношения с двумя другими пациентками из отделения, то есть в начале 1971 года, ее состояние и самочувствие улучшились во всех мыслимых отношениях.

И вот наконец мы подходим к настоящему времени, к лету 1972 года. Мисс Д. по-прежнему получает небольшие прерывистые курсы леводопы и амантадина. Она очень активна, способна обслуживать себя на элементарном уровне девять месяцев в году, в остальные три месяца борется с ухудшениями и симптомами отмены. Два раза в месяц у нее бывает довольно легкий криз, который теперь не беспокоит ни ее, ни ее соседей по палате. Она много читает, вяжет как настоящий профессионал и намного быстрее меня решает массу кроссвордов. Больше всего она становится сама собой, когда разговаривает с подругами. Она сумела побороть раздражительность, упрямство, зависимость и несговорчивость. Она теперь весьма общительна и доброжелательна (за исключением тех моментов, когда в прескверном настроении запирается наедине со своим дневником), и ее любят окружающие. Ее часто можно видеть у окна, кроткую старушку около семидесяти лет, немного сгорбленную, которая быстро вяжет крючком, иногда поглядывая на машины, с ревом проносящиеся по улице.

Она не самая примечательная из наших пациентов, которая бы сказочно хорошо отреагировала на лечение леводопой и успех лечения которой остался бы прочным. Но она сумела пережить давление пожизненной, деформирующей характер болезни; пережить сильное воздействие на мозг мощного стимулятора; пережить пребывание в госпитале для хронических больных, который пациенты редко покидают живыми. Укоренившись в реальности, она с триумфом преодолела болезнь, интоксикацию и помещение в специальное учреждение и осталась тем, кем была всю жизнь – настоящим человеком, человеческим существом в лучшем смысле этого слова.

---

состояния их соседей, поддерживали друг в друге силы для адаптации к новой жизни. Так что все это носило не слишком индивидуальный характер, это было *общее* здоровье (оно царило все лето) и особое волнение и воодушевление от разделенной всеми ими надежды. Воодушевление достигло апогея, когда Аарон Е. был выписан из госпиталя: «Возможно, скоро все мы выпишемся отсюда». Но в сентябре начались неприятности. Некоторые возникли из-за предательских «побочных эффектов» леводопы, потрясших до основания их и без того ограниченно устойчивую нервную систему; некоторые из-за ужесточения внутрибольничного режима; некоторые – из-за примитивности потребностей самих больных, и в этом тоже нет сомнения. Но отчетливо проявилась тенденция передачи отчаяния и «побочных эффектов» от одного больного к другому, которые распространялись по палатам словно лесной пожар. В то лето все были воодушевлены чужими примерами; оптимизм и надежда охватили больных как прилипчивая зараза. Поскольку теперь всякая неудача и ухудшение у любого больного возбуждали страх у всех остальных, страх и отчаяние приобрели характер инфекционной эпидемии. Эти больные отличались большой впечатлительностью, не только психической, но и соматической, – это была та самая «соматическая податливость», о которой так любил говорить Джеллифи. (Такая почти гипнотическая внушаемость, тенденция к мимикрии и подражанию, в данном случае была предопределена как биологически, так и психологически, – такова характерная черта всех диэнцефальных синдромов.) Страх изменений, страх тиков играл свою роль в реальном усугублении тиков и психической неустойчивости. И стоило больному перешагнуть некий порог, некую критическую точку и начать двигаться дальше по пути нестабильности, психические влияния тоже становились все сильнее и сильнее. Счастье, свобода, хорошие добрые отношения стабилизировали больных; изоляция, скука – дестабилизировали. Эти влияния по своей силе не уступали силе действия леводопы. Таким образом, атмосфера в отделении, общее настроение стало преобладающим и всеобщим. У меня на руках оказалось не пятьдесят изолированных друг от друга пациентов – я получил *сообщество*, подобное единому живому организму.

## Магда Б

Миссис Б. родилась в Австрии в 1900 году и еще ребенком вместе с родителями переехала в Соединенные Штаты. В детстве не страдала серьезными заболеваниями, в школе была образцом успеваемости и отличалась в занятиях спортом. В 1918–1919 годах, работая секретарем, заразилась тяжелой сомнолентно-офтальмо-плегической формой летаргического энцефалита, выздоровела через несколько месяцев, но в 1923 году появились признаки паркинсонизма и другие последствия энцефалита.

Течение ее недуга в последующие сорок пять лет вначале было мне известно только по скудным записям в истории болезни, так как миссис Б. не была способна говорить на протяжении многих лет. Вдобавок к офтальмоплегии, которая так и не разрешилась после острой фазы энцефалита, главными симптомами миссис Б. были глубокая акинезия, апатия и ряд вегетативных нарушений (сильное слюнотечение, потливость и рецидивирующие пептические язвы). Она не была склонна к окулогирным или иным кризам. Иногда у нее появлялся «хлопающий» тремор, но не было ни ригидности, ни дистонии, ни тремора в покое (тремора типа «счета монет»).

В записи, датированной 1964 годом, читаем: «Любопытно отсутствие гнева или фрустрации, которые обычно вызывает такое состояние». В записи от 1966 года, когда миссис Б. серьезно страдала от сопутствующего заболевания, говорится об отсутствии тревоги или страха по поводу такого состояния. В течение 1968 года она неоднократно подвергалась вербальному и физическому насилию со стороны безумной дементной больной, которую положили на соседнюю койку в палате. Эта больная постоянно оскорбляла и ругала ее, а временами даже била. Миссис Б. не выказывала ни двигательных, ни эмоциональных реакций на плохое обращение с собой. Многие записи, которые нет нужды цитировать, точно так же приписывают миссис Б. ненормальную пассивность и безмятежность. С другой стороны, не было указаний на депрессивное или паранойяльное состояние, не было тенденций к образованию эксцентричных идей или признаков эксцентричного поведения. Миссис Б. казалась вполне дружелюбной, с благодарностью принимала помощь, но была очень покорной, *слабой* и, возможно, просто неспособной к эмоциональным реакциям.

### *До лечения леводопой*

Когда я впервые осматривал миссис Б., она неподвижно сидела в инвалидном кресле. Акинезия в то время была так сильна, что больная не мигала, не меняла выражения лица, не проявляла никаких признаков телесных движений большую часть суток. Голова была постоянно опущена на грудь, но на короткое время женщина могла, приложив большое усилие, поднять ее. Не было почти никакой ригидности шейных мышц. У нее были признаки двусторонней ядерной или межъядерной офтальмоплегии с альтернирующим расходящимся косоглазием. Миссис Б. очень легко потела, кожа была жирной, с себорейными проявлениями, отмечались умеренно выраженные слезотечение и слюнотечение. Наблюдались редкие спонтанные приступы клонуса век, но не было спонтанного мигания. Миссис Б. страдала полной афонией – она с большим усилием могла лишь едва слышно произнести нечто вроде «ах!», но при этом была не в состоянии разборчиво артикулировать слова. Она была безмолвна в течение более чем десяти лет, гипофонией же до этого страдала более пятнадцати лет.

Лицо было абсолютно маскообразным – во время первоначального обследования на ее лице ни разу не появилось даже намек на какое-то выражение. Она была едва способна просто открыть рот, высунуть язык или двигать им во рту из стороны в сторону. Жевание и глотание были немощными и медленными: чтобы справиться даже с небольшим количеством пищи,

миссис Б. требовалось около часа. При этом не было никаких признаков бульбарного или псевдобульбарного паралича.

Все произвольные движения отличались чрезвычайными медлительностью и слабостью, при этом практически не использовались «вспомогательные» мышцы. Кроме того, имела место тенденция к преждевременной остановке движения в его середине. Если ее поднимали с кресла, так как миссис Б. была не способна сама даже начать вставание, она стояла неподвижно как статуя, не способная поддерживать равновесие вследствие неудержимого импульса, заставившего ее падать навзничь. Делать шаги было не только невозможно, но и, казалось, *немыслимо*. Если миссис Б. закрывала глаза – в положении стоя или сидя, – то немедленно валилась вперед как увядший цветок.

Таким образом, миссис Б. была глубочайшим инвалидом, неспособным разговаривать и практически неспособным начинать любое произвольное движение, лишенным способности к эмоциональным реакциям, отличавшимся значительной сонливостью и торпидностью в течение практически всего дня. Обычные антипаркинсонические лекарства не производили должного эффекта и мало ей помогали, если помогали вообще. Вопрос о хирургическом лечении никогда не ставился. Много лет ее рассматривали как безнадежную отсталую постэнцефалитичку без каких-либо перспектив реабилитации. Леводопу она начала получать 25 июня 1969 года.

#### *Курс лечения леводопой*

*2 июля.* После первой недели лечения (больная получала 2 г леводопы в сутки) миссис Б. *заговорила* – причем вполне членораздельно – впервые за много лет, хотя сила ее голоса иссякала, стоило ей произнести два или три коротких предложения. Вновь обретенный голос был тихим, монотонным и невыразительным.

*8 июля.* После увеличения ежедневной дозы лекарства до 3 г у миссис Б. появились упорная тошнота и бессонница, зрачки сильно расширились, хотя при этом отсутствовали тахикардия, лабильность артериального давления или акатизия. Теперь у нее появилась значительная спонтанная активность – она обрела способность самостоятельно менять положение в кресле, поворачиваться в постели и т. д. Уровень бодрствования повысился, исчезли сонливость и «отупение», преследовавшие ее в течение дня. Голос стал еще более звучным, в нем появились интонации и выразительность. Теперь стало ясно, что больная говорит по-английски с сильным немецким акцентом, хотя всего за несколько дней до этого тембр ее голоса, абсолютно лишенный интонаций, был, если можно так выразиться, анонимно-паркинсоническим.

Теперь миссис Б. могла держать в руке карандаш и делать первые записи в своем дневнике: она записала свое имя, сделав при этом примечание: «Прошло двадцать лет с тех пор, как я последний раз писала. Боюсь, я почти забыла, как пишется мое имя».

Стали более выраженными и эмоциональные реакции – возросла тревожность по поводу бессонницы и рвоты. Она попросила уменьшить дозу нового лекарства, но ни в коем случае его не отменять. Доза была снижена до прежних 2 г в сутки.

Снижение дозы привело к облегчению таких симптомов, как рвота, бессонница и расширение зрачка, но вызвало частичную утрату голоса и мышечной силы. Спустя неделю (15 июля) оказалось возможным вернуться к прежней повышенной дозе (3 г в сутки) без повторного появления побочных реакций, и больная оставалась на этой дозе в течение длительного времени. На этот раз у миссис Б. началось стабильное и неуклонное улучшение состояния. К концу июля она была уже в состоянии самостоятельно вставать на ноги и сохранять равновесие без посторонней помощи целых тридцать секунд и делать около двадцати шагов, держась за параллельные перила. Теперь она могла по собственному усмотрению удобно устраиваться в кресле или в кровати. Она стала есть самостоятельно. С каждой неделей уменьшалась степень

искривления туловища и шеи, так что к середине августа произошло почти полное восстановление правильной осанки.

Бывшая до этого индифферентной, невнимательной и абсолютно нечувствительной к окружающему, миссис Б. с каждой неделей проявляла все более высокий уровень бодрствования, большее внимание и больший интерес к происходящим вокруг нее событиям.

Столь же драматичным, как улучшение в двигательной сфере, и бесконечно трогательным было восстановление эмоциональной реактивности у этой больной, которая оставалась отчужденной и апатичной в течение столь многих лет. По мере восстановления голоса миссис Б. становилась разговорчивее, выказывая интеллигентность, шарм и чувство юмора, которых, как казалось, была начисто лишена болезнью. Особенно большую радость она получала от воспоминаний о проведенном в Вене детстве, о родителях и семье, о школьных годах, о вылазках и поездках в близлежащие деревни. При этом она часто смеялась своим воспоминаниям или, напротив, проливали ностальгические слезы – нормальная эмоциональная реакция, которую она не могла выказать более двадцати лет.

Мало-помалу миссис Б. превратилась в личность и по мере нового становления этой личности смогла сообщить нам, пользуясь живыми и пугающими образами, какой обезличенной чувствовала себя до приема леводопы. Она описывала нам свои чувства бессильного гнева и нарастающей подавленности в ранние годы заболевания, и рассказывала о том, как за этими ощущениями последовали апатия и безразличие. «У меня пропали все настроения, – говорила она. – Мне стало безразличным абсолютно все. Ничто не трогало и не волновало меня – даже весть о смерти моих родителей. Я забыла, что значит быть счастливой или несчастной. Это хорошо или плохо? Это никак. Это было ничто»<sup>51</sup>.

#### *1969–1971 годы*

Курс лечения леводопой у миссис Б. протекал исключительно благоприятно и гладко<sup>52</sup>. Все два года, что получала лекарство, миссис Б. была поразительно активна, сохраняла здравый ум и ощущение полноты бытия. Конечно, если быть верным истине, то надо сказать, что к концу второго года лечения отмечалось некоторое снижение энергии и подвижности и появились, пусть и малозаметные, рецидивы патологической активности. Они будут описаны в том контексте, в каком появлялись.

Большинство из них были так или иначе связаны с возобновлением эмоциональных контактов (и сопровождающим их восторгом) с дочерьми и зятьями, внуками и многими другими родными, когда она пошла на поправку и вернулась в реальную жизнь. Она помнила все дни рождения и годовщины и никогда не забывала писать письма с поздравлениями. Она была очень приятна и общительна, с удовольствием соглашалась на автомобильные поездки и выход в ресторан, театр, но более всего любила ездить в гости к членам семьи, не становясь при этом навязчивой, требовательной или назойливой. Она возобновила контакты с равнином и другими ортодоксальными пациентами госпиталя, посещала все религиозные службы и ничего не любила больше, чем зажигать светильники по случаю субботы. Короче говоря, она восстановила свою прежнюю идентичность, став достойной венской леди из хорошей семьи, леди, обладавшей к тому же сильным характером. Она с очевидной легкостью приняла статус бабушки, несмотря на то что время от конца третьего десятка ее жизни до конца седьмого кануло словно в небытие<sup>53</sup>.

---

<sup>51</sup> «Итак, если от нас отворачивается Бог, то покидает и Сатана», – сэр Томас Браун.

<sup>52</sup> Любопытно, что только два пациента из всех, кого я наблюдал, продемонстрировали почти невероятно благоприятный ответ на лечение в течение всех двух лет, когда получали леводопу (Магда Б. и Натан П.). Они не были самыми легкими из моих больных, в минимальной степени затронутыми болезнью, напротив, это были, пожалуй, самые тяжелые больные с постэнцефалитическим синдромом из всех, кого мне приходилось наблюдать и лечить.

<sup>53</sup> Весьма значителен тот факт, что Магда Б. почти не имела трудностей в восприятии и примирении с выпадением из

Она не стала желчной и озлобленной за десятилетия болезни. Вероятно, это было следствием ее апатии. «Мне часто казалось, – рассказывала одна из ее дочерей, – что мама ничего не чувствовала, хотя я словно ощущала, что она все замечает и запоминает. Мне было очень печально видеть ее состояние, но гнева я не испытывала. В конце концов, как можно обвинять призрак или злиться на него?»

За время лечения леводопой у миссис Б. было две коротких психотических реакции. Первая развилась в связи с ее мужем, который не пришел к ней вместе с другими членами семьи. «Где он? – спрашивала она у дочерей. – Почему не пришел навестить меня?» Дочери, стараясь оттянуть время, объясняли, что отец болен, занят, уехал и т. д. (На самом деле он умер пять лет назад.) Уловки дочерей встревожили миссис Б. и спровоцировали короткий бред: она стала слышать голос мужа в коридоре, видела его имя в газетах и «понимала», что у него бесчисленные «романы». Видя все это, я попросил дочерей сказать матери правду. Реакция была такой: «Ах вы, глупышки! Почему сразу не сказали?» Последовал короткий период печали, траура, при этом бредовые идеи сразу перестали преследовать больную.

Другой психотический эпизод был связан с быстро прогрессирующим ухудшением зрения, которое с безразличием воспринималось до лечения леводопой. Особенно быстро больная начала терять зрение на втором году приема лекарства, когда лица детей, лицо мира быстро превращались в неразличимый туман. Миссис Б. восстала против диагноза старческой макулярной дегенерации, прогрессирующей и неизлечимой, тем более что диагноз этот сообщил ей специалист, которого она прежде не видела, сообщил как окончательный приговор, не выказав при этом сочувствия. В течение нескольких недель она умоляла нас вернуть ей зрение, а в своих кошмарах и галлюцинациях видела, что снова превосходно видит. Во время этого болезненного периода у миссис Б. развился любопытный тик прикосновения. Она постоянно трогала перила, предметы обстановки и – что самое главное – людей, проходивших мимо нее по коридору. Однажды я спросил, зачем она это делает. «Как вы можете меня обвинять? – воскликнула она в ответ. – Я почти ничего не вижу. Прикосновения помогают мне сохранять связь с миром».

Когда миссис Б. привыкла и приспособилась к надвигающейся слепоте и когда начала изучать шрифт Брайля (это она придумала сама и настояла на таком обучении), ее мучения стали легче, кошмарные сновидения, требования, просьбы и галлюцинации исчезли, а импульсивная потребность в прикосновениях стала менее выраженной и еще менее навязчивой<sup>54</sup>. Надо особо подчеркнуть, что во время этих психозов мы не стали уменьшать дозу леводопы, так как нам было ясно: они обусловлены внешними изменениями.

В июле 1971 года миссис Б., общее состояние здоровья которой было вполне удовлетворительным и которая не отличалась мнительностью, вдруг ощутила внезапное предчувствие близкой смерти. Это предчувствие было настолько сильным, что она позвонила дочерям. «При-

---

жизни огромного временного отрезка, отнятого у нее болезнью. Это представляет собой разительный контраст с Розой Р., пациенткой, которая, очнувшись от забытья длительностью сорок три года, столкнулась с временным провалом, который не поддавался пониманию и оказался для нее невыносимым настолько, что она не смогла приспособиться к нему. Откуда такая разница? Думается, она служит отражением абсолютного контраста (обсуждаемого нами в прологе) между «негативными» и «позитивными» расстройствами бытия. Магда Б., погруженная в бездеятельное состояние, отличалась отсутствием активности, отсутствием бытия, отсутствием предметности жизни, отсутствием участия в ситуациях, была также совершенно лишена, как мне кажется, фрустрации и мук, которые терзали Розу Р. В общем, она была безмятежна, сонлива, опустившись на дно океана жизни. Когда ей снова были даны бытие и деятельность, она восприняла это как чистый дар свыше, приняла с благодарностью и радостью. При этом она приняла также и их отсутствие до «пробуждения», приняла с тихим безразличием (видимо, таким же было бы возвращение к состоянию неактивности и несуществования, если бы леводоба перестала оказывать эффект). Возможно, однако, что Магда Б., пробудившись однажды к активной жизни и надежде, не перенесла бы их повторную потерю.

<sup>54</sup> Я не утверждаю, что тик прикосновений был целиком «психогенным» или порожденным обстоятельствами. Я видел подобные тики прикосновений у импульсивных постэнцефалитических больных, не находившихся в состоянии миссис Б. Но я убежден, что легкая или скрытая предрасположенность к тикю стала явной и навязчивой вследствие возбуждения и волнения. Учитывая ее сопутствующее заболевание, именно тик стал отражением или выражением ее чувств и ощущений.

ходите ко мне сегодня, – сказала она. – У нас не будет завтра... Нет, я чувствую себя хорошо... Нет, меня ничто не беспокоит, но я *знаю*, что сегодня ночью умру во сне».

Тон ее был вполне трезвым, скучным и будничным. Она просто сообщила дочерям некий непреложный факт. Она была абсолютно спокойна, но говорила о близкой смерти с такой непоколебимой убежденностью, что мы встревожились, назначили ей анализы крови и ЭКГ, результаты которых оказались совершенно нормальными. Вечером миссис Б. обошла отделение и с не допускающим улыбок достоинством пожала руки всем больным, попрощавшись с ними.

Она легла спать, и ночью ее не стало.

## Роза Р

Мисс Р. Родилась в Нью-Йорке в 1905 году младшей дочерью в большой, состоятельной и талантливой семье. В детстве и в школьные годы она не перенесла ни одной серьезной болезни, была с самого нежного возраста отмечена любовью к веселым играм и шуткам. Одухотворенная, одаренная, обладающая массой интересов и увлечений, поддерживаемая преданностью и любовью родителей, прекрасно чувствующая, кто она и зачем живет, мисс Р. миновала пубертатный период без невротических проблем «переходного возраста».

Закончив школу, мисс Р. с юношеским пылом окунулась в общественную непоседливую жизнь. Ее тянуло... к самолетам – они стали настоящим воплощением ее летучего, неукротимого духа. Она летала в Питсбург и Денвер, Новый Орлеан и Чикаго, дважды побывала в Калифорнии у Херста и в Голливуде (учтите, что в те дни самолеты были не совсем такими, как в наше время). Она посещала бесчисленные вечера и представления, за нее провозглашали тосты и поднимали бокалы, она частенько приходила домой за полночь, подогретая вином. В промежутках между вечеринками и перелетами умудрялась набрасывать рисунки нью-йоркских мостов и фонтанов, коих в городе не одна сотня. Годы с 1922 по 1926-й промелькнули для мисс Р. как один миг в пламени ее неукротимого жизнелюбия. За это время она пережила больше, чем иные люди переживают за всю свою долгую жизнь. Впрочем, так случилось и с ней, потому что в возрасте двадцати одного года ее внезапно поразила вирулентная форма летаргического энцефалита – она пала одной из последних его жертв, ибо эпидемия была уже на излете. 1926 год оказался последним годом, когда мисс Р. действительно жила.

Что означала для нее ночь сонной болезни и то, что последовало затем, можно в самых мелких подробностях узнать от родственников мисс Р. и от нее самой. Острая фаза проявилась (как иногда случается; сравните с историей болезни Марии Дж.) ночными кошмарами гротескного, устрашающего и полного мрачных предчувствий характера. Все сновидения мисс Р. вращались вокруг одной, стержневой, темы: ей снилось, что ее заключили в неприступный замок, но этот замок имел полное внешнее и внутреннее сходство с ней самой. Ей снилось, будто она заколдована, очарована, впала в транс, превратилась в живую, чувствующую статую. Ей снилось, что ее мир застыл и оцепенел, что она впадает в сон столь глубокий, что от него нет никакой возможности пробудиться. Ей снилась смерть, непохожая на смерть. Близким было трудно разбудить девушку на следующее утро. Когда же она наконец просыпалась, среди родственников царил испуг и смятение.

«Роза, – восклицали они, – проснись! Что с тобой? Почему у тебя такое лицо? Это выражение, это положение во сне... ты такая неподвижная и такая странная». Мисс Р. была не в силах ответить, она лишь переводила взгляд на зеркало шкафа и видела, что ее страшный сон стал явью.

Местный врач был немногословен и беспомощен. «Кататония, – изрек он. – *Flexibilitas cerea*. Что вы хотите при таком образе жизни? Потеряла разум из-за какого-нибудь бездельника. Оставьте ее в покое и хорошенько кормите. Через неделю от болезни не останется и следа».

Однако мисс Р. не поправилась ни через неделю, ни через год, ни через сорок три года. У нее восстановилась способность говорить короткими отрывистыми фразами и совершать резкие движения, а потом снова надолго застывать в неподвижности. Постепенно, но неуклонно нарастало искривление шеи и неестественное положение глаз – это было состояние практически постоянного окулогирного криза, прерываемого только на сон, прием пищи и на время редких и случайных освобождений. Она бодрствовала и, как казалось, замечала все, что происходит вокруг. Она не утратила любви к своей многочисленной семье, но при всем том была поглощена и захвачена невообразимым состоянием.

По большей части она не выказывала признаков боли или переживаемого несчастья, не было никаких признаков ничего за исключением интенсивной сосредоточенности. «Она выглядела так, – говорила одна из ее сестер, – словно изо всех сил пыталась что-то вспомнить или, напротив, изо всех сил старалась что-то забыть. Что бы это ни было, оно отнимало у нее все силы». Все годы, что мисс Р. провела дома, а потом в госпитале, ее семья делала все возможное, чтобы пробить брешь в этой самопоглощенности, чтобы узнать, что же происходит с их любимой «малышкой». С ними – и много позже со мной – мисс Р. была предельно откровенной. Но все, что она говорила, казалось загадочным и гномическим и в то же время тревожно-ясным<sup>55</sup>.

Если бы дело было только в этом состоянии и не было бы иных проблем, то семья мисс Р. могла бы все время держать ее дома – от нее не было никаких хлопот, она просто находилась словно в другом месте (или вообще нигде). Но дело в том, что через три или четыре года после развития транс у нее появилась ригидность в левой половине тела, она стала терять равновесие при ходьбе, и, кроме того, появились и другие признаки паркинсонизма. Постепенно симптомы становились все более выраженными, и необходимость постоянного постороннего ухода стала суровой реальностью. Братья и сестры разъехались, родители постарели, и им стало трудно ухаживать за дочерью в домашних условиях. Наконец в 1935 году она поступила в «Маунт-Кармель».

После тридцати лет ее состояние практически перестало меняться, и когда я впервые увидел мисс Р. в 1966 году, данные моего осмотра практически полностью совпали с данными истории болезни при поступлении в госпиталь. В самом деле, пожилая медицинская сестра из ее отделения, знавшая больную все эти годы, рассказывала: «Это что-то жуткое: женщина не постарела ни на один день за все годы, что я ее знаю. Все мы стареем, но Розы остается такой же, как была». Это было истинной правдой. Мисс Р. в шестьдесят один год выглядела на тридцать лет моложе: черные как вороново крыло волосы, а на лице ни одной морщины, словно от старости ее таинственным образом оберегал транс или ступор.

Обычно она прямо и неподвижно часами сидела в кресле, почти не совершая никаких движений в течение многих часов. У нее не было спонтанного мигания, глаза были постоянно устремлены вперед, в пространство, она казалась равнодушной к окружающему и полностью погруженной в себя.

<sup>55</sup> Я часто спрашивал мисс Р., о чем она думает. – Ни о чем, – отвечала она обыкновенно. – Попросту ни о чем. – Но как это возможно – думать ни о чем? – Это чертовски просто, если знаешь как. – Но как именно вы думаете ни о чем? – Один способ – это думать о чем-то одном снова и снова: например  $2 = 2 = 2 = 2$  или я – то, что я есть, я – то, что я есть... То же самое касается позы. Моя поза постоянно возвращается в одно и то же положение. Что бы я ни делала и о чем бы ни думала, все приводит меня к одному и тому же. И потом, есть еще карты. – Карты? Что вы хотите этим сказать? – Все, что я делаю, – это карты одной и той же вещи. Вообще все, что я делаю, есть часть одного и того же. Каждая часть возвращается в себя... Например, мне в голову приходит мысль, а потом удается разглядеть в ней что-то похожее на точку на горизонте... Точка становится все ближе и ближе, и я начинаю видеть, что в ней... и оказывается, это та же мысль, которая пришла мне в голову до этого. Потом я замечаю другую точку, потом еще одну, еще и так далее... Или я думаю о карте, потом о карте этой карты, потом о карте карты первой карты, и каждая карта очень отчетлива, хотя и каждая из них меньше предыдущей... Это миры внутри миров внутри миров внутри миров... Если я начинаю идти, то не могу остановиться. Это все равно что оказаться между зеркалами, или внутри эха, или чего-то в этом роде. Или это все равно что очутиться на каруселях, которые не желают останавливаться. Иногда мисс Р. говорила, что чувствует себя вынужденной беспрестанно описывать стороны воображаемого четырехугольника, иногда она против воли привязывается к семи нотам бесконечно повторяющейся арии из Верди: «Тум-ти-тум-ти-тум-ти-тум». Это вынужденная, насильственная привязанность к чему-либо, которая может продолжаться часами и даже сутками. В другие моменты она бывала вынуждена «путешествовать», опять-таки мысленно, по бесконечному трехмерному туннелю из пересекающихся линий. Конец туннеля стремительно приближался, но она никак не могла его достичь. – Есть ли у вас еще какой-нибудь способ думать ни о чем, мисс Р.? – О да! Точки и карты – это позитивное ничто, но я также умею думать и об отрицательном ничто. – И на что же оно похоже? – Это невозможно выразить словами, потому что это ускользание. Я измышляю какую-нибудь мысль, и она внезапно исчезает – будто из рамки выскакивает картина. Или я пытаюсь мысленно что-то нарисовать, но картина растворяется, едва я успеваю закончить рисунок. Или мне в голову приходит идея, но я не могу удержать ее в голове и тогда теряю главную идею, а потом главную идею о главной идее, и через два или три таких скачка моя голова становится совершенно пустой – все мои мысли уходят, словно вымаранные или стертые.

Взгляд мисс Р., когда ее просили посмотреть на другой предмет, становился весьма выразительным, если не считать, что она проявляла полную неспособность свести глаза. Фиксация взора на предметах была лишена гладкости и тонкости, движения глаз были резкими, тяжело-весными и, казалось, стоили ей больших усилий.

Лицо больной представляло собой абсолютно неподвижную, лишенную всякого выражения маску. Она была не в состоянии высунуть изо рта язык, а его движения, когда ее просили об этом, были медленными и малыми по амплитуде.

Голос был едва слышным, хотя, если мисс Р. прилагала усилия, шепотная речь была вполне внятной.

Больная страдала непрерывным неконтролируемым слюнотечением – детский слюнявчик промокал насквозь в течение часа. Кроме того, кожа больной отличалась сальностью, себореей и обильной потливостью. Отмечалась глобальная акинезия, хотя, как это ни поразительно, ригидность и дистония были строго односторонними.

Мисс Р. страдала выраженной ригидностью осевого скелета, так как были абсолютно невозможны произвольные движения мышц шеи и туловища. Отмечалась выраженная ригидность в предплечье и плече левой руки в сочетании с такой же интенсивности дистонической контрактурой левой кисти. Произвольные движения в этой конечности отсутствовали. Правая рука была менее ригидной, зато отличалась сильной акинезией: амплитуды движений были минимальны и затухали до полной неподвижности после двух-трех попыток.

В нижних конечностях наблюдался гипертонус, слева он был выражен намного меньше. Левая ступня была дистоничной и вывернутой внутрь. Мисс Р. не могла подняться на ноги без посторонней помощи, но если ей помогали это сделать, она была в состоянии сохранить равновесие и сделать несколько мелких, шаркающих, осторожных шажков – при этом была отчетливо видна тенденция к падению на спину и склонность к пульсии.

Больная находилась в состоянии практически перманентного окулогирного криза, хотя его тяжесть значительно варьировалась с течением времени. Когда он становился тяжелее, резче проявлялся паркинсонический «фон», и в правой руке был замечен грубый переходящий тремор, а также тремор головы, губ и языка, появлялись также ритмичные движения щечной и жевательной мускулатуры. Дыхание становилось стерторозным и начинало сопровождаться гортанными звуками, напоминающими хрюканье свиньи. Тяжелые кризы сопровождались тахикардией и повышением артериального давления. Голова запрокидывалась назад, и больная застывала в позе сильнейшего и порой мучительного опистотонуса. Взор был при этом фиксирован вперед, произвольные движения глаз становились абсолютно невозможными. Во время самых тяжелых кризов глаза закатывались вверх, и больная фиксировала взор на потолке.

Способность мисс Р. говорить или двигаться, и без того минимальная в благоприятные моменты, почти полностью исчезала во время тяжелых кризов, хотя в самых крайних случаях она звала на помощь странным высоким голосом, так непохожим на ее хрипловатый «нормальный» шепот. При этом в наивысшей степени проявлялись персеверация и палилалия: «Доктор, доктор, доктор... помогите мне, помогите, помог'те, помог'те... мне очень, очень больно... я боюсь, боюсь, боюсь... я умру, умру, умру, я знаю, знаю, знаю, знаю...» Когда рядом никого не было, мисс Р. принималась тоненько подвывать, как попавший в силки маленький зверек. Природа боли, какую испытывала мисс Р., прояснилась позже, когда ей стало легче говорить. Отчасти это была локальная боль, обусловленная опистотонусом, но в большинстве случаев боль носила центральный характер и была диффузной, плохо локализованной, характеризовалась внезапным наступлением и таким же внезапным прекращением, была неразрывно связана с чувством страха и угрозы. В тяжелейших случаях это была истинная *angor animi* (душевная мука). Во время особенно тяжких приступов лицо больной краснело, глаза наливались кровью

и вылезали из орбит, а сама она беспрестанно, сотни раз подряд повторяла: «Оно убьет меня, оно убьет меня»<sup>56</sup>.

Состояние мисс Р. оставалось неизменным с 1966 по 1969 год, и когда стала доступной леводопа, я очень сомневался в целесообразности назначения мисс Р. этого препарата. Конечно, и это соответствовало истине, она была полным инвалидом и пребывала в беспомощном состоянии более сорока лет. Но именно ее *странности* заставили меня сомневаться – мне было страшно, ведь я не знал, что может случиться после приема леводопы. Мне прежде не приходилось наблюдать больных, которые были бы в столь сильной степени отвращены от внешнего мира, столь глухо замурованы в собственном, непроницаемом для других, мире.

Меня буквально преследовали строки, которые Джойс посвятил своей безумной дочери: «...как ни страстно желал я ее исцеления, я все же задавал себе один и тот же вопрос: что произойдет, когда и если она вдруг отвлечет взгляд от всплеск мечтательных прозрений и обратит его на испытую физиономию извозчика, на этот действительный мир?..»

#### *Курс лечения леводопой*

Однако, невзирая на все свои опасения, я все же назначил мисс Р. леводопу с 18 июня 1969 года. Ниже приведу выдержки из моего дневника.

*23 июня.* Первый ответ на терапевтическое воздействие лекарства налицо, хотя доза составляет всего 1,5 грамма в сутки. Беспрецедентно: мисс Р. уже целых два дня свободна от симптомов окулогирного криза, глаза, ее неподвижный и направленный прежде в себя взгляд, стали более ясными и подвижными, больная начала обращать внимание на то, что ее окружает.

*1 июля.* Можно говорить о настоящем улучшении состояния: мисс Р. может ходить по коридору без посторонней помощи, в левой руке и в других частях тела отчетливо уменьшилась ригидность, кроме того, она обрела способность говорить нормальным по громкости голосом. Настроение бодрое, у нее уже три дня нет окулогирного криза. Учитывая такой благоприятный результат и отсутствие побочных эффектов, я увеличил суточную дозу леводопы до 4 граммов в сутки.

*6 июля.* Теперь, на дозе 4 грамма леводопы в сутки, состояние мисс Р. продолжает улучшаться во всех отношениях. Когда я увидел ее за обедом, она была в совершенном восторге от происшедшего. «Доктор Сакс, – обратилась она ко мне. – Сегодня я сама дошла до нового здания и вернулась обратно. – Это расстояние, равное приблизительно двум километрам. – Это просто сказка, это замечательно и прекрасно!» Окулогирных кризов не было уже восемь дней, исчезла акатизия, при этом отсутствовало и чрезмерное возбуждение. Я сам был в полном восторге от такого прогресса, но внутренне испытывал мрачные предчувствия.

*7 июля.* Сегодня у мисс Р. впервые появились признаки нестабильного и неожиданного ответа на прием леводопы. Решив осмотреть ее через три с половиной часа после приема утренней дозы лекарства, я был потрясен, обнаружив больную в состоянии весьма сильного упадка – голос снова стал очень тихим, проявились подавленность, ригидность и акинезия, при этом зрачки были очень узкими и наблюдалось сильное слюнотечение. Спустя пятнадцать минут после приема следующей дозы она снова «воспрянула» духом. Восстановились звучность голоса и походка, вернулась бодрость, улыбочивость и разговорчивость, глаза стали

---

<sup>56</sup> Стоит сравнить это наблюдение со случаями, описанными Джеллифи: больная, которая кричала от «мучений» во время приступов, но не могла объяснить свой страх; или больной, который воспринимал каждый приступ как «катастрофу» (см. Джеллифи, 1932). Такое же слово употребляла Лилиан У., особенно по отношению к тем сложным окулогирным кризам, которые иногда называла «страшной вещью». Хотя окулогирные кризы случались у нее не реже одного раза в неделю, она неизменно повторяла: «Это самый худший из всех. Тогда мне было просто плохо, но то, что произошло сейчас, – настоящая катастрофа». Когда я пытался возражать: «Но, миссис У., точно то же самое вы говорили неделю назад», – она неизменно отвечала: «Я поняла, что тогда ошибалась. Катастрофа – это то, что было сегодня». Она так и не привыкла к приступам, хотя они случались у нее каждую среду на протяжении более сорока лет.

живыми, и в них появился блеск, зрачки немного расширились. Я был, кроме того, обеспокоен пульсией, заставлявшей больную бежать, хотя она легко подавляла в себе этот позыв.

8 июля. После бессонной ночи («Мне совершенно не хотелось спать; мысли буквально носились у меня в голове») мисс Р. весьма бодра, активна и нежна. Она кажется очень занятой, порхает с места на место, и все ее мысли сосредоточены на движении. «Доктор Сакс, – задыхаясь от возбуждения, восклицала она, – сегодня я чувствую себя просто великолепно! Мне хочется летать! Я люблю вас, доктор Сакс, я люблю вас, я люблю вас. Знаете, вы самый добрый в мире доктор... Знаете, я всегда любила путешествовать: я летала в Питсбург, Чикаго, Майами, Калифорнию», – и т. д. Кожа ее была красной и теплой на ощупь, зрачки снова сильно расширены, глаза ни на секунду не оставались в покое, перескакивая с одного предмета на другой. Энергия ее казалась безграничной и неистощимой, хотя под этой активностью, как мне показалось, затаилось истощение, а сама активность была вынужденной и насильственной.

Сегодня появился совершенно новый симптом – внезапное и резкое движение правой руки к подбородку. Этот жест она повторяла два или три раза в час. Когда я спросил об этом мисс Р., она ответила: «Это что-то новое, очень непонятное и странное. Такого я еще не делала. Бог его знает, зачем я это делаю, у меня просто вдруг появился *позыв*, какой бывает, когда вам хочется чихнуть или почесаться». Боясь наступления акатизии или избыточного эмоционального возбуждения, я снизил дозу леводопы до 3 г в сутки.

9 июля. Сегодня энергия и возбуждение мисс Р. остались такими же, как вчера, но настроение быстро меняется от воодушевления до тревожности. Она нетерпелива, ранима и чрезвычайно требовательна. В середине дня пришла в сильное возбуждение, утверждая, что из ее шкафа украдено семь платьев и что у нее, кроме того, похитили кошелек. Подозрения ее пали на других обитательниц палаты: у мисс Р. не было сомнений, что они всю предыдущую неделю плели против нее заговор. Позже она обнаружила, что все ее платья спокойно висят в шкафу на своих местах. Параноидные обвинения тотчас испарились. «Ого! – сказала она. – Должно быть, я все себе только вообразила. Думаю, мне просто надо держать себя в руках».

14 июля. В сравнении с волнением и переменчивым настроением, преследовавшим ее 9 июля, поведение мисс Р. стало не таким насильственным и не менее активным. К ней вернулся ночной сон, исчез тик «вытирания» подбородка правой рукой. К несчастью, после двухнедельного перерыва к ней вернулся ее старый враг, и она испытала уже два окулогирных криза. Я наблюдал при этом не только обычную оцепенелость и фиксацию взора, но и более причудливый симптом – «захват», «пленение» взора. Во время одного из таких кризов она была вынуждена пристально смотреть на одну из больных в ее палате. Она чувствовала, что взгляд ее просто прикован к той женщине, она была вынуждена следить за всеми движениями другой больной. «В этом было нечто жуткое, – сказала позже мисс Р. – Мои глаза будто кто-то околдовал. Я чувствовала себя... заговоренной или зачарованной, как кролик перед удавом». Во время таких периодов опутанности колдовством или зачарованности мисс Р. почувствовала, что ее «мысли остановились» и что она теперь могла думать только о том предмете, за которым была вынуждена следить своим взором. Если же, с другой стороны, удавалось каким-то образом отвлечь ее внимание, качество мышления внезапно изменялось, неподвижность колдовства исчезала, и вместо него больная испытывала настоящий вихрь мыслей в голове. Эти мысли казались ей чужими, это было совсем не то, о чем она сама хотела думать, это были весьма своеобразные мысли, которые появлялись непрошеными, как бы сами собой. Мисс Р. не могла или не желала уточнять природу навязчивых мыслей, но этим явлением она тем не менее была очень напугана. «Эти кризы отличаются от тех, что были раньше, – говорила она. – Эти хуже. Они совершенно *безумны!*»<sup>57</sup>

---

<sup>57</sup> Джеллифи пишет о многих случаях окулогирных кризов с фиксацией взора и внимания, а также о приступах возвратного автохтонного мышления. Мисс Р. никогда не говорила о природе своих «безумных» мыслей, которые приходили ей в голову

25 июля. В жизни мисс Р. это были поистине поразительные десять дней. Она продемонстрировала феномены, которые мне прежде не приходилось наблюдать, и я не думал, что такое вообще возможно. Ее социальное поведение оставалось безупречным, но она чувствовала поистине ненасытную потребность петь песни и рассказывать анекдоты. Кроме того, стала активно пользоваться нашим портативным магнитофоном. За несколько дней записала на пленку бесчисленное количество песенок весьма непристойного содержания и множество «легкомысленных» стихов двадцатых годов. Она также неистощима на анекдоты и пародии о «знаменитостях», то есть тех, кто был известен в середине двадцатых годов.

Нам пришлось даже произвести некоторые архивные изыскания, проглядев подшивки старых нью-йоркских газет в городской библиотеке. Мы обнаружили, что почти все аллюзии мисс Р. относятся к 1926 году, последнему году, который она прожила до того, как болезнь окутала ее непроницаемым покрывалом. Ее память кажется до жути сверхъестественной, особенно если учесть, что речь идет о столь давних событиях. Мисс Р. хочет находиться наедине с магнитофоном, чтобы рядом не было ни души. Она остается в комнате одна, лицом к лицу с магнитофоном, смотрит на других людей так, словно они не существуют. Она без остатка погружена в воспоминания о двадцатых годах и делает все, чтобы не замечать то, что происходило позже. Полагаю, это можно назвать насильственным воспоминанием или неконтролируемой ностальгией<sup>58</sup>. Но у меня также было чувство, что она ощущает свое прошлое как настоящее, и, вероятно, то время так и не стало для нее «прошлым». Возможно ли, чтобы мисс Р. так и осталась в своем «прошлом», ни на шаг не сдвинувшись оттуда? *Не могла ли она теперь, сорок три года спустя, по-прежнему находиться в 1926 году? Не 1926 ли сейчас год?*<sup>59</sup>

во время кризов, но по сдержанности большой можно было заподозрить, что мысли были для нее неприемлемы, нося либо сексуальный, либо агрессивный характер. Джеллифи сообщает о нескольких больных, которые были вынуждены думать о «грязных вещах» во время таких кризов, и еще об одном больном, который во время криза был вынужден думать об идеях, «связанных с предметами, на которые он не привык обращать внимания» (см. Джеллифи, 1932. С. 37–39). Мириам Х. во время окулогирных кризов погружалась в иллюзорные сексуальные реминисценции.

<sup>58</sup> Мне приходилось наблюдать подобный феномен, и тогда меня посещали такие же мысли (Сэм Г., историю которого я, увы, не включил в первое издание «Пробуждений», хотя его лицо изображено на обложке издания 1976 года). Сэм был одновременно любителем автомобилей и автогонщиком, причем в последнем ему помогала феноменальная скорость реакции и его внезапные «незаметные» движения. Ему пришлось бросить все в 1930 году, после того как его поразил тяжелый паркинсонизм. Для него «Пробуждения» носили такой же ностальгический характер, как и для Розы Р. В частности, когда Сэм ощутил вызванное леводопой «освобождение», он тотчас начал рисовать машины. Рисовал постоянно, с потрясающей быстротой. Он был просто одержим рисованием: если вовремя не давали бумагу, он начинал рисовать на стенах, скатертях, на простынях. Изображения автомобилей были на удивление точны и отличались странным очарованием. Если он не рисовал, то говорил или писал о былых временах двадцатых годов, когда водил машину и участвовал в гонках. Эти воспоминания также отличались живостью и непосредственностью, мельчайшими, убедительными, *живыми* деталями. Он совершенно преобразился, когда рисовал, говорил или писал или рассказывал о «былом», *словно это происходило здесь и сейчас*. Время до тридцатого года было для него более реальным, чем окружающая его современность. Казалось, он, как и Роза Р., проживал (точнее, заново переживал) прошлое, даже несмотря (так же как и она) на то что превосходно ориентировался во времени и пространстве. Он *знал*, что на дворе 1969 год, что он постарел, болен и находится в госпитале, но чувствовал себя (и выражал) так, словно все происходит именно в двадцатые годы. (См. также: Сакс и Коль, 1970.)

<sup>59</sup> Пробудившись, на фоне приема леводопы в 1969 году, Роза Р. была очень взволнована и воодушевлена. Но воодушевление это носило весьма странный характер. Она говорила о Гершвине и его современниках так, словно они все еще живы. О событиях середины двадцатых говорила так, словно они произошли только вчера. У нее были старомодные манеры, она использовала устаревшие обороты речи. Создавалось впечатление, что вдруг ожила взбалмошная девушка двадцатых. Нам стало интересно, ориентирована ли она во времени, понимает ли, где и в каком времени находится. Я задал ей несколько вопросов и получил на них лаконичный и отрезвляющий ответ. «Я могу назвать вам дату Пирл-Харбора, – сказала она, – могу назвать дату убийства Кеннеди. Я замечала все, но ничто из этого не казалось мне реальным. Я *знаю*, что сейчас 1969 год, я *знаю*, что мне шестьдесят четыре года, но я *чувствую*, что сейчас двадцать шестой год, я *чувствую*, что мне двадцать один год. Все прошедшие сорок три года я была просто безучастным зрителем». (Множество других пациентов вели себя как молодые, да и выглядели гораздо моложе своего хронологического возраста, будто их личность, процессы личностного роста остановились в тот же момент, что и другие физические и ментальные процессы.) Примечание (1990). Эдельман пишет, как сознание и память (которые он рассматривает как зависимые переменные от континуальной рекатегоризации) в норме постоянно пополняются и совершенствуются и каким образом это совершенствование зависит в первую очередь от *движения* – свободного, плавного и упорядоченного. Для этого необходима работа базальных ганглиев – Эдельман называет их органами упорядочения. Отсутствие «усовершенствования» в случае Розы Р. и у всех обездвиженных пациентов с поражениями базальных ганглиев находится в поразительном согласии с этим взглядом.

28 июля. Мисс Р. нашла меня сегодня утром – она впервые сделала это за последние почти две недели. Лицо ее утратило жизнерадостность, она выглядела взволнованной, печальной и немного смущенной. «Так не может больше продолжаться, – сказала она. – Наступает что-то ужасное. Один Бог знает, что это такое, но будет очень плохо, когда это наступит». Я попытался выяснить подробности, но в ответ мисс Р. лишь покачала головой: «Это только чувство, я не могу сказать ничего более определенного...»

1 августа. Прошло несколько часов после того, как мисс Р. высказала свои предчувствия, и она действительно наткнулась на плотину непреодолимых трудностей. У нее появился тик, сильнейшая скованность; тот чудесный гладкий поток, который нес ее до сих пор, казалось, тоже наткнулся на дамбу и покатился назад, сокрушая все на своем пути. Резко ухудшились речь и походка.

Временами она вынужденно бросается вперед и делает пять-шесть насильственных шагов, потом внезапно застывает на месте. Она постепенно становится все более возбужденной и подавленной, а по мере нарастания возбуждения усиливается и скованность. Если ей удастся подавить волнение или позыв к бегу, она все же может самостоятельно передвигаться по коридору, не застывая и не застревая на месте.

То же самое коснулось и ее речи: если она хочет говорить, то вынуждена говорить очень тихо, так как при усилении нагрузки на голосовые связки начинает заикаться и замолкает.

Похоже, «двигательное пространство» мисс Р. стремительно сокращается, так что она вынуждена отскакивать от воображаемых стен, если начинает двигаться со слишком большой скоростью. Снижение дозы леводопы до 3 г в сутки уменьшило выраженность опасной торопливости и скованности, но спровоцировало весьма тяжелый окулогирный криз – самый худший из всех, какие мисс Р. перенесла с момента назначения леводопы. Более того, ее «вытирающий» тик, который снова появился 28 июля, стал тяжелее и с каждым часом усложнялся. Вместо безвредного, легкого как перышко потирания подбородка появились круговые царапающие движения, правый указательный палец мисс Р. постоянно описывает маленькие окружности по подбородку, оставляя содранную кожу и кровоточащие царапины. Мисс Р. не может прямо прекратить это насильственное компульсивное движение, но может преодолеть его, если засовывает руку в карман и крепко ухватывается за ткань. Если она забывает сделать это, рука буквально взмывает вверх и снова начинает царапать лицо в кровь.

#### *Август 1969 года*

В течение первой недели августа<sup>60</sup> у мисс Р. каждый день случались чрезвычайно тяжелые окулогирные кризы, во время которых она становилась охваченной сильной ригидностью и впадала в опистотонус. Она испытывала сильные страдания, стонала и буквально купалась в поту. За дрожательным тиком правой руки стало невозможно уследить глазом, частота дрожания возросла почти до трехсот в минуту (этот показатель был зафиксирован с помощью замедленной съемки). 6 августа у мисс Р. появилась выраженная палилалия, она снова и снова повторяла отдельные слова и фразы: «Я повторяюсь, – призналась она сама, – как заезженная граммофонная пластинка».

В течение второй недели августа тики приобрели большую сложность и стали сочетаться с защитными приемами, контртиками и сложными ритуальными движениями. Так, мисс Р. хватала кого-нибудь за руку, разжимала руку, трогала проходящего мимо человека, засовывала руку в карман, вынимала ее из кармана, хлопала по карману *три* раза, снова клала руку в карман, *пять* раз потирала подбородок, сжимала чью-нибудь руку, и весь цикл повторялся сначала.

---

<sup>60</sup> Дальнейшее изложено по записям, предоставленным мне нашим логотерапевтом мисс Марджори Коль. Сам я в августе отсутствовал в госпитале.

Вечером 15 августа была единственная приятная интерлюдия за весь месяц, наполненный страданиями и беспомощностью. В этот вечер неожиданно мисс Р. освободилась от кризов, скованности и тиков, к ней вернулась ее игривая непристойность, сопровождавшаяся пением и танцевальными движениями. Целый час она импровизировала, сочиняя непристойные стишки и распевая их на мотив «Аравийского шейха», аккомпанируя себе на пианино правой рукой, не пораженной контрактурой.

Позднее, на той же неделе, ее двигательный и речевой блок стал полным. Она вдруг начала звать мисс Коль: «Марджи, я... Марджи, я хочу... Марджи!» Она оказалась совершенно неспособной продвинуться дальше одного или двух первых слов, чтобы сказать, чего она так отчаянно хочет. Когда попыталась написать об этом, ее рука (как и мысли) внезапно замирала на месте после написания двух слов. Если ее просили постараться сказать, чего она хочет, тихо и медленно, лицо ее теряло всякое выражение, она мучительно закатывала глаза, показывая, что лихорадочно ищет выражения для ускользающей мысли.

В это же время мисс Р. потеряла всякую способность к ходьбе, так как ступни буквально прирастали к полу, а пропульсия заставляла двигаться, и она падала лицом вперед. В последние десять дней августа у мисс Р. развился блок всякой целенаправленной деятельности: все в ее облике говорило о сильнейшем внутреннем напряжении, которое, однако, не находило выхода. На лице застыло выражение ужаса, муки и страшной тоски. Ее предчувствие, высказанное месяц назад, полностью сбылось: что-то ужасное должно было прийти, и оно оказалось именно таким, когда наступил его час.

#### *1969–1972 годы*

Ответ мисс Р. на лечение леводопой начиная с лета 1969 года был абсолютно несущественным по сравнению с тем драматическим эффектом, какое произвело первоначальное лечение. Мы начинали лечить ее препаратом леводопа еще пять раз, постепенно доводя суточную дозу до 3 г. Каждый раз назначение препарата приводило к *некоторому* уменьшению ригидности, окулогиирии и общей заторможенности, но с каждым разом это воздействие становилось все слабее и слабее. *Никогда* больше не удавалось вызвать ничего, хотя бы отдаленно напоминающего тот всплеск подвижности и подъема настроения, какой мы наблюдали в июле 1969 года. В частности, она так и не стала опять воспринимать происходящее в наши дни происходящим в далеком двадцать шестом году. Каждый раз, когда мисс Р. получала леводопу, неблагоприятные эффекты перевешивали достоинства лекарства, и она снова возвращалась в состояние полной блокады, к кризам и насильственным движениям. При этом каждый раз тики имели разную форму: во время одного из эпизодов лечения кризы постоянно сопровождалась постоянной палилалической вербигерацией слов «мой милый!». Она повторяла эту фразу со скоростью двадцать-тридцать раз в минуту на протяжении целого дня.

Каким бы тяжелым и странным ни было патологическое состояние мисс Р., ее неизменно можно было «пробудить» на несколько секунд или минут внешними стимулами, хотя она, очевидно, была не в состоянии производить такие импульсы или позывы к действию самостоятельно<sup>61</sup>. Если мисс А. – соседка по палате, с дипсоманией – пьет больше двадцати раз в час из водяного фонтанчика, мисс Р. кричит ей: «Отойди от этого фонтана, Маргарет, иначе я всыплю тебе по первое число!» – или: «Перестань сосать эту струю, Маргарет, мы все знаем, что ты на самом деле хочешь пососать!» Как только она слышит, что кто-то громко выкрикивает мое имя, тут же кричит: «Доктор Сакс! Доктор Сакс! Они снова пришли по вашу душу!» – и продолжает выкрикивать это до тех пор, пока я не отвечаю на вызов.

Лучше всего мисс Р. чувствует себя, когда ее навещают – а это происходит довольно часто – преданные ей члены семьи, которые прилетают к ней со всех концов страны. В такие

---

<sup>61</sup> См. Приложение: «Электрические основы пробуждения».

минуты она бывает вся охвачена радостным волнением, невыразительное маскообразное лицо расплывается в улыбке, она жаждет обсудить семейные новости, хотя не проявляет ни малейшего интереса к политике или текущим событиям. В часы общения с родственниками она вновь обретает способность внятно говорить и, в частности, проявляет склонность к шуткам и милым непристойностям. Видя мисс Р. в такие минуты, понимаешь, какая нормальная, очаровательная и живая личность заключена в тюрьму ее гротескным заболеванием.

Несколько раз, пользуясь случаем, я спрашивал мисс Р. о странной ностальгии, которую она так ярко выказала в июле 1969 года, и как она вообще воспринимает мир. Обычно мисс Р. сильно расстраивается от таких вопросов и блокируется, но несколько раз поделилась со мной осколками информации, сложив которые вместе, я смог понять почти невероятную правду о моей больной.

Мисс Р. утверждала, что в ее ностальгическом состоянии она превосходно *знала*, что шел 1969 год и что ей шестьдесят четыре года, но она *чувствовала*, что шел 1926 год и что ей всего двадцать один год. Она пояснила, что не может по-настоящему представить, что ей уже намного больше лет, потому что никогда не испытывала такого ощущения – быть старше двадцати одного года. Однако большую часть времени не было «ничего, абсолютно ничего, совсем никаких мыслей» в голове, словно она насильственно заблокировала себя от этого невыносимого и неразрешимого анахронизма – почти полувекового провала между тем возрастом, который она ощущала и чувствовала (ее *онтологический* возраст) и *официальным* возрастом.

Оценивая ее состояние ретроспективно, представляется, что леводопа, должно быть, «деблокировала» ее на несколько дней и воочию показала временной провал, который она не смогла ни принять, ни перенести, поэтому была вынуждена снова заблокировать себя и всякую возможность деблокады на случай, если ей снова назначат леводопу. Она до сих пор выглядит моложе своих лет. Действительно, психологически и биологически мисс Р. моложе своего хронологического возраста. Но она Спящая красавица, которая не смогла перенести своего пробуждения и больше никогда уже не проснется.

## Роберт О

Мистер О. родился в России в 1905 году и маленьким ребенком был привезен в Соединенные Штаты. С детства имел отменное здоровье, выказывал замечательные способности и к учебе (закончил среднюю школу в пятнадцать лет). Все шло хорошо до семнадцати лет, когда одновременно с гриппом он заболел летаргическим энцефалитом в его сомнолентной форме. У него появилась выраженная сонливость, не доходившая, правда, до состояния ступора. Такое состояние продолжалось шесть месяцев, но вскоре после выздоровления от этой острой фазы проявились нарушения сна, памяти и настроения.

С 1922 по 1930 год главным нарушением было полное извращение цикла сна и бодрствования. Днем мистер О. был сонлив и заторможен, по ночам же испытывал беспокойство и страдал от бессонницы. К другим расстройствам сна можно было отнести внезапные приступы зевания, нарколепсию, сомнамбулизм, сноговорение, сонные параличи и ночные кошмары.

Бывший эмоционально уравновешенным человеком до заболевания энцефалитом, мистер О. впоследствии начал проявлять склонность к резким колебаниям настроения (с частыми внезапными приступами подавленности, сменявшимися приподнятым настроением), которые казались ему выходом из обычного дурного настроения, хотя невозможно было проследить связь между этими состояниями и внешними воздействиями на его физическую и эмоциональную жизнь.

Наблюдались также короткие периоды беспокойства и импульсивности, когда он чувствовал «непреодолимое стремление двигаться или что-то делать», что он тоже не мог связать с конкретными житейскими обстоятельствами. В первые дни заболевания мистер О. заметил, что у него что-то «случилось» с головой. Он полностью сохранил память, любовь к чтению, богатый активный словарь, проницательность, остроумие, но понял, что не может надолго концентрировать внимание на одном предмете, из-за того, что «какие-то мысли вторгаются в мой разум, не мои собственные мысли, они возникали вопреки моим намерениям, если вам понятно, что я хочу сказать», или, наоборот, оттого что «мысли вдруг исчезали, словно их отключали в середине предложения... они выпадали, оставляя пустое пространство, похожее на раму, из которой вдруг исчезла картина». Обычно мистер О. довольствовался тем, что приписывал свои мечущиеся мысли сонной болезни, но в иные моменты бывал убежден, что некие «влияния» «вертят» его мыслями.

Около 1926 года у него появились подергивания и дрожь в обеих руках, и он заметил, что перестал размахивать левой рукой во время ходьбы. Он отправился на обследование в Пенсильванский госпиталь в 1928 году, и при осмотре была выявлена следующая симптоматика: «Мелкий тремор пальцев и языка... быстрые подергивания мышц предплечья... маскообразное выражение лица... непрерывное мигание обоими глазами». Все четыре года, пока амбулаторно наблюдался в госпитале, мистер О. сохранял ясность ума, но время от времени впадал то в депрессию, то в эйфорию.

Несмотря на все эти симптомы, мистер О. был в состоянии работать продавцом до 1936 года, а потом жил самостоятельно на небольшую инвалидную пенсию до самого поступления в «Маунт-Кармель» в 1956 году. В годы, непосредственно предшествовавшие поступлению в госпиталь «Маунт-Кармель», то есть до 1956 года, мистер О. стал вести в какой-то степени отшельнический и уединенный образ жизни, стал весьма эксцентричным в своей речи и мышлении и до одержимости приверженным к стереотипам своей обыденной деятельности. Кроме того, он стал очень религиозным человеком.

При поступлении в госпиталь мистер О. мог самостоятельно ходить, но очень сильно сутулился, наклоня вперед туловище. В левой руке и ноге отмечался грубый тремор, во всех конечностях можно было выявить ригидность и симптом зубчатого колеса, отмечались маско-

образное лицо и неспособность посмотреть вверх. Он твердо, но весьма радостно утверждал, что его настроение определяется взаимодействием протонов и нейтронов в атмосфере, а его проблемы с неврологией возникли от травмы позвоночника, перенесенной в 1930 году.

В начале шестидесятых годов у мистера О. появилось два новых симптома, которые соседи по палате обозначили как «корчит рожи» и «разговаривает сам с собой». Гримасничанье в данном случае мало напоминало нормальное выражение лица, скорее это было выражение лица больного человека в сочетании с потугами на рвоту, высовыванием языка и стральческим зажмуриванием глаз. Разговоры с самим собой тоже не напоминали нормальную человеческую речь, это было некое рокочущее мурлыканье, которое больной издавал при каждом выдохе. Этот звук был, пожалуй, даже приятен, напоминая звук дальней лесопилки или урчание льва после сытного обеда.

Интересно, что мистер О. испытывал позывы к гримасничанью и урчанию в течение по меньшей мере тридцати лет, но ему удавалось успешно подавлять эти «импульсы» вплоть до 1960 года. Эти симптомы были слабо выраженными, если мистер О. уставал, бывал взволнован, подавлен или болен. Кроме того, они становились более выраженными, если привлекали чье-то внимание, что приводило к формированию порочного круга.

В эти же годы значительно усугубилась его ригидно-дистоническая симптоматика, его торопливость и лихорадочная поспешность. Я несколько раз осматривал мистера О. в период между 1966 и 1968 годами (то есть до назначения ему леводопы) и неплохо с ним познакомился. Этот чудаковатый, очаровательный, похожий на гнома человек отличался неожиданным и прихотливым построением фраз. Некоторые из них были комично-шутовскими, некоторые не относились к основной теме его мыслей. Его «мыслительные нарушения», его весьма оригинальные – а подчас и шокирующие – взгляды и его насмешливый юмор – все это находилось в неразделимом единстве, как у многих одаренных шизофреников, и придавало гоголевский налет мышлению и манере разговора.

Он практически не испытывал аффектов, они ни разу не нашли отражения в его манерах и речи, я ни разу за эти три года не видел его вышедшим из себя. Казалось, мистер О. никогда не испытывает гнева, агрессивности, тревоги. Он ничего не требовал и не просил, но можно утверждать, что он не страдал апатией в том смысле, как она проявлялась у миссис Б. У меня создалось впечатление, что его аффекты расщеплены, смещены и рассеяны, образуя в итоге невообразимо сложный комплекс, играющий явно защитную роль. Он отличался сильно выраженным нарциссизмом, и его мало интересовал окружающий мир.

Говорил он быстро, тихим низким голосом, очень невнятно, словно его поджимало время, а он должен доверить собеседнику очень важный секрет. У него была весьма сильно выражена ригидность туловища в сочетании с инвалидизирующей сгибательной дистонией, которая заставляла туловище сгибаться под острым углом к нижним конечностям. Мистер О. был совершенно не способен самостоятельно, произвольно разогнуться и выпрямиться – любое усилие, которое он для этого прикладывал, только увеличивало сгибание, – но он совершенно спокойно выпрямлялся, когда ложился в кровать и засыпал.

У него была весьма выраженная пластическая ригидность конечностей, но без дистонического компонента, и временами он страдал «хлопающим» тремором. Он легко вставал на ноги и ходил только стремительно: ему было очень трудно остановиться, а медленно передвигаться он был просто не в состоянии. Пропульсии и ретропульсии наблюдались постоянно. В дополнение к гримасничанью и жужжанию у мистера О. можно было наблюдать мелкие движения ушей, бровей, подкожной мышцы шеи и подбородка. Он очень редко мигал, взор его был неподвижен, как у ящерицы, но редкое мигание исчезало во время приступов гримасничанья или при пароксизмах блефароспазма. Но если учесть все плюсы и минусы, можно сказать, что мистер О. был одним из самых активных и независимых наших пациентов. Он был в состоянии полностью обслуживать себя, гулять и уделять много времени некоему подобию общественной

деятельности, каковая обычно сводилась к тому, что он кормил голубей, раздавал сладости детям и болтал на улице с бродягами.

Гиосцин и другие холинолитики немного облегчали его ригидность, но мы никогда не думали о возможности оперативного вмешательства. Учитывая, что мистер О. обладал достаточной способностью к самостоятельному передвижению и к тому же у него имелась симптоматика, позволявшая предположить, что его состояние может ухудшиться на фоне приема леводопы, я вначале колебался, принимая решение о назначении этого лекарства. Но он утверждал, что согбенная спина «убивает его», и мы решили дать ему леводопу, чтобы избавиться от этого симптома.

#### *Лечение леводопой*

Мистер О. начал получать леводопу 7 мая. В течение первых десяти дней лечения, на фоне постепенного увеличения дозы до 4 г в сутки, нам не удалось отметить ни терапевтических, ни побочных эффектов.

19 мая (когда больной принимал 4 г леводопы в сутки) я впервые заметил, что лекарство начало производить нежелательные побочные эффекты. Grimасы, которые до этого появлялись лишь спорадически, стали более частыми и более выраженными. Темп речи стал еще более торопливым, а временами речь его блокировалась и прерывалась на полуслове. Этот симптом мистер О. сам описывал весьма живо и ярко: «Слова сталкиваются друг с другом, они мешают друг другу, они попросту затыкают выход». Походка стала еще более стремительной и торопливой, насильственной и нетерпеливой. Этот симптом тоже превосходно описал сам мистер О.: «Я принужден спешить, словно за мной гонится сам Сатана».

Вечером 21 мая, совершая вечерний обход, я наблюдал, как уже почти заснувший мистер О. надувал губы во время сна, складывая их уточкой, размахивая при этом руками и что-то бормоча сквозь сон.

В надежде уменьшить аксиальную ригидность и сгибание я увеличил дозу леводопы до 6 г в сутки. Это действительно привело к уменьшению ригидности в конечностях и, в меньшей степени, в туловище и шее, но любое преимущество, какое это могло бы иметь для нашего пациента, было начисто перечеркнуто резким усилением насильственных и произвольных движений. Так пропульсии и протрузии языка стали весьма сильными и практически непрерывными и сочетались с насильственными позывами на рвоту и отрыжкой. Другие формы гримасничанья, особенно насильственное зажмуривание глаз, также стали беспрестанными. Из-за постоянного зажмуривания мистер О. практически ослеп. Учитывая такой непереносимый эффект, я понял, что леводопу надо отменять. В течение недели доза была снижена, а 10 июня прием препарата был прекращен и мистер О. вернулся в свое прежнее состояние.

#### *1969–1972 годы*

Мистер О. ни разу вслух не высказал недовольства, гнева или зависти к другим пациентам, которые прекрасно чувствовали себя, принимая леводопу, но свои чувства он показал резким изменением поведения. Он стал реже выходить на улицу и прекратил кормить голубей. Начал намного больше, чем раньше, читать, в основном каббалу, и целыми часами чертил «диаграммы», которые тщательно прятал в ящике своего стола. Он не стал неприятным, нет, скорее – менее доступным. Мысли его еще больше рассеялись, и эта несвязность стала менее доброкачественной. Его остроумие осталось прежним, но шутки стали желчными, а временами просто едкими.

Тем не менее бывали и лучшие моменты, особенно в ясные воскресные дни, когда он оставлял в покое протоны и нейтроны. В такие моменты мистер О. охотно гулял вокруг больничного квартала, а иногда заглядывал и ко мне (моя квартира была расположена неподалеку от госпиталя). Я угощал его какао, а он пролистывал мои книги, с которыми обращался как

ученый – с легкостью и глубиной одновременно. Казалось, ему очень приятно мое присутствие, особенно потому, что я ничего не говорил и не задавал вопросов. Он тоже хранил молчание, не ворчал и не жаловался на давление мыслей.

Но его физическое состояние стремительно катилось под гору, и значительно быстрее, чем раньше. Он «развалился» за 1970 год больше, чем за предыдущее десятилетие. Его аксиальная дистония стала почти невыносимой, заставляя туловище сгибаться под прямым углом к ногам. Больше всего беспокоило, что он начал стремительно худеть, причем терял мышцы и вместе с ними отчаянно необходимую ему силу. Мы начали кормить его сладким кремом и молочными коктейлями, давали усиленное питание, взбитые яйца с сахаром и молоком, а он протестовал и отбивался как упрямый гусак. Мы делали ему инъекции анаболических стероидов, проводили бесчисленные исследования, чтобы отыскать скрытый рак или какую-нибудь инфекцию, – все результаты оказались отрицательными. В моче его было много креатинина, но это всего лишь следствие физического состояния. Он таял и растворялся на наших глазах, а мы ничего не могли поделать с его кахексией<sup>62</sup>.

Нам не один раз приходилось наблюдать, что эффекты леводопы оказывались в высшей степени вариабельными даже у одного и того же больного и что действие лекарства во время второго курса лечения могло оказаться совсем другим, чем во время первого курса. Учитывая это обстоятельство, в 1971 году мы решили сделать вторую попытку. Да, в этот раз действие леводопы и в самом деле оказалось другим, но невозможно сказать: лучшим или худшим. Во второй раз леводопа не вызвала гримасничанья и респираторных нарушений, оказавшихся чересчур тягостными в первый раз, – напротив, выраженность этих симптомов сошла на нет. Уменьшилась и пластическая ригидность конечностей, они стали мягкими и податливыми. Правда, аксиальная дистония осталась прежней, если даже не усилилась.

Во время первого курса лечения леводопа практически не повлияла на мышление, но во время второго курса это влияние проявилось катастрофически. Мышление мистера О. ускорилося, усилился его насильственный характер, больной перестал его контролировать, и оно стало более фрагментарным. Временами у больного отмечались спады, он высказывал странные ассоциации с событиями пятидесятилетней давности. Все это бывало и раньше, но теперь приняло постоянный и неуправляемый характер.

Мышление и речь становились день ото дня все более разорванными и фрагментарными. Происходило расщепление и перестановки фраз, слов и даже фрагментов слов. Мистер О. придавал словам новый, неожиданный смысл, в манере речи проявилось то, что еще Блейлер называл «словесным салатом». Темп речи сильно ускорился, и хотя отдельные фрагменты временами были просто блистательными, за общим смыслом высказывания проследить было невозможно. Это было пущенное на пленку в обратную сторону «пробуждение Финнегана».

Естественно, мы отменили леводопу и на этот раз, но расстройство мышления осталось. Фрагментарность мышления и речи оставалась неизменной на протяжении следующих двенадцати месяцев. Правда, нам было отчетливо ясно, что ядро его психики не разрушено болезнью, поскольку какая-то часть его существа оставалась нормальной, потому что больной продолжал всех узнавать и соблюдал распорядок. Никогда, ни в какой момент, не был он дезориентирован как человек, страдающий деменцией или бредом. Я не мог удержаться от ощу-

---

<sup>62</sup> Это хорошо известный факт (его отметил еще сам Паркинсон), что прогрессирующая потеря веса – самый зловещий и обычно терминальный симптом у больных паркинсонизмом. У некоторых пациентов это, очевидно, связано с уменьшением потребления калорий, затруднениями при приеме пищи и т. д. У некоторых страдавших постэнцефалитическим синдромом больных можно было наблюдать чрезвычайно быструю потерю веса, несмотря на нормальное и даже избыточное питание, что позволяет предположить центральный генез такого истощения. Вероятно, организм таких больных начинал пожирать собственный энергетический котел. Противоположное явление – загадочное ожирение и нарастание массы тела – тоже иногда отмечается у этих больных. В ряде случаев внезапное развитие кахексии или, напротив, ожирения начинается одновременно с назначением леводопы, что может служить отражением центрального действия этого лекарства. Вопрос о том, явилась ли именно леводопа пусковым фактором кахексии мистера О., остается открытым.

щения, что прежний мистер О. продолжает обитать в той же телесной оболочке, наблюдая и контролируя происходящее из-за плотного занавеса бессвязного бреда.

Все это время он также неудержимо продолжал худеть. За два года потерял семьдесят фунтов и наконец ослаб настолько, что утратил способность передвигаться самостоятельно. Он съеживался и умирал у нас на глазах.

Заслуживает упоминания еще одно обстоятельство. За неделю до смерти мистер О. внезапно стал рассудительным и здравомыслящим, у него нормализовались мышление и речь; более того – он сумел «собрать» и удержать вместе воспоминания и мысли, рассеянные и подавленные за пятьдесят лет. Он перестал быть «шизофреником», снова став простым и доступным человеческим существом. Мы несколько раз беседовали с ним перед смертью, причем тональность этих бесед задавал сам мистер О. «Бросьте весь этот треп, – сказал он. – Я знаю расклад. Боб проигрался вчистую, и ему пора уходить». Последние дни он шутил с сестрами и попросил раввина прочесть над ним псалом. За несколько часов до смерти он сказал: «В двадцать втором году я хотел свести счеты с жизнью... и очень рад, что не сделал этого... это была потрясающая игра – энцефалит и все такое...»

## Эстер И

Миссис И. родилась в Бруклине, старшим ребенком в семье иммигрантов. В детстве и подростковом возрасте не болела ничем примечательным – во всяком случае, ничем, что хотя бы отдаленно напоминало *летаргический энцефалит*.

С самого раннего возраста проявляла пылкий ум, необычную независимость и уравновешенность характера. Ее теплоту, мужество и прекрасное чувство юмора с любовью вспоминал ее младший брат: «Эстер, – говорил он мне сорок лет спустя, – всегда отличалась спортивным складом и была чудесной сестрой. Она могла любить и ненавидеть, но при этом всегда оставалась честной. Как и все мы, остальные дети, она постоянно была в синяках и ссадинах, но воспринимала их стойчески – она вообще преодолевала все. Она любила посмеяться, и прежде всего над собой».

После окончания средней школы и молниеносного периода ухаживания миссис И. вышла замуж в возрасте девятнадцати лет. На следующий год родила сына, а на третьем году брака – дочь. Десять лет наслаждалась счастливой семейной жизнью, пока в возрасте чуть больше тридцати лет ее не поразила болезнь. Очевидно, что миссис И. была центром семьи, ее точкой опоры, своей силой и характером она придавала крепость и надежность семейному очагу. Когда она заболела, эта опора покачнулась.

Симптомы вначале были приступообразными и весьма причудливыми. Она могла идти или говорить в обычном темпе и совершенно нормально, как вдруг останавливалась без всякого предупреждения на середине шага, жеста или слова, а через несколько секунд продолжала прерванное действие, даже не догадываясь, что произошла заминка. Врачи решили, что это определенная форма эпилепсии, так называемые «абсансы», или *petit mal*. В последующие месяцы такие остановки стали более длительными и продолжались иногда по несколько часов. Часто ее обнаруживали в полной неподвижности. Она сидела у себя в комнате с совершенно пустыми глазами на неподвижном лице. Но стоило прикоснуться к ней, как такое состояние тотчас проходило и у миссис И. восстанавливалась способность к нормальным движениям и речи<sup>63</sup>. На этот раз врачи поставили Эстер диагноз «истерия».

Через два года, в течение которых продолжались пароксизмальные и таинственные остановки, появились несомненные признаки паркинсонизма, сопровождаемые симптомами кататонии или транса, которые блокировали движение, речь и мышление. По мере стремительного усугубления симптомов паркинсонизма и углубления трансов миссис И. стала странной, до нее теперь трудно было «достучаться». Именно это, а не физическое состояние, беспокоило, встревожило и не на шутку рассердило семью. Вот как ее брат описал тогдашнее состояние Эстер: «Эстер отличалась живостью всех реакций до тридцатилетнего возраста, когда ее одолела болезнь. Она не утратила ни одного из своих чувств, не стала враждебной или холодной, но нам показалось, что она отстраняется от нас, удаляется куда-то. Болезнь уносила ее куда-то далеко, как пловца, уносимого в море отливом. Ее уносило от нас, и мы не могли до нее

---

<sup>63</sup> Некоторые из этих странных остановок активности рецидивировали после приема леводопы. Один из таких эпизодов навсегда остался у меня в памяти. Однажды здание затопил поток воды, источник которого оказался на пятом этаже, где находились мои больные с постэнцефалитическим синдромом, а именно в ванной. Когда мы вошли туда, то увидели Эстер – совершенно недвижимую, стоящую по грудь в воде. Когда я дотронулся до ее плеча, она встрепенулась и воскликнула: – Боже мой! Что здесь происходит? – Это вы мне скажите, что происходит, – ответил я. – Я только хотела умыться и принять ванну. В ванне было всего два дюйма воды. Потом вы трогаете меня за плечо, а здесь уже настоящий потоп. Мы продолжили разговор, в ходе которого выяснилось, что больная застыла или оцепенела в какой-то момент своего бытия. Время остановилось (для нее), когда в ванне было воды на два дюйма. Она не заметила, как прошел час или два, и вот уже случился настоящий потоп. Такое же оцепенение мы видим в документальном фильме «Пробуждения»: там оно происходит, когда наша больная начала причесываться. Она внезапно перестает причесываться, она вообще перестает двигаться, и через пару минут зрители начинают нервно оглядываться, думая, что это заело кинопроектор. На самом деле заело «проектор» Эстер, заставивший ее застыть на две долгие минуты.

дотянуться...» На тридцать пятом году жизни Эстер была уже совершенно обездвиженной и лишенной дара речи; она была словно замурована в каком-то глубоком, безумно отдаленном состоянии. Муж и дети мучались от бессилия и беспомощности, не имея понятия, как они могут помочь больной. Именно миссис И. оказалась человеком, который наконец решил, что будет лучше для всех, если ее поместят в госпиталь. Она сказала: «Со мной все кончено. Здесь уже ничего не поделаешь».

Она поступила в госпиталь «Маунт-Кармель», когда ей было тридцать шесть лет. Госпитализация, означавшая бесповоротную законченность и безнадежность, сломала моральный дух и ясное понимание реальности мужа и детей. Муж, навестив Эстер в госпитале дважды, нашел эти визиты невыносимыми. Он не появился у нее больше ни разу и, наконец, развелся с ней. У дочери развился тяжелый реактивный психоз, и ее тоже пришлось госпитализировать. Сын остался дома, но потом уехал «куда-то на Запад». Ячейка И., как семья, перестала существовать.

Жизнь миссис И. в «Маунт-Кармеле» была безмятежной и тихой, бедной внешними событиями. Ее любили больные, медицинские сестры и нянечки хорошо к ней относились, обожали за юмор и характер, который иногда прорывался сквозь неподвижность. Но практически все время она была недвижимой и безмолвной, и когда я впервые увидел ее, а было это в 1966 году, то вдруг понял, испытав непритворное потрясение, что паркинсонизм и кататония могут достичь *бесконечной* степени тяжести<sup>64</sup>.

<sup>64</sup> Кстати, когда я говорю о потрясении, какое испытал при первом взгляде на Эстер, то говорю это не просто ради красного словца. Хотя с тех пор прошло семь лет, я отчетливо помню то ошеломляющее чувство, чувство безмерного изумления, которое охватило меня, когда я вдруг понял и осознал *бесконечную* природу, *качественную* бесконечность феномена, с которым пришлось столкнуться... Часто говорят о бесконечном страдании, бесконечной муке, безмерной радости – и это говорят совершенно естественно, не чувствуя парадоксальности утверждения; говоря так, думают о них как о бесконечностях в безмерной огромности души, то есть воспринимаемая это выражение в его метафорическом смысле. Но *паркинсонизм!* – не было ли в нем чего-то категорически отличного? Разве это не простое, механическое расстройство функции – простой избыток или недостаток чего-то вполне осязаемого, – то есть что-то исключительно конечное, то, что можно измерить в единицах деления подходящей шкалы? Разве, по самой своей сути, это не просто некое положение *вещей*, которые можно взвесить и измерить, как взвешивают масло в лавке? Этому меня учили, об этом я неоднократно читал, именно так я всегда думал. Но увидев Эстер, я испытал внезапное смятение в своих мыслях, внезапный отход от привычной колеи мышления. Я утратил рамку отсчета, поскольку увидел иную систему координат, которая глубочайшим образом отличалась от привычной мне системы. Я вдруг понял: все, что я думал о конечной, представимой и численной природе паркинсонизма, – чистейший вздор. Именно тогда до меня дошло, что паркинсонизм нельзя рассматривать неким предметом, измерения которого можно изменить конечными инкрементами. Мне внезапно стало ясно, что паркинсонизм – это склонность, тенденция, у которой нет максимумов или минимумов. В ней отсутствуют конечные единицы измерения, она не подлежит исчислению. От своих первых, бесконечно малых намеков или приступов она может, посредством бесконечного числа мельчайших шажков, продвигаться к бесконечной, а потом к еще более бесконечной, а затем к еще более бесконечной степени тяжести. И еще я понял, что самая меньшая часть, если можно так выразиться, обладает или содержит в себе (в бесконечно малой форме) целое, неделимую природу целого. Принимая такую концепцию, мы будем вынуждены столкнуться с иррациональным (бессмыслицей), неизмеримым и несоизмеримым. Такие мысли вызывают тревогу, поскольку если паркинсонизм *per se* неизмерим, то никогда нам не представится возможность найти действительную точную контрмеру, противодействовать ему, исключить его, положить ему конец, или оттитровать его (в более чем ограниченной и временной манере). Эта темная мысль, которую я тотчас постарался отогнать, впервые пришла мне в голову, когда я увидел Эстер в 1966 году, и вернулась в начале 1967 года, когда я впервые прочел о поразительном эффекте леводопы и о ее побочных эффектах, которые проявлялись, несмотря на точнейшее титрование дозы. Так, даже малейший намек на паркинсонизм (мигрень, предсмертную агонию, экстаз) уже содержит в себе полный прообраз целого, уже обладает в миниатюре качеством целого, являясь началом бесконечного развертывания. (Когда я однажды спросил одного больного, одаренного романиста, страдавшего мигренью, что он испытывает во время приступа, в частности, в его начале, он ответил: «Приступ не начинается с какого-то одного, определенного симптома, он сразу возникает как целое. Я чувствую сразу все. Это «все» поначалу представляется крошечным, но только поначалу. Это похоже на появление на горизонте мерцающей точки, до боли знакомой. Она постепенно приближается, становится больше. Еще можно сравнить это с маленькой точкой на земле, которую видишь с самолета: она становится видимой все более отчетливо, по мере того как спускаешься сквозь слои облаков. Мигрень *разрастается*, – добавил он, – но воспринимаешь это как изменение масштаба – все уже было с самого начала».) *Добавление (1990)*. В первой версии этого примечания я пытался объяснить бесконечность паркинсонизма, проводя аналогию с бесконечными числами и последовательностями. Теперь я рассматриваю это наряду с другими аспектами паркинсонизма, эффектами леводопы и функциями головного мозга вообще как феномен, требующий моделей и концепций, отсутствовавших в шестидесятые годы. Особенно это касается концепций хаоса и нелинейной динамики (см. Приложение: «Хаос и пробуждения». С. 512).

Больная не производила впечатления омертвления или апатии (как Магда Б.); не было также впечатления вето или «блока» (как у Люси Л.); не было впечатления отчужденности и отстраненности (как у Леонарда Л. и Майрона В.), но было, и очень сильное, впечатление отдаленности. Казалось, она обитает в некоей странной, недоступной дали, в какой-то бездонной пещере или пропасти бытия. Казалось, что неведомой силой она буквально вдавлена в плотную массу безысходного состояния или недвижимо удерживается в неподвижном «глазу» неумолимо крутящегося водоворота. Это впечатление усиливалось от производимого ею медленного ритмичного жужжания и такой же медленной палилалией ее ответов<sup>65</sup>. Это было безгранично насильственное или покорное поведение – круговое, пассивное, нескончаемое движение, казавшееся неподвижностью, ибо радиус вращения был бесконечно мал. Внешне больная была недвижима, в высшей степени недвижима, но одновременно находилась в беспрестанном движении по онтологической орбите, сжатой до нуля.

Одна вещь – только одна – могла хотя бы на самую малость облегчить тяжесть ее состояния и хотя бы на дюйм приподнять ее над пропастью паркинсонизма. Каждый день во время физиотерапевтического сеанса миссис И. помещали в бассейн с водой, и после часа стимуляции активных и выполнения пассивных движений она немного выходила из состояния бесконечной акинезии и на короткое время обретала способность двигать правой рукой и переступать ногами в воде. Но через полчаса силы иссякали и она вновь впадала в транс акинезии.

Кроме акинезии, у миссис И. за несколько лет развилась тяжелая дистоническая контрактура в левой руке и сгибательная контрактура шеи, отчего подбородок был постоянно прижат к груди. Все это вкупе с акинезией жевательных и глотательных мышц сделало кормление чрезвычайно тяжелой, почти неразрешимой задачей. К маю 1969 года акинезия жевания и глотания стала такой выраженной, что нам пришлось перевести миссис И. на жидкую пищу и встал вопрос о зондовом питании. Она получила леводопу как спасающее жизнь средство, так как мы опасались, что больная погибнет от афагии и истощения. Леводопы была назначена в смеси с апельсиновым соком 7 мая 1969 года.

#### *Курс лечения леводопой*

За первые десять дней (7—16 мая) лечения леводопой, в течение которых доза была постепенно доведена до 4 г в сутки, мы не наблюдали никакого эффекта. Решив, что лекарство разлагается в кислой среде апельсинового сока, 16 мая я предложил заменить апельсиновый сок яблочным. На следующий день миссис И. «взорвалась» – по меткому замечанию медсестры. Никаких объективных или субъективных предупреждающих признаков не было. В субботу, 17 мая, приблизительно через полчаса после приема очередного грамма леводопы, миссис И. внезапно вскочила на ноги и на глазах изумленного персонала прошлась по коридору отделения. «Что вы на это скажете, а? – воскликнула она взволнованно. – Что вы на это скажете? Что вы на это скажете? Что вы на это скажете?» Когда пару дней спустя я расспрашивал об этом событии дежурную медицинскую сестру, она ответила мне, что она бы сказала на это: «Мне в жизни не случалось видеть ничего подобного. С Эстер произошло какое-то волшебство. Это настоящее чудо».

Весь этот удивительный уик-энд миссис И., охваченная волнением, обошла весь госпиталь. Она заговаривала с другими пациентами, которые никогда прежде не слышали ее голоса, бурно радуясь вновь обретенной свободе. Она вдруг обрела способность жевать и глотать, одновременно вырос аппетит. «Хватит с меня этой жижи! – воскликнула она, когда на обед ей, как всегда, дали обычный жидкий супчик. – Мне нужен хорошо прожаренный стейк!» Поданный ей по-королевски поджаренный на гриле стейк был съеден с чувством видимого удовольствия

<sup>65</sup> «...околдованный случайными словами собственной речи, его разум принимался медленно вращаться по одному и тому же повторяющемуся кругу». Джеймс Джойс, «Случайная встреча».

и без малейшего затруднения в жевании или глотании. Правой рукой, также внезапно освобожденной из многолетних тисков, она сделала первые записи в тетради, которую я оставил ей, не рассчитывая, что она когда-либо сможет ею воспользоваться.

19 мая. Оставив миссис И. в пятницу вечером в ее обычном неподвижном состоянии, я был потрясен изменениями, происшедшими за два выходных дня. В то время у меня не было достаточного опыта, и я не видел таких разительных изменений на фоне приема леводопы, которые иногда происходят с больными, страдающими постэнцефалитическим синдромом. А если эффект наблюдался, он всегда наступал после некоторого «разогревающего» периода постепенно возрастающей активности.

Но пробуждение миссис И. началось и завершилось в течение буквально нескольких секунд<sup>66</sup>. Когда в понедельник утром я вошел в ее палату, меня громко приветствовала преобразившаяся миссис И., сидевшая, не теряя равновесия, на краю кровати, с распахнутыми бле-

<sup>66</sup> Внезапное возвращение подвижности и «нормализация состояния» после многих лет внешней полной обездвиженности казались невероятными, попросту невозможными для всех, кто это видел, – отсюда мое потрясение и потрясение персонала, отсюда наше ощущение, что «...это было настоящее чудо». Я испытал подлинный шок, когда впервые увидел Эстер в 1966 году, когда понял, что она впала в состояние бесконечной, безграничной обездвиженности – физической и ментальной. Но это было ничто по сравнению с потрясением, какое я испытал в 1969 году, когда увидел ее непринужденные движения и услышал свободную речь. Эти функции восстановились мгновенно и практически полностью, во всей легкости и быстроте. Это потрясение стало еще сильнее, когда я принялся обдумывать состояние миссис И. По зрелом размышлении я осознал: следует полностью пересмотреть все мои идеи и представления о природе паркинсонизма, о деятельности, о бытии и о сути времени... Ведь если *здоровый* человек «де-активируется» хотя бы на короткий период времени, то сталкивается с определенными трудностями при возвращении к обычной физической и ментальной активности. Например, если человек ломает бедро или переносит разрыв четырехглавой мышцы бедра (то есть обездвиживается, так как долгое время находится на скелетном вытяжении), то чувствует себя функциональным инвалидом даже некоторое время после того, как анатомически травма заживает. Так, после подобного события (точнее, после периода дезактивации или перерыва в нормальной деятельности) человек обнаруживает, что «забыл», как пользоваться пораженной конечностью, и ему приходится учиться этому заново, на что уходят недели или даже месяцы. Действительно, если конечность теряет функцию на какое-то время, то ее обладатель теряет ощущение самого существования этой конечности. Такое наблюдение подтверждает истинность утверждения Лейбница «*Quis non agit non existit*» – «Кто не действует, тот не существует». Следовательно, в норме провал в активности приводит к возникновению провала в бытии. Мы очень сильно зависим от непрерывности протекания импульсов, несущих информацию по чувствительным и двигательным волокнам, как от периферии к центру, так и от центра к периферии. *Мы должны быть активными, чтобы существовать; активность и актуальность суть одно и то же...* Но что в таком случае можно сказать об Эстер, которая, после того как была полностью обездвижена и (предположительно) дезактивирована в течение многих лет, вдруг, в мгновение ока вскакивает на ноги и идет по коридору как ни в чем не бывало? Мы могли бы предположить, и поначалу я тоже склонялся к такой мысли, что в течение всех лет ее болезни она не была в действительности дезактивирована. Но эту гипотезу пришлось отбросить по нескольким причинам. Клинические наблюдения ее абсолютной неподвижности, ее собственные описания качества состояния, в каком она находилась (с. 191), и электрическое молчание в ответ на попытки записать электрическую активность мышц – все эти наблюдения указывают на то, что она действительно была полностью дезактивирована во время своей обездвиженности. Но очевидно также, что ее обездвиженность не имела *субъективной продолжительности*. Для Эстер не существовало выпадения времени в весь период ее неподвижного состояния. В это время она была (если позволителен такой логический и семантический парадокс) одновременно бездеятельной, несуществующей и находящейся вне времени. Только основываясь на таких допущениях, какими бы фантастическими они поначалу ни казались, я смог понять, каким образом Эстер удалось восстановить нормальную активность после стольких лет бездеятельности в противоположность «онтологически нормальному субъекту», который бы за это время «забыл» рисунок движения и которому потребовался бы весьма значительный промежуток времени, прежде чем он бы вспомнил этот рисунок и научился его снова воспроизводить. Напротив, у Эстер все случилось так, словно непрерывное течение бытия, существования внезапно выключилось, а потом снова включилось, но при этом не произошло утраты памяти о рисунке движений и речи, почему ей и не потребовался период повторного обучения, – и все это благодаря тому, что у нее *не произошло выпадения времени*. На следующий день она записала: «Тот, кто будет читать мой дневник, должен простить мне ошибки и почерк – пусть он вспомнит, что я не писала годы и годы». Следующая запись полна боли: «Я бы хотела полнее выразить мои чувства. Прошло очень много времени, с тех пор как я вообще испытывала какие-либо чувства. Я не могу найти слов для их выражения...» По меньшей мере она смогла выразить одно из чувств: «Я наслаждаюсь едой, я чувствую, что стала очень прозорливой. До этого я просто ела то, что клали мне в рот». Заканчивая записи выходных дней, миссис И. подводит итог: «Я чувствую бодрость духа, энергию и жизнерадостность. В лекарстве ли, которое я принимаю, дело, или в новом состоянии моего сознания?» Ее почерк на этих трех страницах дневника был крупным, беглым и в высшей степени разборчивым. Полностью обездвиженная, погруженная в неведомые глубины больше двадцати лет, она вырвалась на поверхность и взлетела в воздух как пробка, поднявшаяся со дна реки. Она, как взрыв, высвободилась из оков, в которых томилась столько времени. Я думал в связи с этим об узниках, освобожденных из тюрьмы. Мне вспоминались дети, вырвавшиеся из школы. Думал я и о животных, пробуждающихся весной от зимней спячки, о Спящей красавице. Вспомнил я, с нехорошим предчувствием, и о больных кататонией, которые внезапно впадали в буйное неистовство.

стящими глазами, слегка покрасневшая и сияющая широкой улыбкой. Громко, с нескрываемым, рвущимся наружу восторгом, немного повторяясь от палилалии, она ошарашила меня сообщением о событиях, произошедших в выходные. Речь ее была очень быстрой, почти насильственной и ликующе-экзальтированной. «Чудесно, чудесно, чудесно! – повторяла она. – Я стала новым человеком, я чувствую это, я чувствую это внутренне, я совершенно новый тип человека. Я так много чувствую, я просто не могу сказать вам, что я чувствую. Все изменилось, у меня просто началась новая жизнь», – и т. д. Такими же сантиментами был переполнен дневник миссис И., который она начала вести в эти дни. Первая запись, сделанная 17 мая, гласит: «Я чувствую себя очень хорошо. Моя речь стала громче и отчетливее. Руки и пальцы двигаются более свободно. Я даже сумела развернуть конфету, чего не могла сделать уже много лет».

Осматривая 19 мая миссис И., я обнаружил, что у нее произошло заметное расслабление шейных мышц и мышц правой руки, а в левой руке и ногах тонус оказался даже ниже нормального. Саливация уменьшилась, и слюнотечение совершенно прекратилось. Исчез и звук, который миссис И. издавала на выдохе. Уровень бодрствования был отличным, движения глаз – быстрые и частые – сопровождалась соответствующими движениями головы. Когда я попросил ее хлопнуть в ладоши, то есть совершить движение, которое до этого было не просто невозможным, но даже немислимым до назначения леводопы, миссис И. начала хлопнуть с избыточной силой, хотя при этом больше работала ее правая рука. Она была настолько взволнована этим действием, что принялась, после пятнадцати хлопков, хлопнуть себя по бедрам, а потом с силой сцепила руки на затылке. Я обеспокоился такой непрошеной вариацией, не зная, чему ее приписать – воодушевлению или скорее компульсии.

20 мая. Вчера компульсивные, напоминающие тик движения действительно появились. Правая рука миссис И. стала совершать стремительные движения, похожие на то, как метают дротики. Она, кроме того, внезапно хватается за нос, за ухо, за щеку, за губы. Когда я спросил, зачем она это делает, миссис И. ответила: «Это пустяки, это пустяки. Они ничего не значат. Это просто привычка, привычка – такая же, как мое жужжание». Движения больной отличались чрезвычайными быстротой и силой, темп речи в два или три раза превышал обычный. Если раньше миссис И. напоминала фильм с замедленной проекцией, или стоп-кадр, то теперь создавалось впечатление, что проектор завертелся с бешеной скоростью. Это так бросалось в глаза, что мои коллеги, которым я показал снятый мной в те дни фильм, в один голос настаивали, что проектор прокручивает пленку со слишком большой скоростью. Порог реакции стал у нее практически равным нулю, все ее движения стали мгновенными, торопливыми и исключительно сильными<sup>67</sup>. Предыдущую ночь миссис И. плохо спала, и ей предстояло провести без сна и следующую ночь.

<sup>67</sup> Если до приема леводопы миссис И. казалась мне самой заторможенной из всех больных, каких я до тех пор видел, то после назначения лекарства она стала наиболее ускоренным из всех виденных мной людей. Я знал некоторых спортсменов-олимпийцев, но миссис И. могла дать фору любому из них по скорости реакции. В других обстоятельствах она могла бы стать лучшим стрелком Дикого Запада. Такие быстрота, живость и порывистость движений достижимы лишь в патологических состояниях. Прежде всего их можно наблюдать при синдроме Жилия Туретта (множественный тик), у некоторых детей, страдающих гиперкинезами, а также в состоянии «амока», или гиперкинетической кататонии, при которой движения (если верить Блейлеру) «... часто выполняются с избыточной силой и вовлекают ненужные группы мышц. Всякое действие выполняется со слишком большой тратой силы и энергии, величина которых неадекватна цели движения». И конечно же, такие состояния могут вызываться рядом лекарств. (Предмет фармакологического замедления и ускорения был осмеян Г. Дж. Уэллсом в занимательном и пророческом рассказе «Новый ускоритель», написанном на исходе прошлого века.) Такой больной может находиться в полном неведении о том, насколько ускорены или, наоборот, замедлены его движения. Когда я попросил моих студентов поиграть с Эстер в мяч, они нашли такую задачу невыполнимой: они не успевали ловить брошенный ею мяч и даже не успевали отбивать его заранее открытыми ладонями. «Смотрите, какая она быстрая, – говорил я им. – Не надо ее недооценивать, просто будьте готовы». Но они не смогли приготовиться, так как самое лучшее время реакции у них достигало лишь одной восьмой секунды, в то время как у Эстер это время равнялось приблизительно одной тридцатой секунды. Обычно я говорил ей: «Вам надо замедлить свои движения. Посчитайте до десяти, прежде чем бросить мяч». Однако мяч летел с едва уловимой задержкой, и я снова повторял Эстер: «Я же просил вас сосчитать до десяти». Она отвечала, причем речь ее сливалась из-за невероятной скорости произнесения слов: «Но я *сосчитала* до десяти». В моменты чрезвычайного внутреннего

21 мая. Когда утром я пришел в отделение, дежурная медсестра доложила, что миссис И. «все время прыгала», стала «ужасно возбужденной» и «истеричной». Я пошел в палату и увидел, что у больной крайняя степень моторного и психического возбуждения и выраженная акатизия: она пиналась, беспрестанно скрещивала ноги, стучала руками, издавала визгливые крики. Ее можно было успокоить замечательно быстро мягкими ласковыми словами, или взяв ее за руку, или слегка сжав ее беспрестанно двигавшиеся конечности. Всякое принуждение, напротив, вызывало сильнейшую подавленность, усиливало возбуждение и неистовство. Так, если кто-то пытался схватить ее за ноги, чтобы не дать ей пинаться, напряжение выплескивалось тем, что она начинала драться. Если блокировали руки, она принималась с силой мотать из стороны в сторону способной теперь двигаться головой. Если же останавливали и голову, больная принималась пронзительно кричать.

Большую часть того дня миссис И. делала записи в дневнике, покрывая страницу за страницей стремительными каракулями, полными палилалических повторений, каламбуров, пустозвонства, и сильной персеверацией – эти записи разительно отличаются от спокойного и плавного течения мыслей, столь характерного для первых записей, сделанных в выходные дни, так же как последние отличались от мучительных, бесплодных, неразборчивых надписей, на которые больная только и была способна до назначения леводопы. Вначале я был удивлен тем, что миссис И. вообще оказалась способной писать в состоянии такого сильного эмоционального и двигательного возбуждения, но вскоре мне стало ясно: письмо было для нее насущной необходимостью в сложившихся обстоятельствах, а способность выражать и фиксировать на бумаге свои мысли позволила осуществиться жизненно необходимому акту очищения и самоанализа. Это также позволило ей косвенно общаться со мной, ибо она была готова открыть мне свои чувства и мысли в письменном виде и показать дневник, тогда как в личном общении ей было трудно говорить о своих интимных переживаниях.

В то время ее дневниковые записи представляли собой почти исключительно выражения обвинений, ярости, ужаса, смешанные с чувствами потери и горя. Были там длинные параноидные тирады против различных медсестер и нянечек, которые «преследовали» и «мучили» ее со дня поступления в госпиталь, а также мстительные фантазии о том, что теперь она «доберется» до них. Она снова и снова возвращалась к бывшей соседке по палате, враждебно настроенной слабоумной больной, которая два года назад облила ее водой из стакана. Целые страницы были буквально залиты слезами – свидетелями ее горя и беспощадных мук совести. «Посмотрите на меня, – писала она. – Мне пятьдесят пять лет, я согнута пополам... я превратилась в старую каргу... Я была такая хорошенькая, теперь в это трудно поверить, доктор Сакс... Я потеряла мужа и сына, отпугнула их... моя дочь сошла с ума. Все это моя вина. Должно быть какое-то наказание за все, что я сделала. Я проспала двадцать лет и состарилась во сне».

Надо сказать, в дневнике не были отражены, вероятно, все еще подавленные сексуальные чувства и сублимированная похоть – склонность к *прозорливости*, которую очень многие другие больные выказывали на пике высочайшего возбуждения, индуцированного леводопой. О том, что под мнимоспокойной поверхностью ее все же пожирала эти чувства, говорили сладострастно-кошмарные ночные сновидения, преследовавшие миссис И. в то время, а также содержание галлюцинаций, посетивших ее вечером того же дня. Около восьми часов вечера меня вызвали в палату к миссис И., так как она беспрерывно издавала оглушительные душевраздирающие крики. Стоило мне войти в палату, как она мгновенно впала в панику, приняв мою авторучку за шприц, и принялась кричать: «Это игла, игла, игла... уберите ее, уберите ее... не втыкайте, не втыкайте, не втыкайте ее мне!» Крик становился громче и громче, при этом миссис И. извивалась всем телом и сучила ногами и руками в совершенном безумии.

---

ускорения Эстер внутренне досчитывала до десяти (двадцати, тридцати) за считанные доли секунды, *не отдавая себе в этом отчета*. (Обратная ситуация не менее поразительна, особенно отчетливо она проявилась у другого больного, Майрона В.)

В своем дневнике она писала: «Я что, в концентрационном лагере?????» Вопросительные знаки, становясь все крупнее и размашистее, покрывали всю страницу, а на следующей странице огромными печатными буквами было написано: «ПОЖАЛУЙСТА! Я НЕ СУМАСШЕДШАЯ, НЕ СУМАСШЕДШАЯ». Лицо ее покраснело, зрачки расширились, пульс стал напряженным и весьма частым. Если она не кричала, то шумно и тяжело дышала, постоянно высовывая язык и вытягивая вперед сложенные трубкой губы.

Я велел сестре сделать больной внутримышечно 10 мг торазина; через пятнадцать минут ее неистовство улеглось, вместо него явились усталость и раскаяние, и миссис И. разрыдалась. Глаза ее перестали выражать страх, подозрение и ярость, теперь в них были любовь и доверие: «Пусть это никогда не повторится, доктор Сакс, – прошептала она. – Это был какой-то страшный сон, нет, хуже, чем сон. Пусть этого никогда больше не будет, никогда, никогда, никогда...» На этот раз миссис И. согласилась уменьшить дозу приема леводопы, против чего яростно возражала еще накануне. «Это будет смертный приговор, – сказала она утром этого же дня, – если вы уменьшите дозу».

22–25 мая. Я снизил дозу леводопы с 3 г до 2 г, потом до 1 г в сутки, но у миссис И. продолжалось исключительно сильное возбуждение, хотя она не выказывала больше той паранойи, которая преследовала ее 21 мая. 22 мая она решила свести счеты со своей бывшей соседкой и утром швырнула в нее графин с водой, вернувшись после этого в свою палату с широкой радостной ухмылкой. Настроение у нее явно улучшилось. Когда я спросил больную, неужели она целых два года думала о том пустяке, она ответила: «Нет, конечно, нет. Мне было все равно даже тогда. Я вообще не думала о том случае до тех пор, пока не стала принимать леводопу. Но потом я будто сошла с ума и никак не могла выбросить этот пустяк из головы».

Несмотря ни на что, она продолжала вести дневник, и это почти единственное, что она делала, так как стоило ей перестать писать, как возбуждение и акатизия набрасывались на нее с удвоенной силой. Из дневниковых записей исчезли злобные тирады и фантастические планы символической мести символическому притеснителю, и записи 22 и 23 мая целиком посвящены размышлениям о болезни, семье, печали, вине и все возрастающем осознании того, что «рок», «фатум», но не она сама, несет ответственность за поразившее ее несчастье. 24 мая она попросила отменить леводопу: «Я не успеваю с этим справляться, все так быстро и неожиданно свалилось мне на голову всего за несколько дней. Мне надо успокоиться и все обдумать». В тот же день я отменил препарат. Увидев миссис И. на следующий день, 25 мая, ригидную, недвижимую, с потухшими глазами и прижатым к груди подбородком, я едва мог поверить, что весь цикл торжествующего пробуждения, «осложнений» и отмены занял всего лишь одну неделю.

#### *1969–1972 год*

Прошло сорок месяцев с тех пор, как были написаны предыдущие строки, сорок месяцев, в течение которых миссис И. продолжала и продолжает принимать леводопу (за исключением редких случаев, о которых я скажу чуть позже), видимо, только для того, чтобы неистово и преувеличенно реагировать на лекарство и одновременно чтобы поддерживать в себе полноту и активность жизни, активность намного большую, нежели у остальных пациентов госпиталя «Маунт-Кармель». Из всех больных, каких мне когда-либо приходилось наблюдать, миссис И. оказалась самой экстравагантной и непредсказуемой в своих физиологических реакциях на леводопу. Однако именно она проявила себя самой рассудительной и гибкой в эмоциональном отношении к своему состоянию. Никто не проявлял такой находчивости и изобретательности в уклонении, обходе или других манипуляциях с нелепыми и несообразными реакциями на леводопу. С неподражаемым умением и ловкостью миссис И. ведет свой корабль по бурным волнам вспышек первобытного, непредсказуемого темперамента, постоянно разрешая проблемы, под тяжестью которых сломался бы любой другой больной. Хотя в историях болезни

я не использовал списки и таблицы, в данном случае прибегну к такому способу, чтобы избежать расплывчатости и нудного многословия.

1. *Чувствительность к леводопе и колебания ответа.* Подобно всем больным с пост-энцефалитическим синдромом (и паркинсонизмом), получавшим леводопу на протяжении некоторого отрезка времени, у миссис И. развилась высокая чувствительность к препарату, и теперь средняя поддерживающая доза для нее составляет не более 750 мг в сутки. Ее реакция на лекарство приобрела (да, собственно говоря, она была такой практически с самого начала) свойство «все или ничего»: она либо реагирует развернутым возбуждением, либо не реагирует на лекарство вовсе. Миссис И. не способна регулировать интенсивность реакции, подобно тому, как человек не может контролировать силу своего чихания. Ее реакции, которые и раньше были очень быстрыми, стали теперь поистине молниеносными – она бросается из одной физиологической крайности в другую в мгновение ока, в один момент, в долю секунды. Перепрыгивает из одного состояния в другое так быстро, как может человек перескочить с одной мысли на другую. Такие переходы, а точнее, перескоки, более не «коррелируют» со временем приема леводопы. Действительно, такие стремительные перемены в настроении и состоянии могут случаться у больной по 30—200 раз в течение дня. Из всех наших больных, склонных к избыточной подвижности и хулиганству, миссис И. сильнее всех проявляет глубину, резкость и колебания ответа на лекарство. Резкость и тотальность этих превращений едва ли может внушить наблюдателю мысль о постепенном, равномерно развивающемся процессе: скорее это похоже на внезапную реорганизацию, на переключение *фазы*. Если ей отменяют леводопу, миссис И. мгновенно впадает в кому.

2. *Расширение диапазона ответов на леводопу.* Я уже писал о том, что в течение трех дней после «пробуждения» на фоне приема леводопы у миссис И. появились отчетливые *тики*<sup>68</sup>. Каждые два-три дня она, если можно так выразиться, «изобретала» новый тик. Иногда, казалось, это действительно «новинка», иногда это была дальнейшая разработка существовавшего тика, а порой это был «сплав», или слияние, двух или более уже имевших место тика. В некоторых случаях это был защитный маневр, своего рода контртик. Тики поражали все аспекты действий и поведения больной. Порой можно было наблюдать две, а то и три дюжины *одновременных* тиков, причем находившихся в полной функциональной изоляции друг от друга, осуществлявшихся под независимым физиологическим контролем. Каждый тик имел свои особенные, отличные от других стиль, ритм и систему движений – «особую кинетическую мелодию», если воспользоваться термином Лурии. При взгляде на весело отдавшуюся своим тикам миссис И. можно было подумать, что находишься в обезумевшем часовом магазине, где множество часов тикают в своем ритме, показывают разное время и отзванивают свои индивидуальные мелодии одновременно<sup>69</sup>.

3. *Взаимопревращения (фазовое соотношение) тиков.* У миссис И. проявляется несколько основных тиковых фаз, взаимоотношения которых наиболее отчетливо видны, когда манифестирует какая-либо одна, основная, форма тика. Так, данный конкретный тик может принимать скачкообразную, стремительную, порывистую форму, а также ритмико-клоническую

<sup>68</sup> По своей структуре тики Эстер оставались сравнительно простыми, но другие больные демонстрировали поистине неисчерпаемый спектр автоматизмов и пульсий, переходя от низкоуровневой стереотипии и миоклонических движений до тиков и насильственных движений большей сложности. К таким тикам, сопровождавшимся сильными внутренними компульсиями, за которыми следовало краткое облегчение, относились чмокание губами, поцелуи, сосание, выдувание воздуха, вынужденное фырканье, вздохи и пыхтение, внезапные почесывания и прикосновения к разным участкам тела, подергивание плечами, мотание головой, гримасничанье, нахмуривание, тики взора, отдавание чести и шлепки, компульсивные пинки, подпрыгивания и топанья, ломание пальцев, сложные респираторные тики и сложные компульсивные акты фонации: например, хрюканье, лай, писк и пронзительные вопли. Голосовые тики варьировали от коротких нечленораздельных звуков до сложных словоизвержений.

<sup>69</sup> Глядя на (или слушая) тики Эстер, из которых дюжина протекала одновременно, я ловил себя на ощущении, что присутствую при исполнении вполне синхронной симфонии. Но это была не просто симфония, скорее полифония, которая исполнялась в разных, не связанных между собой музыкальных темпах, мелодии которых лились абсолютно независимо друг от друга.

форму (как ее изначальный тик с жужжанием) или тоническую (или кататоническую) форму – так называемый «тик неподвижности». Переходы между этими формами могут быть мгновенными: миссис И. может внезапно оцепенеть в самый разгар тика, то есть переходит к каталептической персеверации тика, потом возникает ее «излюбленный» тонический тик – она странно сгибает правую руку, доставая пальцами до межлопаточного пространства, и сразу после этого впадает в скачкообразный тик.

4. *Отсутствие психотической трансформации.* Больная испытывает невероятно сильное возбуждение – как эмоциональное, так и двигательное – много раз в день. Ее возбуждение в такие моменты принимает любую форму, которая проявляется весьма адекватно в полном соответствии с природой возбуждения: ее любимое «возбуждение» и наиболее типичное – веселое жизнерадостное возбуждение и радостное волнение (*titillatio et hilaritas*). В такие минуты она обожает шутить, любит, если ее щекочут, и с большим удовольствием смотрит комедийные шоу и фильмы по телевизору.

Мука, ярость и страх – альтернатива веселой жизнерадостности, но случается такая альтернатива много реже. Она не выказывает *прозорливости* и жадности, как другие больные (Роландо П., Маргарет Э. и др.), не проявляет склонности к одержимости, горю, паранойе или мании. Мне не вполне ясно, чему можно приписать такой феномен: разнице в уровне нейронной организации, ее уравновешенному темпераменту или же строгому самоконтролю, – но ясно одно: миссис И., – практически единственная из наших чрезвычайно тяжелых постэнцефалитических больных сохраняет в целостности и сохранности свой «верхний этаж» (личность, отношения с людьми, мировоззрение и т. д.). Этот «этаж» безмятежен и свободен от вихреобразных понуждений и аффектов, которые происходят где-то внизу. Она испытывает очень сильные императивные позывы, но остается «выше» их. Ее аффекты не принимают характер невроза, а тики не превращаются в манерность.

5. *Организация, «уровень» и выключение тиков.* Ясно, что по своей природе тики миссис И. намного сложнее обычных паркинсонических подергиваний, судорожных метаний или резких порывов, а также сложнее бессвязных, «квазибесцельных» хореических и гиперкинетических движений, наблюдаемых у большинства людей, страдающих обычной болезнью Паркинсона на фоне длительного приема леводопы. Тики миссис И. *выглядят* в точности как целенаправленные действия или поступки, а не как подергивания, спазмы или простейшие телодвижения. Мы видим, например, вздохи, натужное пыхтение, фыркание, заламывание пальцев, откашливание, хватательные движения, почесывания, прикосновения к телу, царапание и т. д., причем все эти движения вполне могут быть частью репертуара нормальных жестов, ненормальность которых заключается в их непрерывном, импульсивном и «неадекватном» повторении. Мы наблюдаем также причудливые гримасы, жестикуляцию и особые «псевдодействия», которые при максимальном расширении значения этого слова ни в коем случае не могут быть названы нормальными. Эти псевдодействия, порой комичные, иногда гротескные, вызывают парадоксальное ощущение: вначале они кажутся проявлением (пусть даже и мистической) организации и целенаправленного поведения, и только потом мы начинаем понимать, что это не так (подобно движениям пляски святого Витта).

Именно такая странная видимость осмысленного действия, эта пародия смысла сбивает с толку наблюдателя (как кризы Лилиан У.). Но с другой стороны, миссис И. даже не пытается (или почти не пытается) использовать, рационализировать, манеризировать или ритуализовать свои тики – и в этом резко отличается от Майрона В., Мириам Х. и т. д.

Неиспользование тиков в таких целях означает, что миссис И. может спокойно сидеть (если можно так выразиться) в самом эпицентре своего тика, не обращая или почти не обращая на него внимания. Это защищает ее от одержимости или депривации, от опасности быть захваченной водоворотом тика, что уже превращается в манерность, аффектацию или надувательство – как случилось, например, с Марией Г.

Особую форму «соединения» и «расщепления» можно наблюдать в представленной у миссис И. альтернации «макротиков» (внезапных, невероятно бурных и массивных движений, или вспышек, которые способны в буквальном смысле слова выбросить ее из кресла или швырнуть на пол) и «микротиков» (множественных минорных тиков, мигания и мерцания отдельных, не связанных между собой тиков). Вообще стиль миссис И. склонен больше к микротикам в отличие от других наших пациентов, «специализирующихся» на грубых, ошеломляющих макротиках<sup>70</sup>.

6. *Связь тиков с поведенческими расстройствами.* Вероятно, я слишком вольно трактую термин «тик», описывая целостность ментально-соматических состояний, наблюдаемых у нашей больной. На фоне продолжающегося приема леводопы она проявляет все большую склонность к психологическому «расщеплению» на поведенческие фрагменты – дискретные, дифференцированные поведенческие формы. Так, она способна в течение минуты перепрыгнуть с особой манеры речи к особому паттерну дыхания, а от него – к откровенной одышке, и т. д. Все эти отрывки и фрагменты представляют собой не что иное, как целостно-стадийные аффективные и разнообразные, несмотря на индивидуальную законченность, аспекты поведения.

Можно легко заметить, что эти с виду бессмысленные «нефизиологические» перескоки несут на себе отпечаток поведенческого и драматургического, если хотите сценарного единства. Все они являются напоминаниями или аллюзиями один другому. Можно сказать, они передают друг другу, как эстафетную палочку, некое единое метафорическое содержание, а всему «я» миссис И. или ее поведению сообщают метонимическое родство. Они следуют друг за другом, подчиняясь той же логике, что и следующие друг за другом «свободные ассоциации» и, в точности как эти последние, обнажают под своей внешней «случайностью» или бессмысленностью референтную и прозревающую природу даже такого «примитивного» поведения.

7. *Фиксированные состояния и подвижные состояния.* Помимо вышеописанных нарушений у миссис И. бывали периоды, когда ее движения, речь и мышление выглядели абсолютно нормальными: эти «приступы» нормальности действительно носили пароксизмальный характер и были столь же непредсказуемы, как и нарушения. Когда она нормальна, не испытывает насильственных позывов и не скована неподвижностью, мы видим перед собой очаровательного, воспитанного и умного человека, понимая, насколько «неиспорченна» ее преморбидная личностная суть. Но самые нормальные, свободно протекающие периоды могут прерываться сами собой, без всякого внешнего побуждения и предупреждения, внезапным прекращением движения, речи и мышления. Тогда миссис И. застывает на месте, как героиня фильма в стоп-кадре. Такие «замороженные» состояния могут длиться краткие секунды или часы, и миссис И. не способна прервать их волевым усилием (хотя, по самой сути состояния, такие усилия в эти моменты не только невозможны, но и просто немислимы).

Эти приступы оцепенелой неподвижности заканчиваются спонтанно или от малейшего внешнего прикосновения или шума, и тогда миссис И. возвращается в нормальное состояние с плавными движениями, речью и течением мыслей<sup>71</sup>.

---

<sup>70</sup> Подобные «стили» тиков и «использование» их можно наблюдать у пациентов, страдающих синдромом де ла Туретта. Для некоторых больных характерны мелкие, непрерывные, «мерцающие» тики, у других же наблюдаются бурные, конвульсивные макротики. Некоторые пациенты рассматривают их или относятся к ним как к бессмысленным действиям, другие же, напротив, придают им (и, вероятно, вырабатывают) смысл и значение. Неврологи в данном случае говорят о противопоставлении «простых» и «сложных» тиков, но ясно, что это не дихотомия, а целый спектр, который берет начало в простейших автоматизмах самого низкого уровня и обычных конвульсиях до побуждений и поведения самого изошренного и эксцентричного сорта (см. Сакс, 1982).

<sup>71</sup> Тот факт, что самый незначительный из возможных стимулов – единственный фотон света или минимальный квант энергии – достаточен для снятия этого застывшего состояния, показывает нам, что эти состояния напрочь лишены инерции. Еще больше укрепляет нас в этой мысли факт практически мгновенного перехода, лучше сказать – перескока, от абсолютной неподвижности к плавному нормальному движению. Абсолютная неподвижность таких экстраординарных состояний в сочетании с их склонностью к внезапным фазическим трансформациям сама наводит на аналогию со стационарными состояниями

Эти состояния не обладают субъективной длительностью или продолжительностью. Они идентичны с «оцепенением», с которого у миссис И. началась манифестация заболевания. Из моих расспросов я вывел, что ее представление о себе и мире во время таких состояний отличается сверхъестественным качественным своеобразием. Так, все окружающее представляется ей очерченным, плоским и геометрически четким, похожим на мозаику или витраж. В такие моменты у больной полностью отсутствует представление или чувство пространства или времени<sup>72</sup>. Иногда такие оцепенения формируют мерцающее зрительное восприятие, похожее на восприятие слишком медленно движущейся киноплёнки, когда каждый кадр начинает восприниматься отдельно, не образуя цельной подвижной картинки<sup>73</sup>

---

и квантовыми перескоками, постулированными для атомных и электронных орбиталей. Действительно, резонно предположить, что в данном случае мы имеем дело с увеличенной моделью таких микроскопических феноменов – макроквантовыми состояниями, если будет позволительно и допустимо применить такой смелый неологизм. Такие лишённые инертности состояния стоят в абсолютном контрасте (и комплементарны) с положительными паркинсоническими нарушениями с их сильно выраженной инертностью и сопротивлением к изменениям, их невообразимым искажениям пространства и поля, ибо последние представляют собой уменьшенную модель галактических феноменов и могут быть обозначены как микрорелятивистские состояния. Рассуждения такого рода привели меня к мысли написать два года назад, что «наши данные не только доказывают несостоятельность классической неврологии, но дают нам форму представления новой нейрофизиологии квантово-релятивистского типа... в полном соответствии с концепциями современной физики (Сакс, 1972). Скажу больше: даже если подобные аналогии позволительны и плодотворны, то феномены, которые мы собираемся рассматривать в рамках новой концепции, чрезвычайно удалены от проблем обыденной жизни, настолько же, насколько удалены, на свой манер, атомы от галактик. Но это, по моему разумению, неинтересно и неверно. Думаю, огромный диапазон знакомых нам биологических явлений, от сил и форм выражения наших страстей до альтернатив оцепеневшего состояния и прыжков у насекомых, должен в равной степени согласовываться с анализом, проведенным в понятиях теории относительности и квантовой механики. Это настолько верно, что я поистине удивлен тем обстоятельством, что теория относительности и квантовый характер материи были открыты физиками, а не биологами задолго до них.

<sup>72</sup> «Эти состояния можно описать в чисто визуальных, зрительно воспринимаемых понятиях, сознавая при этом, что они поражают все мысли, все мышление и все поведение целиком. Застывшая картина не имеет ни истинной, ни направленной перспективы, она воспринимается как плоское соединение поверхностей по типу ласточкиного хвоста, или шипового соединения, или как строго упорядоченное построение из тонких плоскостей. Кривые вырождаются в последовательности дискретных, бесконечно малых отрезков прямых линий. Круг выглядит, таким образом, как многоугольник. Отсутствует ощущение пространства, плотности, массы или протяженности, нет чувства реального предмета, есть только представление о геометрическом месте сопоставленных надлежащим образом поверхностей. Нет ощущения движения и даже самой возможности движения, нет чувства процесса, сил или поля. В этом безупречном кристаллическом мире нет эмоций или катексии. Нет также чувства поглощенности, вовлеченности или внимания. Состояние таково, как оно дано нам, и его невозможно изменить. С возвышенной позиции неподвижного наблюдения больным являются поразительные, на наш взгляд, микроскопические видения или лилипутские галлюцинации, где пылинка, sewшая на покрывало, может занять все поле зрения и предстать перед внутренним взором больного как мозаика остро очерченных фасеточных поверхностей. В таком состоянии больной начинает видеть кружева и сети, и они воспринимаются уже не как знакомые формы, поскольку восприятие начинает фиксировать какую-нибудь одну точку на кружеве, которое воспринимается больным как бесконечное гало, плотное в центре и становящееся все более расплывчатым к невидимой и страшно далекой периферии...» (Сакс, 1972).

<sup>73</sup> По мере того как больной выходит из состояния кинематического зрения, мерцание или мигание становится более быстрым, до тех пор пока, при скорости мелькания около шестнадцати кадров в секунду, не достигается частота слияния мелькающих кадров – восстанавливается нормальное восприятие движения и континуальности пространства.

## **Конец ознакомительного фрагмента.**

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.