



БИБЛИОТЕКА  
ГУТЕНБЕРГА

Александр Граница

# БЕЗ КНИЖКИ ЛИ

КАК ПСИХИАТРЫ  
ВЫСТАВЛЯЮТ ДИАГНОЗ?

*Аванта*

Библиотека Гутенберга

Александр Граница

**Безумие ли? Как психиатры  
выставляют диагноз?**

«Издательство АСТ»

2018

УДК 616.89  
ББК 56.14

**Граница А. С.**

Безумие ли? Как психиатры выставляют диагноз? /

А. С. Граница — «Издательство АСТ», 2018 — (Библиотека  
Гутенберга)

ISBN 978-5-17-103836-6

Основная цель книги – борьба со страхом и предубеждением к больным с психическими расстройствами. С одной стороны болезни психики, «безумие» рождает необычный и противоречивый интерес, с другой – «сумасшествие» является настолько пугающим, что в общественном сознании рождается желание закрыться, удалить психически больных из жизни общества. С третьей стороны, некоторое невежество, рожденное страхом, приводит к определенным спекуляциям в этой области. Зачастую родственники больных обращаются к неврологам, психологам, а то и вовсе к экстрасенсам и шаманам, а к психиатру боятся идти. Но вовремя не оказанная помощь может привести к более худшим последствиям, чем необходимость числиться на учете. Данная книга поможет взглянуть на все эти проблемы и будет способствовать уменьшению стигматизации и предубеждений перед психическими расстройствами и психиатрией.

УДК 616.89

ББК 56.14

ISBN 978-5-17-103836-6

© Граница А. С., 2018  
© Издательство АСТ, 2018

# Содержание

Безумие ли?	6
Предисловие от автора или о чем и зачем эта книга	7
Глава 1	14
Заключение	21
Конец ознакомительного фрагмента.	24

# **Александр Граница**

## **Безумие ли? Как психиатры выставляют диагноз?**

© А. С. Граница, текст, 2018

© К. К. Хазеева, илл., 2018

© ООО «Издательство АСТ», 2018

## **Безумие ли? Как психиатры выставляют диагноз?**

Передо мной рукопись молодого врача-психиатра Александра Граница, написанная в стиле научно-популярного рассказа. Автор повествует о начале своей трудовой деятельности в психиатрической больнице, о сложных человеческих судьбах, о родственниках, в семьях которых есть больные, страдающие психическими расстройствами, о сложных вопросах диагностики, лечения «особенных» пациентов, о врачебных сопереживаниях, сомнениях, победах и поражениях.

Молодой врач очень хочет всем помочь, но, к сожалению, это не всегда удается, встречаются и врачебные ошибки. Перед глазами судьбы людей, длительно находящихся в стенах психиатрической больницы, часто обреченные на инвалидность, потерявшие профессию, семьи. Какие слова найти для них?

Автор по-философски рассуждает о специальности. Какой диагноз лучше? Шизофрения или биполярное расстройство? Вопросы дифференциальной диагностики всегда были сложными в психиатрии. А нужно ли вмешиваться? А как не навредить пациенту? Как решить его социальные проблемы? Получить врачебное удовлетворение, докопавшись до истины... а нужно ли это больному? (рассказ «Вечный двигатель»).

Автор живет профессией, через все рассказы проходит любовь к пациентам, желание вылечить, вернуть в семью. В рассказе «Он всегда улыбался» – трогательная история о человеке, жившем в «блаженном неведении» и, наверное, его счастье, что он не мог оценить даже горе, и продолжал улыбаться...

С душевным теплом А. Граница внедряется в вопросы врачебной этики. Как завоевать доверие? Быть чутким, проникательным, уметь подметить, расположить... Как сказать правду, часто горькую? Имеет ли врач право на ошибку?

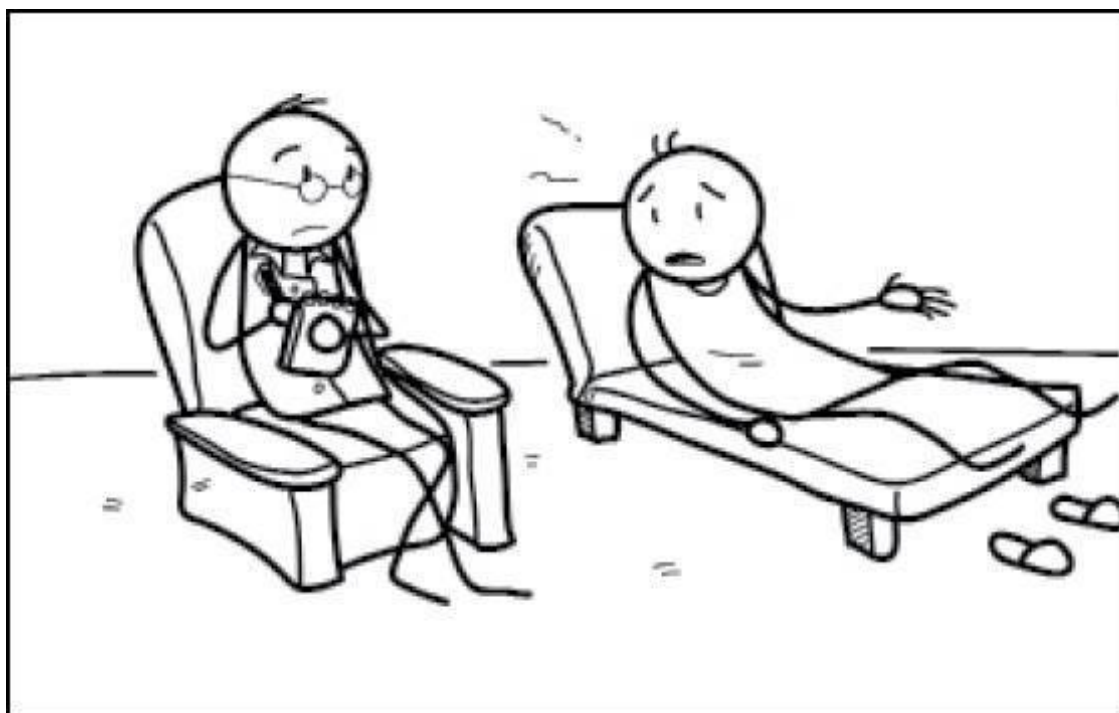
Каждый рассказ делится на две части. В первой автор описывает истории болезни, сложные синдромы рассматривает с психологической и психиатрической точки зрения. Многие жизненные ситуации вызывают сильный эмоциональный отклик, сострадание до отчаяния, часто печаль и даже слезы. Саморазрушение, трагедии... (рассказ «Водомерка»).

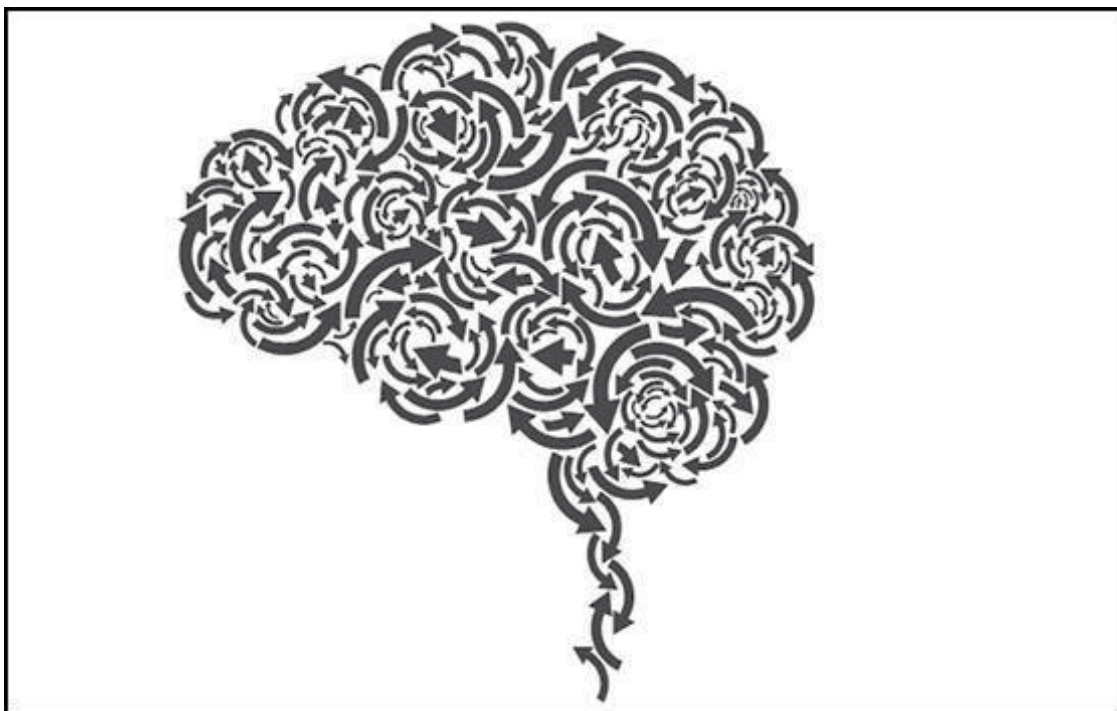
Вторая часть (заключения) – научная, здесь предлагаются определения психических болезней, их классификации, прогнозы. Соответственно меняется авторский стиль языка. Книга дополнена великолепными иллюстрациями молодого художника Хазеевой Камиллы. Они отражают внутренний мир героев и их переживания.

Несомненно, книга молодого автора увлекает легким изложением сложных конструкций психического расстройства, характерами и судьбами пациентов и научными заключениями. Книга будет интересна и понятна как специалистам, так и людям, не связанным с профессией врача-психиатра.

*Заслуженный врач РТ, к.м.н., главный внештатный врач-психиатр  
Республики Татарстан Т. В. Гурьянова*

## Предисловие от автора или о чем и зачем эта книга





Доброго времени суток, уважаемый читатель! Когда мы говорим о психических расстройствах и тех, кто ими занимается, всплывают профессии психиатра, психотерапевта и психолога. И часто происходит путаница. Психиатр – это врач, и он работает с пациентами, то есть людьми с психическими расстройствами, осуществляет диагностику и лечение, в основном медикаментозное. Психолог имеет психологическое образование, и, строго говоря, в процессе лечения он не участвует. Есть особая группа – медицинские психологи, которые помогают врачу-психиатру в диагностике психических расстройств, в психокоррекционной работе. И есть психотерапевты, с которыми тоже не все просто. Существует понятие врача-психотерапевта, который сначала прошел обучение на психиатра, а затем получил специализацию психотерапевта. Такие врачи работают с психическими расстройствами, применяя при этом особый метод лечения – психотерапию. И есть психологи, которые обучались подходам психотерапии, но не осуществляют ее в качестве медицинской деятельности, однако, могут участвовать в рамках психологического консультирования и психологической коррекции. И, конечно же, они не могут использовать лекарственные препараты, а используют особые методы работы с клиентами, которые применяются в выбранной ими школе психотерапии. Чаще всего психологи работают со здоровыми людьми, помогая им в приобретении необходимых навыков, личностном развитии, разрешении внутриличностных конфликтов. У меня два образования – медицинское психиатрическое и психологическое, поэтому я на многие ситуации могу смотреть с обеих точек зрения.

Многие мои коллеги говорят, что с детства мечтали стать врачами, играли в «медсестер» и «операции», а у меня этого не было. Мне хотелось быть полицейским, скульптором, экологом, но я не задумывался о профессии доктора. Все изменилось, когда я был девятиклассником. Мне хорошо помнится тот момент. Тогда мы отмечали с классом Новый год, и вот посреди праздника я заметил одну из одноклассниц, стоявшую в одиночестве и смотревшую в окно. Подойдя к ней, я увидел, что она была печальной, а по щекам струились слезы. Мы долго проговорили с ней, и вот по мере беседы слезы высохли, а на лице появилась улыбка. Я испытал невероятное чувство вдохновения от того, что моя поддержка и беседа помогли ей, и я для себя решил, чем хочу заниматься в жизни: помогать людям, делать так, чтобы у них высыхали слезы. И поэтому я пошел в медицинский университет.



После окончания я поступил в аспирантуру на кафедру медицинской психологии, параллельно работая в отделении сочетанной психической и тяжелой соматической патологии. Это отделение нашей клиники является специализированным. В него госпитализируют или переводят в случае, если наряду с психическим расстройством у пациента обнаруживаются серьезные соматические заболевания: травмы, пневмонии, обострения хронических внутренних болезней, онкологические заболевания и так далее. В каком-то смысле все разделы медицины встречаются в нашем отделении, не говоря уже о том, что через нас проходили пациенты всего психиатрического профиля. Я очень рад тому, что мне довелось работать там: я смог практически познакомиться со всеми отраслями работы врача-психиатра, к тому же знания, приобретенные за шесть лет лечебного факультета, не утрачивались, а применялись по назначению. Это было ценнейшим опытом в моей жизни.



Филипп Пинель

Но у работы в таком отделении есть и обратные стороны медали. Мне часто приходилось вести переговоры со специалистами других лечебных учреждений. И, к сожалению, нередко сквозило пренебрежительное отношение к мнению врача из психиатрической больницы. Каждый раз приходилось буквально завоевывать уважение со стороны врачей-соматологов, ведя диалог на близком к их уровню компетенций языке. Это требовало постоянной подпитки знаний, восполнения позабытого и изучения нового. Иначе с нашим мнением просто не считались. И такое отношение, граничащее с непризнанием другими дисциплинами психиатрии, как равной им отрасли медицины, часто давит на молодых психиатров, я наблюдал это у своих коллег и в своем опыте тоже. Это заставляет сообщество психиатров обособляться, закрываться, что лишь замыкает порочный круг.

Есть и другой аспект – отчуждение и страх со стороны общественности перед пациентами с психическими расстройствами. С этим я встретился не только среди обычных граждан, но даже среди коллег-врачей. И эта проблема имеет глубокие корни в стигматизированном отношении к таким пациентам. Хотя еще в 1792 году французский психиатр **Филипп**

**Пинель** (1745–1826) снял оковы с психически больных, а с середины XX века эффективно применяются психотропные препараты, безотчетный страх перед нашими пациентами остается. Психиатрическая больница до сих пор – это полузакрытое учреждение. И это несет определенный символизм того, что общество все еще отгораживается от них. Да, условия содержания и лечения пациентов сейчас соответствуют принципам гуманности, развиты системы социальной поддержки, но сама атмосфера отчуждения сохраняется. Может быть, мое мнение предвзято, но зачастую мои пациенты мне кажутся более открытыми и искренними, чем им приписывается. Да, есть болезнь, но кроме болезни остается и другая часть их личности и их жизни, и эта часть обнажается болезнью, становится уязвимой. В конце концов, именно больные сталкиваются один на один со своими ужасами и страданиями, врач помогает лишь облегчить их состояние, но по-настоящему помочь им может поддержка близких и отсутствие страха со стороны окружающих. И я не говорю об их беззащитности перед обманом, коварством и просто открытым вымогательством, с которыми нам, совместно с социальными работниками и юристами, приходится бороться. Эта стигма, на мой взгляд, проистекает из непонимания того, как и почему возникает расстройство. Чувство неопределенности порождает страх того, что психически больной непредсказуем, а значит опасен. Хотя, если изучить статистику совершенных правонарушений, пациентов с психическими расстройствами будет среди преступников минимальное число, гораздо больше преступлений совершается намеренно психически здоровыми людьми. Единственное, что можно этому противопоставить – это просвещение, придание огласки и большей открытости проблеме психических расстройств. И для этого написана данная книга.



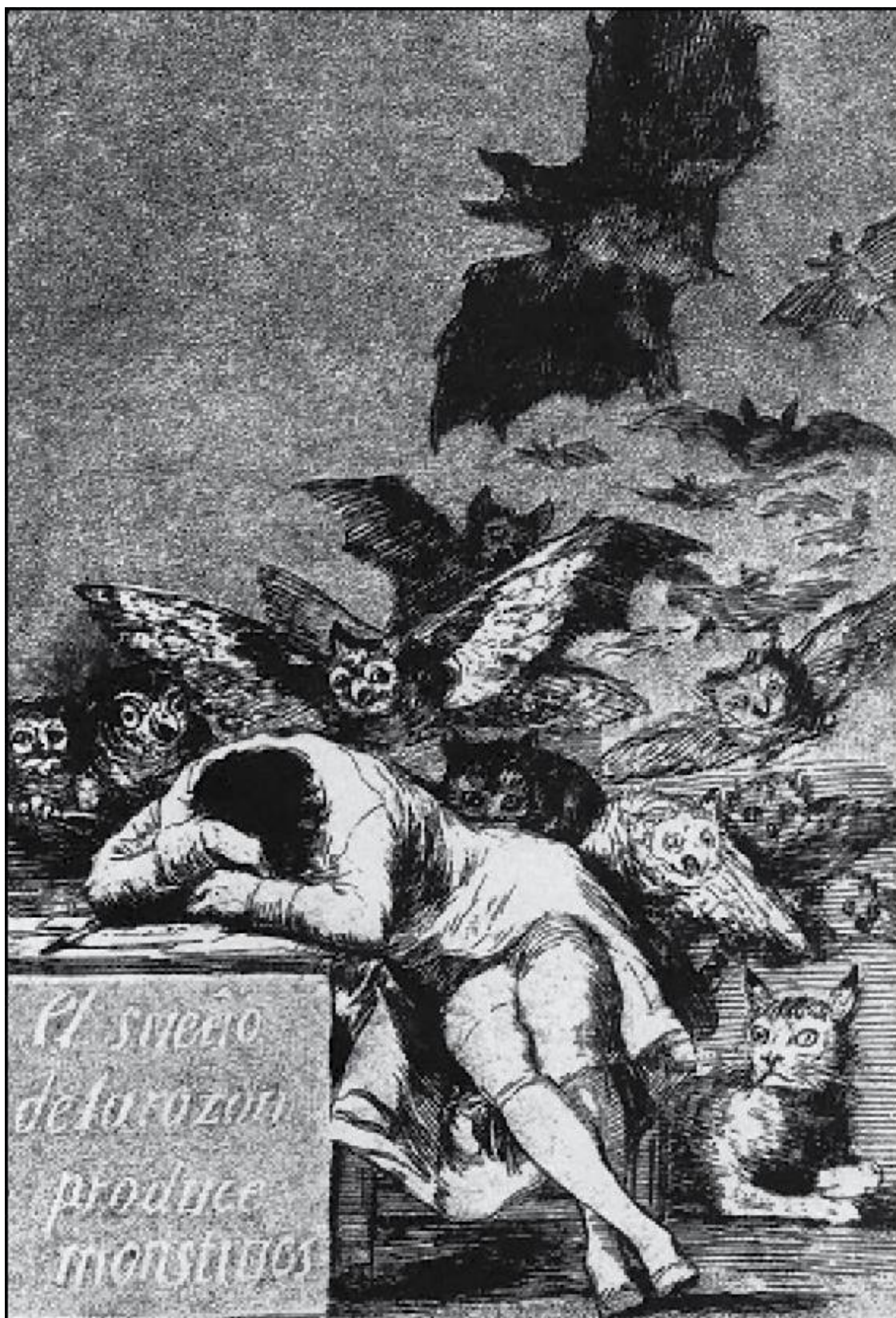
Филипп Пинель снимает цепи с больных  
Художник Тони Робер-Флери

Каждая глава рассматривает особую группу психических расстройств, особенности симптомов, течения и терапии заболевания. Структура глав построена так, что они разделены на две связанные части: художественную и медицинскую. Я очень надеюсь, что смогу показать

читателю мир психиатрии изнутри, чтобы каждый смог через описание клинических случаев, изложенных в несколько художественной манере, посмотреть на болезнь тем же взглядом, что и врач-психиатр. Оговорюсь, что все представленные истории содержат компиляции нескольких близких случаев, встреченных в моей практике, прочитанных в научной литературе и услышанных от коллег, и не являются дословными. Поэтому все совпадения с реальными историями скорее случайны, нежели намеренны. Это было сделано, с одной стороны, для более полного раскрытия ведущей проблематики главы, а с другой – для соблюдения врачебной тайны.

**Также призываю Вас не примерять прочитанное на себя!**

Среди студентов медицинского университета есть особый «синдром третьего курса», когда юные медики сталкиваются впервые с описанием болезней и начинают обнаруживать у себя буквально каждую из них, будь то чума, или шизофрения. В медицине, и особенно в психиатрии, границы здоровья и патологии очень зыбки, так что существует опасность увлечься избыточным поиском заболеваний у себя, даже когда реальных предпосылок для этого нет.



Вторая часть глав начинается со слова «заключение». Вы заметите, как меняется язык в ней. Эта часть более строгая и содержит теоретическую информацию по той проблеме, которой посвящена глава. Там вы встретите научный и исторический взгляд на заболевание, классификацию и признаки смежных состояний, более короткие описания новых клинических примеров, а также детальный разбор заглавного клинического случая так, как это происходит на

диагностических врачебных комиссиях. Такое разделение может вносить определенный диссонанс, но оно призвано позволить читателю самому делать выбор, соглашаться или нет с мнением героя историй – молодого врача-психиатра.

Кроме того, в каждой главе вы встретите иллюстрации, которые помогут вам при формировании внутреннего образа происходящего в этой истории. В книге встречается большое количество научной медицинской терминологии, которая может забываться, поэтому в конце книги можно найти алфавитный глоссарий с пояснениями.

Искренне надеюсь, что книга будет вам полезна и интересна, что она ответит на те вопросы, которые мы вынесли на обложку: безумие ли это, и как психиатры выставляют диагноз?

## **Глава 1**

### **Если у вас паранойя, это не значит, что за вами не следят**

*«Психической болезнью признается лишь то, что может быть таковой доказано».*

*К. Шнайдер*







Будучи и психиатром, и психологом, каждого пациента я стараюсь рассматривать с обеих точек зрения. Но вопрос, который очень часто решается однобоко, – психиатрами в пользу болезни, психологами, наоборот, как вариант нормы, – у меня всякий раз вызывает сомнения и внутренний диалог. В этой главе, открывающей данную книгу, мне хотелось бы показать, какие этапы рассуждений проходит врач-психиатр, когда к нему обращается пациент. Здесь и в последующем будут перемежаться истории из практической жизни моего литературного героя – молодого врача-психиатра, на примере которых я постараюсь проиллюстрировать специфику клинической работы, особенностей заболевания и его диагностики, с комментариями научного и клинического характера. И первую историю мне хотелось бы озаглавить так:

«Мне очень нравится работать по субботам. С одной стороны, в субботние дни тихо и спокойно: нет большого количества выписок, консультаций, врачебных комиссий и других медико-социальных вопросов. И потому утро наполнено размеренностью и какой-то доброжелательностью. С другой стороны, порой оно может радовать неординарными случаями.

Пролистав историю болезни поступившего прошлой ночью пациента, первое впечатление о нем у меня сложилось привычное. Соседи вызвали скорую помощь и участкового, жаловались, что пациент их «травит уайт-спиритом», обвиняет в преследованиях и мстит за «надуманное вредительство». Такие истории случаются часто, в основном с возрастными пациентами шестидесяти-восемидесяти лет. Живущие в одиночестве или редко общающиеся со своими родственниками, на фоне снижения возможностей памяти, они становятся подозрительными и могут винить окружающих в попытках причинения им ущерба.

Я пригласил пациента на беседу. В ординаторскую, медлительной и осторожной походкой, вошел высокий, худощавый, седой мужчина (ему было чуть больше шестидесяти). Нос его прикрывали опалового цвета очки, пуговицы пижамы были аккуратно застегнуты. Смотрел он выжидательно и несколько раздраженно. Сев на предложенный стул, он отвечал на мои вопросы, прерывая их собственными замечаниями. Его манера речи выдавала в нем хорошее образование и склонность к интеллектуальному труду. Уже много лет он жил один: родители скончались, и он остался в той же квартире, где началось его детство. У него было два высших образования в сфере инженерии и экономики. До пенсии и еще два года после он работал в разных организациях инженером-экономистом. А последние пару лет подрабатывал тем, что писал обзорные статьи по проблемам экономики и управления для интернет-журналов. Жил он замкнуто и не создавал впечатление конфликтного человека. Все это заставляло задаться вопросом, как же он очутился в психиатрической больнице.

Чего и он до конца не понимал сам. Из его слов выходило, что он вызвал участкового полицейского к себе домой, а вместе с ним «почему-то приехала психиатрическая бригада». Он рассказал, что уже несколько лет у него имеется конфликт с жильцами квартиры нижнего этажа. Предыдущий владелец, с его слов, периодически пытался ему «вредить»: отключал электричество, пускал неприятные запахи через щели в полу. Был период, когда пациент даже видел дым из половых щелей, словно кто-то намеренно накуривал сигаретный дым в них, приходилось заливать пол водой, чтобы это прекратить. У них с соседом были неоднократные конфликты по этому поводу. Но полгода назад наступило некоторое облегчение – тот сосед переехал и вселился другой. Но и с ним, пациент искренне разводил руками в этот момент, началась та же катавасия: стуки в дверь, громкая музыка, инородные запахи в полу.

На этом история не остановилась. В течение двух последних недель начали происходить пугающие вещи. Сначала это были громкие стуки в дверь. Пациент боялся подходить, так как половицы скрипели, а выдавать своего присутствия не хотелось. Затем после таких стуков ему отключили электричество через подъездный щит. «Видимо выманить меня из дома хотели», – прокомментировал он. А однажды на дверном глазке обнаружилась наклепленная жевательная резинка.

«Понимаете, доктор, был бы я моложе или жил не один, я бы может и открыл, но так – мне боязно», – говорил он. Далее он рассказал, что эпизод со жвачкой стал последней каплей, и он решил вызвать участкового полицейского. Но когда тот пришел, а пациент начал ему объяснять текущую ситуацию, полицейский вызвал бригаду скорой помощи.





Такая история заставляет сомневаться. Отчасти это похоже на правду. Уже немалодому, одинокому человеку в таких условиях действительно стоит опасаться открывать двери незнакомцам. Если, конечно, источники стука были реальны. Тогда я спросил про «уайт-спирит» и попытки мести.

«Я затеял ремонт, – ответил он. У меня стены и двери в комнатах покрашены масляной краской. Местами краска облупилась, надулись пузыри. Вот и приходится их оттирать. Я беру «уайт-спирит» и скребком оттираю».

Опять же, бывает и такое. Соседские отношения не всегда доброжелательные. Какие-то мелкие недовольства могут копиться, могут иметь реальную основу, и когда не способны разрешиться самостоятельно – идут обращения к участковому. Мы договорились с ним, что я постараюсь разобраться в сложившейся ситуации, но ему придется потерпеть до понедельника, когда придут заведующий отделением и заместитель главного врача. Он был не против.

Я снова открыл историю болезни. Из рапорта участкового следовало, что его вызвали соседи моего пациента по лестничной площадке. Значит, это не те, на конфликт с которыми грешил он. Причина вызова психиатрической бригады была в «неадекватности поведения и агрессивности». А кому же понравится, когда ты вызываешь полицейского, чтобы он тебе помог, защитил, а он зовет санитаров?

Далее были приклеены два заявления от соседей. Как я понял, с той же лестничной площадки. Из заявлений выходило, что уже несколько месяцев он их «травит уайт-спиритом», а на контакт при просьбах это прекратить не идет. К счастью, в обоих случаях были указаны номера телефонов соседей. Я позвонил по первому из них. Трубку сняла пожилая женщина, отвечавшая с татарским акцентом.

Она рассказала, что знала еще его родителей, когда они переехали в этот дом. Дом был старый, а половицы – и вправду деревянные. По характеру она описывала его замкнутым и необщительным. Особенно после смерти родителей он практически ни с кем из жильцов не разговаривал, а старался отвернуться или прошмыгнуть, если все же попадался навстречу на лестнице. Порой она замечала, что он разговаривал на улице без собеседника. Сквозь тонкие стены иногда слышалась нецензурная брань, но только его же собственным голосом. И в короткие редкие беседы он жаловался на квартиру снизу. Именно поэтому, считала она, пациент разливал «уайт-спирит», пытаясь отомстить. Когда терпение лопнуло, она вызвала участкового полицейского.

Участковый приходил не единожды. Он стучал в дверь, но ему никто не открывал. Он пытался застать пациента дома, но всякий раз наталкивался на запертое и молчаливое дерево. Ему предложили отключить электричество в подъездном щите – выманить из квартиры для разговора. Но никто не вышел, никто не открыл, никто не подходил к порогу. Может быть, уехал? Чтобы проверить эту версию полицейский решил прилепить жевательную резинку на глазок – если он здесь, то отлепит. И правда, жвачки уже не было на прежнем месте – она оказалась в следующий день на дверном глазке соседей снизу. А в квартиру его так и не пустили. В конце концов, сам любитель «уайт-спирита» пригласил участкового принять меры и, наконец, прекратить эти «злоумышленные долбежки» в его квартиру. Вместе с ним-то и приехала бригада.

Я положил телефонную трубку. И смех и грех, как говорится. Выходил каламбурный случай, когда природная мнительность встретила реальные поводы. И что мне было делать? С такой точки зрения делать ему в психиатрической больнице нечего. Однако были небольшие шероховатости, которые требовалось изучить.

С точки зрения феноменологического подхода в психиатрии одно и то же явление можно интерпретировать либо как симптом, либо как вариант своеобразной нормальности. Опасения-фобии, подозрительность-паранойя, грусть-депрессия. С одной стороны, можно усмотреть вполне объяснимые действия и рассуждения в истории моего пациента: одинокий, некрепкий мужчина, склонный к опасениям и страхам, преувеличению конфликтности и злого умысла действий других людей – соседей. И его реакции вполне объяснимы в таком случае. Как однажды сказал заместитель главного врача, который курирует наше отделение: «если у вас паранойя, это не значит, что за вами не следят». Однако его устойчивая настроенность и тен-

денция к объяснению ситуации, как проявления недоброго отношения к нему со стороны жильцов одной и той же квартиры, а также указание на склонность беседовать без собеседника предлагали иную интерпретацию.



Уайт-спирит – бензин-растворитель, применяется, главным образом, для разбавления и удаления краски.

Большую часть жизни он работал по профессии, которая предполагала наличие достатка. Он мог позволить себе приобрести другую квартиру, завести семью. Вместо этого он продолжал замкнуто вести свою жизнь. У него не было друзей, не было стремлений и амбиций к достижению большего. Мир чисел и строительных планов его вполне устраивал. Родители – пока они были живы – видимо, составляли все его социальное окружение. Он сам говорил мне об этом. Необходимости в других людях он не испытывал. Это было связано и с его недоверием к ним. У подобного склада характера часто присутствует убеждение, что другие люди враждебны, хотят причинить вред. Он не мог вспомнить, когда чувствовал сильную привязанность, даже смерть сначала отца, затем матери он перенес достаточно легко. Переживал, тревожился за себя, иногда раздражался, по-тихому радовался. Но все эти эмоции были, скорее, отголоском работы его рассудка. И если его подозрительность и аутичность, относительная «холодность» в отношении других людей и собственных переживаний еще не были проявлением психического заболевания сами по себе, то они вносили вклад в понимание расстройства, так как были и другие симптомы, которые трудно отнести к проявлению нормы.

В беседах он рассказал, что соседи на двух этажах – сверху и снизу – являются «наркоторговцами», что они занимаются производством наркотиков, и дым, который он видел у себя в квартире, на самом деле был от их «производства». С его точки зрения, именно это и стало причиной конфликтного отношения с ним. Он называл их «синдикатом», считал преступной группой. Когда уехал первый сосед снизу, сменивший его человек тоже был включен пациентом в этот «синдикат». Хотя со слов других соседей (я тоже расспросил их по телефону), это были обычные семьи, которые снимали жилье в этом доме. Он считал, что они создали устройство, способное отключать электроприборы. Правда оно было слабым и отключало только его

старый радиоприемник, на компьютер и телевизор «мощности не хватало». «Несколько лет назад я придумал его, написал чертеж, и он был только у меня на компьютере. Они как-то смогли выкрасть и построить его и направили против меня». Наши попытки разубеждения, демонстрации сложности таких действий, нелогичности, вводили его в некоторое замешательство, но все равно от этих идей он не отказывался. В то же время, ответить, почему они делают это именно с ним, а не с другими соседями, в чем его исключительность, он не смог. Это было похоже на бредовые идеи – стойкие ложные убеждения, которые невозможно преодолеть. Такая бедная симптоматика указывает на проявление паранойяльного синдрома.

Дополнительное обследование у невролога, ЭЭГ, ЭхоЭГ не выявили серьезных нарушений. Медицинский психолог обнаружил склонность к формированию латентных связей между явлениями и мнительность как черту личности. Затем мы провели врачебную комиссию, где изучали этот случай с заместителем главного врача и заведующим отделением. Его замкнутость, подозрительность, холодность мы стали рассматривать через призму проявлений болезни. Ложные идеи преследования со стороны соседей, как проявление психотической бредовой продукции. Тем не менее, не было **галлюцинаций**, не было развернутых идей преследования, которые бы поражали своей нереалистичностью и вычурностью (то, что характерно для параноидного синдрома). Это было близкое к границам нормы психическое расстройство – **паранойяльная шизофрения**. И хотя было искажение реальности, все-таки не все события этой истории были вымышленными. Через две недели лечения его негативный настрой в адрес соседей стал меньше. И хотя его мнительность никуда не делась, но теперь он уже не хотел продолжения конфликта».

## Заключение

В этой истории мне хотелось продемонстрировать, что грань между реальностью и болезненным вымыслом пациентов с психическими расстройствами крайне тонка. Особенности работы психики могут приводить к их попаданию в необычные, иногда нелепые ситуации. Но сами по себе эти события не являются проявлением их болезни.



Карл Ясперс

Феноменологический подход пришел в психиатрию из философии конца XIX – начала XX века и для психиатров он связан, прежде всего, с именем немецкого врача и философа **Карла Ясперса** (1883–1969). Основной принцип феноменологии в том, что каждого пациента нужно рассматривать не с позиции выявления симптомов, а стараться проникнуть в суть его переживаний, посмотреть на мир его глазами. Только такой подход – понимающей психиатрии – позволит врачу отличить, что есть симптом заболевания, а что проявление личностных особенностей человека. Психиатрия, особенно в эпоху постмодернизма, часто сталкивалась с тем, что норма и патология могли быть схожими в своих проявлениях, а отличить одно от другого – не простая задача. Попробуем пояснить это на нескольких примерах.

**Иррациональность или бред?** Когда мы (в данном случае речь идет не только о врачах-психиатрах) оцениваем слова другого человека, мы во многом опираемся на внутреннюю согласованность его идей, логичность их структуры и аргументированность доказательств, которые он приводит, чтобы убедить нас. Инструмент логики лежит в основе рационального мышления, и хотя он не общепринят как ведущий способ познания, все же именно он является основой для принятия наших решений. Отсюда вытекает важное отличие при разграничении здорового и больного мышления – у пациентов с психическими расстройствами возникает рассогласованность их логических конструкций.

Они могут наполнять их ненужной детализацией, нарушая процессы выделения главного и второстепенного (такое встречается при **органическом расстройстве личности**). Могут пропускать отдельные звенья цепочки рассуждений или введение доказательств, основывающихся на косвенных, скрытых признаках (такие особенности мышления характерны для шизофрении). Или внешне ненарушенное мышление может быть наполнено иррациональными убеждениями, искажающими реальность (иррациональные верования могут лежать в основе развития невротических состояний). И при работе с психическими особенностями врачу-психиатру приходится отвечать для себя на вопрос – что он перед собой наблюдает? Проявление бреда или своеобразный образ мышления? Иррациональность зачастую является важной частью культурного пространства, суеверия демонстрируют качественное своеобразие семьи, субкультуры или даже целого народа. Даже в XXI веке мы склонны переходить на другую сторону дороги, если ее перебежала черная кошка, стучим по дереву или связываем упавшую ложку с приходом гостей. До сих пор существуют практика обращения к экстрасенсам, боязнь наложения порчи и борьба с призраками. Особенность работы психиатра с точки зрения феноменологии в том, чтобы принять мировоззрение пациента, не осуждая его, но разграничивая культуральное влияние и болезненные изменения. В таком контексте даже самая, на первый взгляд, иррациональная идея не будет расцениваться, как бредовая. Бред – это ложное умозаключение, не поддающееся разубеждению и не свойственное данной культуральной среде. Несмотря на всю бездоказательность с точки зрения научных методов познания, а зачастую и здравого смысла, невзирая на стойкость этих верований, психиатр не имеет права называть бредом боязнь порчи, или черной кошки, или старухи с пустым ведром сами по себе. Так же как и вера детей в Деда Мороза, культивируемая в нашем обществе, не будет считаться проявлением психического расстройства, ведь она является неотъемлемой частью наших традиций.

Но что же тогда считать бредом и как его распознать? Здесь психиатру-диагносту придется столкнуться с несколькими задачами. Во-первых, изучить структуру идеи, те внутренние связи, которые подразумеваются в ходе рассуждений человека, есть ли там внутренние рассогласования, пропуск важных звеньев цепочки рассуждений или необычная логика. Во-вторых, понять, насколько эти идеи и их последствия связаны друг с другом. И в-третьих, оценить возможность их критичной переоценки. Так, на вопрос о том, почему стоит опасаться, если черная кошка перешла дорогу, можно услышать ответ: «мне говорили с детства, что черная кошка предвещает неудачу, если я пойду другим путем, который кошка не перебежала, я смогу избежать неудачи». Основа иррациональности данной идеи находится в убеждении о связи между событием – кошкой – и неудачей. Ведь существенных доказательств этой связи нет, кроме одного – мнения других людей, которое закладывается с детства, воспитывается и сохраняется. Можно и дальше рассуждать о том, насколько достоверна эта идея, и рассуждения будут уводить все дальше в необходимые условия, по которым ей можно было бы доверять. Например, доказать существование универсального закона, что субъективно неблагоприятное стечение вероятностей – невезение – способно подавать сигналы из своего вероятного будущего в прошлое в форме знака – черной кошки – и только ее. Однако для изучения верований нашего исследуемого это не нужно. Достаточно понимания, что оно базируется на простых закономерностях – дети склонны доверять взрослым, люди склонны доверять мнению большинства. И то и другое является проявлением нормальной работы психики, во многом обусловленной нашим биолого-социальным происхождением. Ребенок доверяет взрослым, поскольку они являются его проводниками в изучении окружающего мира. Конформизм важен для обеспечения взаимодействия в социуме. И с этой точки зрения само следование этому иррациональному убеждению о черной кошке нельзя признать рассогласованным или выходящим за рамки нормального функционирования человеческой психики. И действия, которые идут вслед за этим – выбор другого маршрута в попытке избежать неудачи – последовательны и вытекают из этого убеждения. И их можно считать логичными.

Вот иной пример. Пациент утверждает, что за ним следят. Этот вывод он сделал исходя из того, что мимо его дома проехали восемь красных машин. На вопрос, считал ли он другие машины, он отвечает – «нет». Была ли это одна и та же машина? Он отвечает – «разные». Почему именно красные машины связаны с возможностью слежки? Он отвечает: «потому что их было целых восемь». Доказать существование слежки с помощью красных машин возможно, если получится увязать в закономерность, например, что следящие за ним люди выбирают только красные машины. Однако пациенту этого не нужно. Мы можем предположить, что его разум избирательно вычленил красные автомобили (возможно, в силу яркости окраски) и запомнил только их. На основании этого было выведено, что встречи с красными машинами стали чаще. И каждый последующий проезд лишь вносил степень убеждения в этом правиле. Избирательное запоминание и избирательное внимание – это нормальное психологическое явление. Мы обращаем внимание и в последующем запоминаем то, что кажется актуально важным, вызывающим эмоциональные реакции или ожидаемым. Это работает и в случае с пациентом. Та же избирательность. Но его разум был направлен на поиск возможных признаков слежки. И тогда важный вопрос, который задаст психиатр: «Почему за Вами могут следить?». Ответы могут быть разными: «я обладаю уникальной силой, я перешел дорогу не тем людям, я важен для специальных служб и прочее». Мы не будем оценивать здесь каждый из них, отметим только, что именно эти убеждения являются основой для формирования идеи «за мной следят», а доказательством будут машины. Хотя случается и обратная система. Пациент может избирать необычные с его точки зрения явления – например, повышение частоты встреч с красными автомобилями – это будет создавать и укреплять в нем чувство необычайности происходящего. И затем уже вторично он будет пытаться объяснить себе это своей уникальностью и преследованием за нее. Здесь психиатр был бы склонен к толкованию идей как бредовых.

## **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.