

Бestseller в России

Новое,
дополненное
издание

С ума сойти!

Путеводитель по психическим
расстройствам для жителя
большого города

Дарья Варламова
Антон Зайниев



альпина
ПАБЛИШЕР

**Дарья Варламова
Антон Зайниев**

С ума сойти! Путеводитель по психическим расстройствам для жителя большого города

*Текст предоставлен правообладателем
С ума сойти! Путеводитель по психическим расстройствам для
жителя большого города: Альпина Паблишер; Москва; 2022
ISBN 9785961442946*

Аннотация

Психические заболевания встречаются гораздо чаще, чем кажется: по статистике ВОЗ, каким-то из них хотя бы раз в жизни страдал каждый четвертый. При этом большинство людей плохо понимают, как работает психика и почему она ломается. И, столкнувшись с депрессией, тревожным расстройством или какой-то другой проблемой, отрицают ее или пытаются решить неподходящими способами. Как разобраться в странных симптомах и помочь себе и близким?

Перед вами новое, дополненное издание бестселлера Дарьи Варламовой и Антона Зайниева. С проблемой ментальных расстройств авторы знакомы не понаслышке. Оба столкнулись с клинической депрессией и нехваткой адекватной информации об

этом. Они перерыли ворох научных публикаций, поговорили со специалистами и в итоге написали книгу, получившую премию «Просветитель» и заслужившую большую популярность среди российских читателей.

В новом издании книги авторы добавили информацию о свежих исследованиях и передовых методах лечения психических заболеваний, а также комментарии научного редактора. А еще написали отдельную главу про обсессивно-компульсивное расстройство. Так что из книги по-прежнему можно получить самые актуальные знания про расстройства психики, которые помогут не сойти с ума.

Для кого

Всем, кто столкнулся с нарушениями психики и хочет понять, что с этим делать.

Содержание

Предисловие научного редактора	8
Введение	10
Глава 1	17
Где заканчивается психическая норма	17
Над кукушкиным гнездом: неудобные вопросы психиатрии	46
Как разложить психику по полочкам	59
Конец ознакомительного фрагмента.	63

**Дарья Варламова,
Антон Зайниев**

**С ума сойти! Путеводитель
по психическим
расстройствам для
жителя большого города**

Научный редактор *П. Бесчастнов*

Главный редактор *С. Турко*

Руководитель проекта *Е. Кунина*

Корректоры *Е. Аксёнова, Т. Редькина*

Компьютерная верстка *М. Поташкин*

Дизайн обложки *Ю. Буга*

Использованы иллюстрации из фотобанка [shutterstock.com](https://www.shutterstock.com)

© Варламова Д., Зайниев А., 2016

© ООО «Альпина Пабlishер», 2022

* * *

**Дарья Варламова
Антон Зайниев**

С УМА СОЙТИ!

**Путеводитель по психическим
расстройствам для жителя
большого города**

Новое, дополненное издание



Все права защищены. Данная электронная книга предназначена исключительно для частного использования в личных (некоммерческих) целях. Электронная книга, ее части, фрагменты и элементы, включая текст, изображения и иное, не подлежат копированию и любому другому использованию без разрешения правообладателя. В частности, запрещено такое использование, в результате которого электронная книга, ее часть, фрагмент или элемент станут доступными ограниченному или неопределенному кругу лиц, в том числе посредством сети интернет, независимо от того, будет предоставляться доступ за плату или безвозмездно.

Копирование, воспроизведение и иное использование электронной книги, ее частей, фрагментов и элементов, выходящее за пределы частного использования в личных (некоммерческих) целях, без согласия правообладателя является незаконным и влечет уголовную, административную и гражданскую ответственность.

Предисловие научного редактора

Меня как врача-психотерапевта и психиатра часто просят порекомендовать, что почитать дельного на тему устройства мозга и болезней психики. Это всегда вызывает затруднения, потому что на русском адекватной литературы удручающе мало, хороший научно-популярный текст найти очень сложно. Есть тексты научные, но они понятны только специалистам. И есть множество книг по популярной психологии, но они часто рассчитаны на совсем уж непритязательного читателя. А вот золотой середины – качественного и умного рассказа простым языком о сложных вещах – в общем-то и нет.

Теперь в коротком списке научно-популярных изданий о психиатрии стало на одну книгу больше. Современные представления о психических болезнях разложены в ней по полочкам. Разумеется, авторы не касались всего разнообразия психопатологии, но такой задачи перед ними и не стояло. Здесь описаны основные психиатрические «хиты» – депрессия, тревожность, биполярное расстройство, шизофрения, синдром Аспергера, некоторые расстройства личности. Описаны со знанием дела, максимально понятно и доступно, но без упрощений и искажений. Материал представлен на уровне привлекательном не только для интересующихся любителей, но и для молодых специалистов. Думаю, даже и профессиональные психиатры могут найти тут любопытное для се-

бя.

То есть, если вам интересно, как устроена психика, как и почему она ломается и что по этому поводу можно сделать, каковы актуальные воззрения на вопросы психического здоровья и патологии, эта книга будет вам полезна.

Павел Бесчастнов, психотерапевт, психиатр
(stelazin.livejournal.com)

Введение

Зачем мы написали эту книгу



Наше общество устроено парадоксально. Здесь считается нормальным жаловаться в ответ на риторический светский вопрос «Как дела?» или сидеть в общественном транспорте с мрачным видом человека, чья жизнь давно потеряла всякий смысл, — и в то же время совершенно не принято открыто обсуждать серьезные вопросы психического здоровья. Популярная психология нашла пристанище в блогах и социальных сетях, многие читатели которых, несмотря на старания нескольких компетентных блогеров, до сих пор так и не поняли разницы между соционикой и официальной психоло-

гической наукой, не говоря уже о психиатрии. Попытки профессионалов объяснить самые простые понятия широкому кругу неспециалистов часто приводят к тому, что последние начинают заниматься кухонной диагностикой: «Это у тебя, Вася, нарциссизм». Но поход к психотерапевту до сих пор считается у нас показателем позорной слабости духа – дескать, нормальный человек свои проблемы должен решать сам.

Параллельно в нашем сознании существует целый пласт разнообразных мифов и образов, связанных с «подлинным» безумием: от страшилок про Кашенко и карикатурных образов из «Кавказской пленницы» до дьявольски обаятельного психа Николсона в «Сиянии» и (для продвинутых) записок остроумного невролога Оливера Сакса о человеке, принявшем жену за шляпу. Но между этим фантазмагорическим миром и биографией среднестатистического обывателя нет (и не может быть) ничего общего: подобные ужасные вещи, конечно, с кем-то случаются, но только не с такими аккуратными, здоровыми, уравновешенными людьми, как мы. В представлении большинства психическая норма – нечто незыблемое, вроде двух рук и двух ног. Теоретически, конечно, можно потерять конечность, но только в экстремальных обстоятельствах. В любых других случаях ей ничего не угрожает – как и нашему рассудку. Мир Канатчиковой дачи так же далек от нас, как гнездо пиратов на Сомали или будни сицилийской мафии.

Но что, если – чисто гипотетически – допустить, будто обычный россиянин (скажем, учитель, медсестра или офис-менеджер) вдруг может заболеть серьезным психическим расстройством? Как с этим справиться? Как не потерять трудоспособность? Как объяснить родным, что с тобой происходит? Как самому это понять? Как научиться отличать объективную реальность от странных продуктов своего сознания? И наконец, есть ли способ принять мысль о том, что ты теперь «не такой, как все»?

Звучит словно катастрофа, не правда ли? И лучше бы нырнуть обратно в утешительную иллюзию, что ни с кем из «нормальных» людей ничего подобного не случится, – но, к сожалению, ни психиатры из развитых стран, ни Всемирная организация здравоохранения не разделяют подобного оптимизма. За неимением качественных данных по России воспользуемся американской статистикой: из ста семей болеют депрессией¹, трое – биполярным расстройством², один – социопат³ и один имеет большие шансы стать шизо-

¹ Center for Behavioral Health Statistics and Quality. (2015). Behavioral health trends in the United States: Results from the 2014 National Survey on Drug Use and Health (HHS Publication No. SMA 15–4927, NSDUH Series H 50). Retrieved from <http://www.samhsa.gov/data/>.

² Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of twelve-month DSM – IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). Archives of General Psychiatry, 2005 Jun; 62(6): 617–27.

³ Lenzenweger MF, Lane MC, Loranger AW, Kessler RC (2007). DSM – IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Biological Psychiatry, 62(6), 553–564.

фреником⁴. В общем, вероятность не так уж и мала: 14,9 % мужчин и 22 % женщин в ближайший год столкнутся с каким-либо расстройством психики⁵.

Авторы этой книги тоже долгое время были уверены, что психические расстройства очень редки и почти любой разлад между внутренним миром и окружающей реальностью можно решить усилием воли. До тех пор, пока оба не заболели (в разное время) клинической депрессией. В течение месяцев постоянной борьбы за нормальную работоспособность и возможность получать удовольствие от жизни мы узнали много нового и неожиданного о том, как работает наш мозг и какие неприятные сюрпризы он способен подкинуть. Мы пообщались с психиатрами и людьми с другими психическими расстройствами и поняли, что «изнутри» такие болезни выглядят совсем не так, как со стороны. Подробной, хорошо систематизированной и читабельной информации на русском языке на эту тему не так много. Поэтому мы решили провести психологический ликбез и написать книгу о том, как работает наша психика, почему она «съезжает с кату-

⁴ Regier DA, Narrow WE, Rae DS, Manderscheid RW, Locke BZ, Goodwin FK. The de facto mental and addictive disorders service system. Epidemiologic Catchment Area prospective 1-year prevalence rates of disorders and services. Archives of General Psychiatry. 1993 Feb; 50(2): 85–94.

⁵ Center for Behavioral Health Statistics and Quality. (2015). Behavioral health trends in the United States: Results from the 2014 National Survey on Drug Use and Health (HHS Publication No. SMA 15–4927, NSDUH Series H 50). Retrieved from <http://www.samhsa.gov/data/>.

шек» и что важно знать о своем здоровье.

Наверное, это первая российская книга о психических расстройствах, написанная пациентами. Мы отдаем себе отчет в том, что не являемся профильными специалистами в этой области, но надеемся, что живой интерес, личный опыт и консультации с профессионалами помогли нам написать книгу, корректную с точки зрения науки и одновременно интересную для простого читателя. Подчеркнем: это не страшилка для любителей пощекотать нервы. Мы просто хотим поделиться самыми необходимыми сведениями о наиболее распространенных психических расстройствах. Систематизируя эту информацию, мы сверялись с научными статьями, книгами и мнением специалистов, чтобы не увлекаться описаниями причудливых симптомов и ужасных последствий в ущерб реальности и здравому смыслу. Мы не даем готовых рецептов излечения, но помогаем понять, что представляет собой болезнь. Кроме того, нам очень хотелось бы изменить отношение нашего общества к психическому здоровью в целом.

Ведь, во-первых, любой образованный человек должен хотя бы отчасти понимать, по каким законам работает его организм, в том числе и мозг. И относиться к психическим заболеваниям стоит без суеверного страха – а так, как относятся к астме и диабету: здраво и вдумчиво. Во-вторых, непонимание внутренней логики психических расстройств обуславливает предубеждение против больного со стороны

окружающих или просто неумение с ним взаимодействовать. Страждущим приходится либо маскировать свое состояние, тратя на это огромные психические ресурсы, либо постоянно чувствовать к себе настороженное отношение других, осуждение близких, часто менять места работы. Между тем многие из этих проблем можно решить, повышая психиатрическую грамотность населения.

За рубежом существует огромное количество разных ассоциаций и сообществ, занимающихся поддержкой больных психическими расстройствами. Несмотря на то что и там к ним порой относятся неоднозначно, очень большое внимание уделяется тому, чтобы такие люди комфортно чувствовали себя в обществе и могли полноценно самореализоваться. Хотя гений и «безумие» не настолько тесно связаны, как принято считать, среди людей с психическими заболеваниями много ярких талантов: Стивен Фрай, Хью Лори, Кортни Лав, Дэн Экرويد, Кэтрин Зета-Джонс и другие знаменитости страдают от заболеваний, описанных в книге. Так что психиатрический диагноз – еще не конец, а лишь начало новой жизни, полной неожиданных вызовов, но при должном отношении не менее продуктивной и насыщенной.



Глава 1

В безумии есть свой метод, или Откуда берутся расстройства



Где заканчивается психическая норма

Перед тем как начать разговор о «ненормальности», стоит разобраться в том, что такое психиатрическая норма и как она определяется. Люди, плохо знакомые с психиатрией, рассуждая на эту тему, рискуют впасть в две крайности. Первая: верить, будто психическое расстройство – это когда слышат

голоса и видят чертей, а страхи и депрессии – это так, по мелочи, всего лишь «нервы». Так полагает большинство из тех, кто готов общаться с психиатром только лишь тогда, когда уже не останется сил встать с кровати, а в голове начнут звучать инопланетные голоса (хотя, честно говоря, на этапе инопланетных голосов человек обычно уже не в состоянии критически оценивать свою адекватность и к психиатру обращаются его близкие или соседи). Подобным представлениям у нас, к сожалению, способствует и историческая память о советской карательной психиатрии – постановка на учет до сих пор воспринимается как приговор (хотя по современным российским законам – пусть они и далеки от идеала – наличие диагноза необязательно сильно ограничивает возможности человека, и мы об этом позже еще поговорим).

Вторая крайность: считать, что у эксцентричного человека наверняка не все в порядке с головой. Странное и вызывающее поведение часто побуждает окружающих ставить любительские диагнозы, а иногда и простое несогласие с «единственно правильным» мнением категоричного человека может привести последнего к мысли, что вокруг одни психопаты и шизофреники. Частенько достается людям искусства – например, творчество Петра Павленского у многих вызывает подозрения, хотя психиатрическая экспертиза несколько раз подтверждала его вменяемость⁶. Не существует и убедительных доказательств того, что эпатажное поведение Сальвадо-

⁶ <http://ria.ru/society/20141010/1027775155.html>.

ра Дали было связано с психическим нездоровьем. Он мог потребовать пригнать в отель стадо коз и стрелять по ним холостыми патронами или скакать на швабре нагишом перед именитым гостем в собственном особняке – но, учитывая невероятный коммерческий успех Дали, это, скорее всего, были вполне сознательные действия – приемы, призванные упрочить его репутацию непредсказуемого гения. Несмотря на то что ряд исследований подтверждает связь между креативностью и некоторыми психическими расстройствами, далеко не у всех талантливых людей такие заболевания есть (как и не любой пациент «Кащенко» может стать Ван Гогом).

Учитывая, что, по статистике Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в среднем 27 % людей в мире хотя бы раз в жизни страдали от психического расстройства⁷, вероятность того, что кто-то из ваших знакомых находится в их числе, очень велика – и не факт, что вы сумеете интуитивно угадать, кто именно. Вы можете отмечать у своих товарищей какие-то странности или особенности темперамента, проблемы с карьерой или личной жизнью, но часто это вполне адекватные, приятные и разумные люди, и они никак не ассоциируются со смиренными рубашками и тому подобными вещами, которые мы привыкли связывать с психиатрией. Но если они выглядят «как все», то что с ними

⁷ Kessler RC, Angermeyer M, Anthony Jc, et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry*. 2007; 6(3): 168–176.

не так? И как понять, кто здоров, а кто нет? Конечно, было бы очень удобно иметь четкую и универсальную шкалу нормальности, например, имени Нерона или еще какого-нибудь известного безумца. В идеале для этой шкалы еще должен быть удобный инструмент – скажем, градусник. Человек подержал во рту – и сразу понятно, все ли у него хорошо с психическим здоровьем и не стоит ли отправить его в специальную клинику или хотя бы на прием к психотерапевту. Но в реальной жизни все, к сожалению, несколько сложнее.

Во-первых, наша психика не статична: даже здоровый человек постоянно находится в разных состояниях: он то сфокусирован, то отвлекается, то оптимистично настроен, то впадает в уныние, то терпелив, то раздражителен. Поэтому норма – это прежде всего динамический баланс, а не какая-то абсолютная отметка. Известный русскоязычный коуч и психиатр Наталья Стилсон, популярная в «Живом журнале» под ником *gutta_honey*, очень образно объясняла относительность нормы на примере Московского метрополитена⁸. Норма как некий усредненный показатель реакций, нужных для успешного существования в обществе (успешного не в плане достижения богатства и славы, а в смысле «невыветывания за борт»), – словно центральная станция метро, на которой надо периодически бывать, чтобы не выпасть из жизни. При этом людей, постоянно находящихся на ней или рядом с ней, очень мало – чаще всего их мотает туда-сюда, но время

⁸ <http://gutta-honey.livejournal.com/113296.html>

от времени они проходят через «контрольную точку» и таким образом остаются в рамках допустимого, хотя у каждого маршрут свой. С «ненормальными» все еще сложнее – есть люди, которые вообще никогда не оказываются на центральной станции, и их отличия от большинства различимы невооруженным глазом. А есть те, кто на ней время от времени появляется, но в промежутках их заносит в неведомые дали: иногда они нормальны, а иногда нет. Такая ситуация встречается достаточно часто (при рекуррентной депрессии, шизофрении и биполярном расстройстве): большую часть времени человек ведет вполне обычную жизнь, но порой у него случается обострение. Кроме того, нередко при успешном лечении, а порой даже и просто так наступает ремиссия – у вчерашнего больного исчезают симптомы расстройства. Поэтому нельзя раз и навсегда повесить на человека ярлык с указанием его «процента нормальности».

Если плясать от статистической нормы, можно прийти к парадоксальным выводам даже в отношении привычных для нас эмоциональных состояний. Еще Платон писал, что любовь – «серьезное психическое заболевание». Современные научные исследования показывают, что античный философ был не так уж далек от правды, только тут речь скорее идет не о любви, а о влюбленности, особенно несчастной: «бабочки в животе» вызывают настоящий нейрохимический шторм в нашем мозге, заметно влияют на способность концентрироваться и здраво рассуждать и при неприятном стечении

обстоятельств развиваются в болезненную аддикцию. Ученые из Пизанского университета выяснили, что при сильной влюбленности некоторые отделы мозга активизируются так же, как и при обсессивно-компульсивном расстройстве⁹.

Подобного рода рассуждения могут завести очень далеко, в конце концов, счастье – это тоже скорее аномалия. Многим кажется, что постоянная удовлетворенность жизнью – нормальное и желательное положение дел. Но такое ли это типичное состояние для психики, как мы привыкли думать? Профессор Ричард Бенталл из Ливерпульского университета в 1992 г. опубликовал провокационную статью, в которой утверждал, что счастье стоит отнести в разряд психических расстройств под названием «большое аффективное расстройство приятного типа»¹⁰. Профессор последовательно доказывает, что счастье – статистически нетипичное состояние с рядом определенных симптомов, ассоциируется со спектром когнитивных нарушений и вообще связано с ненормальным функционированием центральной нервной системы. Так что единственный довод против включения счастья в диагностические справочники – на него никто не жалуется. «Но с научной точки зрения это нерелевантный критерий», – заключает Бенталл.

⁹ Marazziti D, Akiskal HS, Rossi A, Cassano GB. Alteration of the platelet serotonin transporter in romantic love. *Psychol Med*. 1999 May; 29(3): 741–5

¹⁰ Bentall RP. A proposal to classify happiness as a psychiatric disorder. *Journal of Medical Ethics*. 1992; 18(2): 94–98

Разумеется, профессор не имел в виду, что счастливых людей надо принудительно отправлять в психлечебницы и пичкать таблетками, чтобы немного спустить на землю. Его публикацию не стоит воспринимать как руководство к действию, но в ней заложена очень важная мысль: мы не можем дать определение психического расстройства, не оценивая то, как оно влияет на качество жизни. Не любое отклонение от статистических показателей можно считать дисфункцией, требующей лечения, – нам нужно отталкиваться от того, наносит ли оно какой-то ущерб человеку или тем, кто его окружает.

Есть и совсем удивительные примеры относительности нормы. Согласно исследованию ученых из Ганновера, мозг здоровых людей воспринимает обратную часть полый маски как выпуклую, несмотря на то что игра теней явно указывает, что она вогнутая¹¹. Более того, восприятие не меняется, даже если человек знает, что перед ним обратная, а не лицевая сторона маски. А самое интересное, что этому оптическому обману не поддается мозг людей с диагнозом «шизофрения»¹². Получается, в этом случае больные люди способны видеть объективную реальность, а здоровые создают себе иллюзии. Ну и кто после этого ненормальный?

¹¹ https://www.youtube.com/watch?v=G_Qwp2GdB1M

¹² Dima D, Roiser JP, Dietrich DE, Bonnemann C, Lanfermann H, Emrich HM, Dillo W. Understanding why patients with schizophrenia do not perceive the hollow-mask illusion using dynamic causal modelling. *Neuroimage*. 2009 Jul 15; 46(4): 1180–6. doi: 10.1016/j.neuroimage.2009.03.033. Epub 2009 Mar 24.

Важно также помнить, что здоровые и нездоровые психические состояния не противоположные полюса, а целый спектр. Бывают нормальные состояния на границе с расстройством (акцентуации, о которых мы еще поговорим позже), и в рамках одного заболевания может существовать тонкая градация. Например, есть вариант биполярного расстройства, при котором возникают психозы – больной может вообразить себя королем бабочек или продать дом, чтобы на вырученные деньги построить утопическую коммуны на Кубе. А есть варианты, когда человек остается не просто дееспособным, но и в состоянии работать и поддерживать продуктивные отношения с людьми, хотя и ценой серьезных усилий. Многие из таких людей вообще не попадают в поле зрения психиатров.

Кроме того, норма – понятие философское, и оно тесно связано с правилами и обычаями социума. В разные исторические эпохи, в разных культурах и условиях менялось представление о правильном восприятии мира и одобрялись разные модели поведения. Готовность средневекового самурая вспороть себе живот после совершенной ошибки вряд ли будет понятна даже рьяному перфекционисту, а гомосексуализм, сейчас расстройством не считающийся, еще в прошлом веке лечили в клиниках. Зрелище, после которого современный человек может запросто получить посттравматический синдром, могло бы показаться скучным для зрителей гладиаторских боев. «Нельзя рассматривать вопрос пси-

хического здоровья в отрыве от социума и культурного бэкграунда, от условий в широком смысле, – поясняет психиатр Илья Антипин. – Человек, абсолютно нормальный в лесах Амазонки или Центральной Африки, очевидно, не будет нормальным в Северной Америке или Европе».

Чем измерять?

Даже если абстрагироваться от философского аспекта, одна из самых уязвимых сторон науки о душевном здоровье – точность диагностики. Психиатрический градусник пока так и не изобрели, и до сих пор диагноз, связанный с психикой, ставится на основании «показаний» самого пациента, его близких и очевидцев «ненормального» поведения. А такие описания очень субъективны и дают большой простор для интерпретации. И порой больных от здоровых не могут отличить не только простые люди, но и сами психиатры.

В 1973 г. американский психолог Дэвид Розенхан провел необычный эксперимент¹³, который и по сей день вдохновляет адептов антипсихиатрии. Розенхан и семь его коллег (все они отличались отменным душевным здоровьем) поставили перед собой задачу: попасть в психиатрические лечебницы, симулируя слуховые галлюцинации, а потом выбраться оттуда, доказав собственную нормальность. На всякий случай

¹³ Rosenhan DL. On being sane in insane places. Science. 1973 Jan 19; 179(4070): 250–8.

каждый из псевдобольных поддерживал связь с юристом, который смог бы вытащить его, если бы дело приняло слишком серьезный оборот. Симулировать следовало по правилам: надо было пожаловаться врачу, что слышишь голос, повторяющий слова «пустой», «полый» и «плюх», а в остальном вести себя как обычно. К счастью, спасательная операция со стороны юриста не понадобилась, но вернуться на волю оказалось не так-то легко: всем участникам эксперимента поставили серьезные диагнозы (в основном шизофрению), напичкали их медикаментами и удерживали в стационаре в среднем 19 дней (а в отдельных случаях – до 50). Что интересно, другим пациентам куда лучше удалось вычислить симулянтов – справедливые подозрения высказали около трети из них.

Но самое забавное началось дальше – после того как психолог объявил о результатах своего эксперимента. Персонал одной известной, современной и хорошо оборудованной клиники заявил, что у них-то ни один симулянт не проскочит, и, чтобы проверить их бдительность, Розенхан пообещал в течение трех месяцев отправить в больницу одного или нескольких лжебольных. В результате больница гордо предъявила экспериментатору 42 притворщиков, но, к досаде врачей, Розенхан признался, что на самом-то деле никого туда так и не послал. Так что под подозрение попали ни в чем не повинные пациенты.

Объективности ради стоит признать, что многие важные

исследования в психиатрической науке были проведены после 1973 г. В 2008 г. научная программа BBC Horizon затеяла похожий эксперимент, который тоже часто упоминают противники психиатрии. Десять человек, пятеро из которых страдали психическими расстройствами, предстали перед комиссией из трех психиатров, которым нужно было выявить этих больных и определить их диагноз. Эксперты угадали диагноз у двоих, поставили неправильный третьему (хотя тут еще вопрос, кто все-таки ошибался – они или его предыдущий доктор?) и двоих здоровых приняли за людей с больной психикой¹⁴. Правда, стоит учитывать два нюанса: во-первых, пациентов, разумеется, подбирали так, чтобы запутать «следствие»; а во-вторых, они не проходили беседу с врачами в традиционном формате, а выполняли разные задания, которые должны были выявить психические проблемы. Поставить диагноз по тому, как человек придумывает и воплощает выступление в жанре стендап, несколько сложнее, чем в случае использования формализованного опросника с четким списком симптомов.

В любом случае, учитывая то, что многим сложно четко описать свои внутренние ощущения, а психиатрам не чуждо ничто человеческое, в том числе и субъективность, хотелось бы иметь в распоряжении надежные методы диагностики.

¹⁴ Proglor Y. Mental illness and social stigma: notes on "How Mad Are You?" Journal of Research in Medical Sciences: The Official Journal of Isfahan University of Medical Sciences. 2009; 14(5): 331–334.

Развитие нейробиологии и попытки создать подробный атлас человеческого мозга дают надежду на то, что в будущем появятся более объективные критерии нормальной работы психики. Уже сейчас в некоторых исследованиях используются данные, полученные при проведении электроэнцефалографии (ЭЭГ) или магнитно-резонансной томографии (МРТ), – и, хотя эта методика способствует появлению новых перспективных гипотез, она пока не может применяться широко. Даже самые современные технические средства диагностики способны замечать отклонения только в случае тяжелых или хронических болезней – поражения мозга в «легких» случаях обычно не выходят за рамки погрешности¹⁵.

К тому же два похожих по нейрофизиологическим симптомам пациента могут страдать разными заболеваниями (например, дисфункции в работе префронтальной коры – области мозга, отвечающей за самоконтроль и рациональное поведение, – сопутствуют большинству известных расстройств). А еще одна и та же болезнь может зачастую быть причиной или следствием другой. Так, иногда когнитивные нарушения развиваются в результате депрессии, а некоторые виды деменции иногда вызывают депрессию¹⁶. Мы, конечно,

¹⁵ Structural brain abnormalities in major depressive disorder: a selective review of recent MRI studies. *J Affect Disord.* 2009. Se; 117(1–2): 1–17.

¹⁶ Contribution of depression to cognitive impairment and dementia in older adults. *Neurologist.* 2007 May; 13(3): 105–17.

далеко продвинулись в понимании мозга за последнее время, но пока что психиатрия остается одной из самых туманных областей медицины.

Значит, все относительно?

И все же размытость критериев и отсутствие объективности в оценке не означает, что представление о норме может болтаться по воле ветров и течений, как парусный кораблик. Даже если мы не можем сказать точно, что такое абсолютно здоровая психика, приметы явного нездоровья не вызывают сомнений у большинства специалистов. Немецкий психолог Эрих Фромм определял норму как «продуктивность, неотчуждаемость от общества, связь через эмоции с внешним миром, постижение объективной реальности своим интеллектом, осознание собственной неповторимости и связи с ближним». Тут же снова возникает непростой вопрос измерения этих показателей, но давайте попробуем поподробнее разобрать данное определение. Если пойти от обратного, мы можем сказать, что ненормальное состояние – это:

● **непродуктивность умственных усилий:** можно до посинения спорить о критериях эффективности на рабочих местах, но, когда герой Джека Николсона в «Сиянии» старательно пишет роман, а потом выясняется, что весь текст состоит из одной фразы «All work and no play makes Jack a dull boy», у нас не возникает и тени сомнения, что у парня

большие проблемы;

● **отчуждение от общества:** даже если интровертов бесит бесконечное повторение тезиса о том, что человек – существо социальное, с точки зрения психологии, антропологии и даже нейробиологии данное утверждение справедливо, это не означает, что стоит косо смотреть на всех тех, кто предпочитает библиотеку дискотеке или протестует против определенных правил своего социума, но явная неспособность (не путать с нежеланием) ужиться с любым окружением говорит о дисфункции;

● **неадекватная эмоциональная реакция на окружающий мир:** опять-таки, нюансы зависят от темперамента – холерики могут считать флегматиков «овощами», а флегматики холериков – «бешеными», но, если человек продолжает невозмутимо читать книгу в горячей комнате или втыкает нож в глаз другому за просьбу передать соль, вряд ли дело только в необычных индивидуальных качествах;

● **разрыв с объективной реальностью:** как считал английский философ Джордж, вся реальность находится лишь в сознании того, кто ее воспринимает; в переводе на язык поп-культуры «Самое главное, Нео, понять, что ложки не существует», но при всем обаянии субъективного идеализма утверждение о том, что вы умеете летать или что вашу 80-летнюю бабушку завербовало ЦРУ, все-таки вполне поддается верификации, и реальность бывает очень жестока с теми, кто теряет с ней связь;

● **неспособность осознать собственную неповторимость:** звучит слишком общо и поэтично, но по сути тут речь идет о границах личности. Сложно вести полноценную жизнь, если не отличаешь собственные мысли, чувства и желания от мыслей, чувств и желаний других людей, – и речь здесь не только о шизофрении, зачастую эти границы размываются и без сопутствующих бредовых идей, например при расстройствах личности;

● **неспособность поддерживать близкие отношения:** навязываемый обществом стереотип «Если ты не можешь найти себе пару, ты точно лузер» вызывает у многих вполне справедливое раздражение, но для человеческой психики естественно испытывать потребность в привязанности хоть к кому-то или чему-то, будь то семья, друзья, работа, хобби, любимый человек или морская свинка. Расстройство привязанности – нарушение естественного психологического механизма.

Нельзя не признать, что критерии Фромма основаны на здравом смысле. Мы видим, что все вышеперечисленные состояния не просто абстрактно «неправильны» – они мешают человеку жить полноценной жизнью и причиняют страдания либо ему, либо окружающим его людям. Официальное определение психического расстройства – это «клинически значимый поведенческий или психологический синдром или паттерн, который возникает у индивидуума и свя-

зан с дистрессом или ограничением возможностей в одной или более области функционирования или с заметно растущим риском страдания, смерти, боли, нетрудоспособности или значимой потери свободы»¹⁷. То есть опять-таки – понятие нормы неотделимо от качества жизни. Поэтому психиатры работают по принципу «Нет жалоб – нет диагноза»: если человек доволен собой и не мешает другим (объективно), его способы самовыражения – его личное дело.

Мысль материальна

Хотя мы все еще недостаточно хорошо понимаем собственный мозг, психиатрия считается научной дисциплиной, несмотря на несовершенство методов исследования. Мы уверены, что ее текущие проблемы – издержки становления (ведь применять научные подходы к психиатрии стали лишь в начале XX в.).

Почему же мы с меньшим подозрением относимся к другим областям медицины? Представим, что человек катался на сноуборде, неудачно упал и сломал руку. Естественно, он пойдет к доктору – потому что у него сразу возникнет ряд объективных проблем, с которыми может разобраться только специалист: сильная боль, отек, невозможность пользо-

¹⁷ American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fifth ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, p. 20. ISBN978-0-89042-555-8

ваться рукой и т. д. Никто не скажет ему «Соберись, тряпка! В Африке у людей постоянно руки ломаются, и ничего!». Хирург по жалобам пациента, описанию обстоятельств получения травмы и с помощью рентгеновского снимка поставит диагноз и назначит лечение. Даже если мы вдруг сомневаемся в квалификации конкретного врача, сам метод определения диагноза обычно не вызывает вопросов: рентген показывает, что сломана, например, лучевая кость. Принцип лечения тоже понятен: сломанную кость нужно зафиксировать гипсовой шиной, чтобы она срослась и работала так же, как и до перелома. Естественно, и тут не все так однозначно, и далеко не все методы профилактики и лечения физических заболеваний принимаются без дискуссий (иначе сериал «Доктор Хаус» никогда не появился бы на свет), но в обычной медицине все-таки как минимум понятнее, где болит.

Человек же, пришедший на прием к психиатру, скорее всего, даже не считает свои проблемы объективными и имеющими проекцию на физическом уровне. Ему кажется, что эмоции – это что-то на уровне колебаний эфира, а психиатр – кто-то вроде шамана, который с помощью ритуальных песнопений и бубна вернет все обратно на место. Семьдесят лет назад лечение психиатрических заболеваний действительно было сродни колдовству на лягушачьих лапках, а изучение эмоций и сознания входило в сферу компетенции скорее философов, чем врачей или биологов. Но сегодня благодаря МРТ, ЭЭГ и многим другим достижениям науки мы пони-

маем намного больше. Эмоции и мышление уже не абстрактные метафизические понятия, а вполне конкретные физические процессы в нашем мозге¹⁸.

Мозг состоит из различных структур (промежуточный мозг, конечный мозг и др.), каждая из которых разбивается на области, имеющие порой неожиданные названия (в частности, таламус, гиппокамп, мозолистое тело или даже мост или водопровод). Обычно области ответственны за конкретные функции. Гиппокамп «усваивает» важную информацию – отправляет ее из краткосрочной (оперативной) памяти в постоянную; таламус отвечает за первичную обработку информации, поступившей от органов чувств; водопровод (серьезно, он так и называется!) обеспечивает отдельные участки мозга цереброспинальной жидкостью; мост передает информацию от головного к спинному мозгу и обратно. Области мозга, которые выполняют общую единую функцию и часто друг с другом взаимодействуют, мы объединяем в отдельные системы. Одна из самых важных – лимбическая – опутывает практически весь мозг и отвечает за формирование мотивации, памяти, эмоций, сна¹⁹.

Различные области мозга связаны друг с другом с помощью нейромедиаторов. В точках соединений нервных кле-

¹⁸ Dalgleish T. The emotional brain. *Nat Rev Neurosci*. 2004 Jul; 5(7): 583–9. Review

¹⁹ Mega MS, Cummings JL, Salloway S, Malloy P. The limbic system: an anatomic, phylogenetic, and clinical perspective. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 1997 Summer; 9(3): 315–30. Review

ток (в синапсах) находится большое количество рецепторов. При поступлении импульса в нейрон высвобождается определенный нейромедиатор (особое химическое вещество). Он прикрепляется к соответствующему рецептору и активирует его, создавая электрический импульс уже в следующей нервной клетке. Та в свою очередь передает этот сигнал дальше. Нейромедиаторы бывают разными по химическому составу и соответственно по функциям, которые они выполняют. Скажем, знаменитый «гормон счастья» (на самом деле это не совсем так – подробнее см. во врезке) – серотонин, а «гормон стресса» – адреналин. Важно понимать, что все эти нейромедиаторы могут вызывать разные реакции в мозге в зависимости не только от их состава, но и от области мозга, в котором он активен, от типа рецепторов, к которому он прикрепился²⁰. Например, действие двух наркотических веществ – MDMA и LSD – обусловлено воздействием на серотониновые рецепторы. Но ощущения от них сильно разнятся: первое вызывает эйфорию и обостренную эмпатию²¹, а второе – галлюцинации и мистические переживания²².

²⁰ Robert Sapolsky (2005). "Biology and Human Behavior: The Neurological Origins of Individuality, 2nd edition". The Teaching Company, p. 13 & 14 of Guide Book

²¹ de la Torre R, Farré M, Roset PN, Pizarro N, Abanades S, Segura M, Segura J, Camí J. Human pharmacology of MDMA: pharmacokinetics, metabolism, and disposition. *Ther Drug Monit.* 2004 Apr; 26(2): 137–44. Review

²² Hofmann A. (1983). LSD, my problem child: Reflections on sacred drugs, mysticism, and science. Los Angeles: J. P. Tarcher. P. 21

Все наши переживания, эмоции, мысли, поступки, усилия по управлению действиями, в том числе напрямую нами не осознаваемыми (биением сердца, дыханием или перевариванием пищи и др.), сводятся к этим нейробиологическим взаимодействиям. Наши эмоции и мысли в буквальном смысле материальны. Чтобы получить этому подтверждение, достаточно (но не воспринимайте как прямую рекомендацию!) принять психоактивную дозу этилового спирта – 0,3 %, или примерно 150 г 40-градусной водки для мужчины весом 80 кг²³. Поднимется настроение, появится расслабленность, снизится концентрация. Эти изменения вызваны вполне конкретными биохимическими реакциями в мозге – высвобождением гамма-аминомасляной кислоты (о ней мы еще поговорим в главе 4) и гиперактивацией ГАМК_A-рецепторов. Точно так же любое психиатрическое состояние – следствие изменений в обычном функционировании той или иной области головного мозга. В этом смысле сбой в работе рецепторов принципиально не отличается, например, от «поломки» в почках, вызывающей почечнокаменную болезнь.

В общественном сознании укоренился миф, что серотонин/дофамин/эндорфин – гормоны счастья. Оставим за скобками тот факт, что

²³ Andersson A, Wiréhn A-B, Ölvander C, Ekman DS, Bendtsen P. Alcohol use among university students in Sweden measured by an electronic screening instrument. BMC Public Health. 2009;9:229. doi: 10.1186/1471-2458-9-229

все эти вещества гормонами не являются, хотя и выполняют похожую функцию. Разберем на примере серотонина (принципиально данная логика применима для любого из перечисленных веществ). Всего в человеческом мозге семь семейств серотониновых рецепторов – от 5-HT₁ до 5-HT₇, некоторые из которых еще имеют и подтипы от А до Е. Каждый из них ответственен за самые разные функции организма, один и тот же рецептор может отвечать как за рвоту, так и за эрекцию. Мы знаем, что из всего этого широкого набора воздействия на настроение оказывают вещества, взаимодействующие с рецепторами 5-HT_{2A}²⁴ и 5-HT_{2B}²⁵. Прикрепление серотонина к другим рецепторам совершенно не гарантирует вам приятных эмоций. При этом рецепторы 5-HT_{2A} и 5-HT_{2B} отвечают и за другие функции организма. Так, 5-HT_{2B} влияет также на аппетит²⁶. Лекарство фенфлурамин, использовавшееся до 1997 г. для лечения ожирения, воздействовало

²⁴ Nichols DE. Hallucinogens. *Pharmacol Ther.* 2004 Feb; 101(2): 131–81. Review.

²⁵ Setola V, Hufeisen SJ, Grande-Allen KJ, Vesely I, Glennon RA, Blough B, Rothman RB, Roth BL. 3,4-methylenedioxymethamphetamine (MDMA, "Ecstasy") induces fenfluramine-like proliferative actions on human cardiac valvular interstitial cells in vitro. *Mol Pharmacol.* 2003 Jun; 63(6): 1223–9

²⁶ Kennett GA, Ainsworth K, Trail B, Blackburn TP. BW 723C86, a 5-HT_{2B} receptor agonist, causes hyperphagia and reduced grooming in rats. *Neuropharmacology.* 1997 Feb; 36(2): 233–9

именно на этот рецептор²⁷. К слову, в качестве побочного эффекта при злоупотреблении оно вызывало эйфорию. Предположительно, именно его использовала мать главного героя фильма «Реквием по мечте» Сара Голдфарб сначала для снижения веса, а потом в качестве наркотика-эйфоретика.

Сводить роль серотонина (как и любого другого нейромедиатора) до выполнения одной задачи – «производства счастья» – неправильно; все равно что заключать, что компьютер предназначен для онлайн-игр и социальных сетей. Да, это одна из – возможно, самая приятная – его функций, но далеко не самая главная и уж точно не единственная.

Сложности начинаются дальше. Мозг (по мнению самого мозга) – самый важный орган в нашем теле, он лучше всех защищен и сложнее устроен. Его процессы скрыты от нас за толстой черепной коробкой, он не терпит никаких вмешательств и крайне чутко реагирует на любые наши попытки повлиять на его работу. И вот, допустим, у нас возникла научная гипотеза. Мы предполагаем, что миндалевидное тело (амигдала) играет ключевую роль в формировании чувства страха. Но как мы это измерим?

²⁷ Rothman RB, Baumann MH, Savage JE, Rauser L, McBride A, Hufeisen SJ, Roth BL. Evidence for possible involvement of 5-HT(2B) receptors in the cardiac valvulopathy associated with fenfluramine and other serotonergic medications. *Circulation*. 2000 Dec 5; 102(23): 2836–41

● Мы можем (впрочем, эта возможность весьма ограничена) посмотреть на то, как амигдала активируется при испуге. Но нет универсального градусника страха – основываясь на наблюдаемой внешней реакции и субъективной оценке испытуемого, возможно только предполагать, что он пережил испуг. Допустим, мы принимаем это предположение – как теперь выявить активацию зон мозга, связанную именно со страхом? Через мозг ежеминутно проходит почти литр крови, ежесекундно активны 1,6 трлн синапсов. Как отличить нужную нам информацию от белого шума?

● Мы можем, наоборот, искусственно стимулировать электричеством миндалевидное тело и посмотреть на реакцию организма. Вряд ли найдется человек, который согласился бы стать подопытным кроликом. И даже если это бы случилось, ни одно авторитетное издание не опубликовало бы результаты нашего исследования по этическим соображениям. Нам остается только проводить опыты над лабораторными крысами²⁸. Кстати, как мы опять же поймем, что крысы испытали именно страх? Уверены ли мы, что амигдала человека настолько схожа с соответствующим отделом мозга грызунов, что сможем провести аналогию?

● В конце концов, мы можем посмотреть, что происходит с человеком без амигдалы. Здесь нам «на помощь» прихо-

²⁸ Kellett J, Kokkinidis L. Extinction deficit and fear reinstatement after electrical stimulation of the amygdala: implications for kindling-associated fear and anxiety. *Neuroscience*. 2004; 127(2): 277–87

дит редкая генетическая болезнь Урбаха – Вите, которая вызывает разрушение амигдалы. Наблюдения за страдающими этим заболеванием позволяют сделать вывод, что, действительно, люди без миндалевидного тела не испытывают страха. Но это редкий случай. Как нам исследовать остальные области мозга, для которых природа не придумала таких болезней? Как исследовать те части, без которых человек просто погибнет (скажем, гипоталамус)?

До сих пор на эти вопросы не существует ответов. Мы можем только накапливать багаж знаний, делать на его основе предположения, подбирать наименее противоречивые теории. Пока что не существует концепции, которая органично объединила бы все имеющиеся у нас знания о психике²⁹. Тем не менее психиатрия движется в правильном направлении.

Наука без понимания фундаментальных причин? Это как?

Мы привыкли к тому, что естественные науки обычно отвечают на наши вопросы достаточно точно. Скажем, известно, что Земля за 24 часа обернется вокруг своей оси, а вода при воздействии электрического тока разложится на водород и кислород. Если нам попадается нечто непредсказуе-

²⁹ Ghaemi SN. The rise and fall of the biopsychosocial model. Br J Psychiatry. 2009 Jul; 195(1): 3–4. doi: 10.1192/bjp.bp.109.063859

мое, мы полагаем, что имеем дело с чем-то иррациональным и ненаучным: скажем, существование Бога нельзя доказать логически, можно только верить в него или нет. И тем не менее это не совсем так.

Современная наука на самом деле часто сталкивается с неопределенностью (по-научному «недетерминируемостью»). Так ученые называют ситуации, когда в принципе невозможно предугадать исход конкретного эксперимента. Скажем, физика взаимодействий микроскопических частиц (или квантовая механика) вся связана с недетерминируемостью. По этому поводу сломано немало копий: Альберт Эйнштейн оппонировал такому подходу, говоря «Бог не играет в кости со Вселенной». Тем не менее вот уже скоро 100 лет, как существует эта дисциплина, и ее достижениями мы пользуемся каждый день. Достаточно сказать, что без квантовой механики не появились бы микропроцессоры в компьютерах. И это при том, что столетие назад мы не обладали многими фундаментальными знаниями, например об элементарных неделимых частицах. В подобного рода науках применяется отдельный раздел математики – теория вероятностей. Предмет теории вероятностей – процессы, на которые влияют случайные величины. Вмешательство неопределенности усложняет научную работу, но не означает, что она невозможна. Возьмем шестигранный кубик. Мы не знаем, какая именно цифра выпадет после одного броска, но готовы поспорить, что после четырех бросков точно один раз будет

единица. И больше чем в половине случаев окажемся правы. Приблизительно так же работает любая наука, вынужденная мириться со случайностью, в том числе и психиатрия. Нам неизвестно, как работает это лекарство, но мы можем знать, помогает оно или нет и скольким людям из сотни станет от него легче.

И как же мы это сделаем без понимания причин?

Предположим, мы с вами изобрели лекарство и хотим понять, способно ли оно лечить. Возьмем для примера средство от простуды – исследование других препаратов проводится аналогичным образом.

Пойдем сначала простым путем. Давайте дадим это лекарство 50 простудившимся и через неделю проверим их состояние. Спустя семь дней мы узнаем, что 35 человек выздоровели, а 15 еще болеют, но идут на поправку. Отлично, наше лекарство никого не убило, но помогло ли оно? Кажется, что мы можем ответить утвердительно – ведь почти все больные выздоровели. На самом деле – нет, мы не можем сказать о лекарстве ничего. Преподаватели статистики, рассказывая про эту ошибку, любят говорить: «Correlation does not imply causation». Эта фраза означает, что прослеживаемая связь между событиями совершенно не означает, что одно является причиной другого. Классический пример подобной

ошибки: «Большинство людей, которые когда-то ели хурму, уже мертвы, значит, хурма приводит к смерти».

Хорошо, мы выучили этот урок и теперь будем умнее. Мы дадим наше лекарство группе из 50 простудившихся, а 50 человек, составляющих вторую группу, не будем лечить вообще (научно эти группы обозначаются как «экспериментальная» и «контрольная» соответственно, а само исследование называется «контролируемое»). И снова проверим их через неделю. В этот раз наблюдаем такую картину: 35 больных, принимавших наше лекарство, вылечились, а среди контрольной группы здоровы только 30. «Вот теперь-то точно успех», – подумаем мы и будем снова неправы.

Но тут потребуется лирическое отступление. Еще в XVIII в. врач Джон Хайгарт написал статью о том, что обычные деревянные иглы для укалывания (тогда акупунктура была серьезной медицинской дисциплиной) действуют так же, как и очень дорогие металлические, если пациенты не видят между ними разницы³⁰. А в 1955 г. ученый из США Генри Бичер подробно описал эффект плацебо³¹. С тех пор присутствие этого эффекта всегда принимается во внимание во время клинических исследований всех лекарств, хотя

³⁰ Haygarth, John. (1800). Of the imagination, as a cause and as a cure of disorders of the body; exemplified by fictitious tractors, and epidemical convulsions. Read to the Literary and Philosophical Society of Bath. By John Haygarth, M.D. ... Bath: printed by R. Cruttwell; and sold by Cadell and Davies, London

³¹ Beecher HK. The powerful placebo. J Am Med Assoc. 1955; 159(17): 1602–6

периодически эта практика подвергается критике³². Считается, что благодаря плацебо-эффекту обычно вылечивается 35 % больных³³, хотя, конечно, все сильно зависит от каждого конкретного случая. Оказывается, сам факт ожидания выздоровления запускает в мозге и нервной системе целый каскад реакций, которые сами по себе способны оказывать терапевтические эффекты^{34, 35, 36, 37, 38, 39}. Получается, есть вероятность, что наше лекарство не обладает никакими целебными свойствами, просто больным полегчало от того, что они ожидали улучшения своего состояния. Чтобы мы могли оценить эффективность нашего лекарства, контрольная группа должна получать плацебо – подобные эксперимен-

³² Howick J, Friedemann C, Tsakok M, et al. Are treatments more effective than placebos? A systematic review and meta-analysis. PLoS ONE. 2013; 8(5): e62599

³³ Linde K, Fässler M, Meissner K. Placebo interventions, placebo effects and clinical practice. Philos Trans R Soc Lond, B, Biol Sci. 2011; 366(1572): 1905–12

³⁴ Scott DJ, Stohler CS, Egnatuk CM, Wang H, Koeppel RA, Zubieta JK. Placebo and nocebo effects are defined by opposite opioid and dopaminergic responses. Arch Gen Psychiatry. 2008; 65(2): 220–31

³⁵ Oken BS. Placebo effects: clinical aspects and neurobiology. Brain. 2008; 131(Pt 11): 2812–23.

³⁶ Matre D, Casey KL, Knardahl S. Placebo-induced changes in spinal cord pain processing. J Neurosci. 2006; 26(2): 559–63

³⁷ Qiu YH, Wu XY, Xu H, Sackett D. Neuroimaging study of placebo analgesia in humans. Neurosci Bull. 2009; 25(5): 277–82

³⁸ Zubieta JK, Stohler CS. Neurobiological mechanisms of placebo responses. Ann N Y Acad Sci. 2009; 1156: 198–210

³⁹ Lidstone SC, Stoessl AJ. Understanding the placebo effect: contributions from neuroimaging. Mol Imaging Biol. 2007; 9(4): 176–85

ты называются «плацебо-контролируемыми». Дабы не ошибиться в очередной раз, не будем изобретать велосипед и советуемся со специалистами. Они нам объясняют, что сегодня золотой стандарт в доказательной медицине – двойное слепое рандомизированное плацебо-контролируемое исследование. «Плацебо-контролируемое» – уже знакомый нам термин. «Двойное слепое» означает, что ни экспериментатор, ни пациент не знают, получают они плацебо или нет. Состав групп становится известен только после окончания эксперимента. «Рандомизированное» – участники обеих групп отбираются случайным образом. Оба этих условия необходимы для того, чтобы на ход эксперимента не повлияли никакие сторонние факторы. За счет того, что набор групп отдается полностью на откуп случая, при достаточно большой выборке нивелируется весь «белый шум». При этом на ход эксперимента повлиять не могут ни испытуемые, ни ученые, потому что никто из них не знает, кто получает лекарство, а кто – пустышку⁴⁰. Благодаря этой сложной процедуре современная медицина (в том числе психиатрия) становится настоящей наукой. Мы можем делать статистически значимые выводы. Можем предполагать, что тот или иной препарат / ген / образ жизни влияет на организм человека определенным образом, хотя и пока не известно, каким именно.

⁴⁰ Misra S. Randomized double blind placebo control studies, the "Gold Standard" in intervention based studies. Indian Journal of Sexually Transmitted Diseases. 2012; 33(2): 131–134

Над кукушкиным гнездом: неудобные вопросы психиатрии

Трудности, связанные с диагностикой и определением нормы, – не единственный камень в огород психиатрии. Вторая по важности претензия критиков – психиатрические методы лечения проносят скорее вред, чем пользу, и вообще действуют как тоталитарная машина подавления, а не как средство максимальной интеграции нестандартных людей в социум. Общество со своей стороны до сих пор не всегда способно разделять моральные и медицинские оценки в отношении психически нездоровых людей и склонно преувеличивать их потенциальную опасность.

Темное прошлое

Психиатрия долгое время была не в ладах с гуманизмом – трудно забыть кандалы и избиения в Бедламе, насильственную стерилизацию и эвтаназию в нацистской Германии или популярную в 1940-х лоботомию. Но если так рассуждать, можно вспомнить, что христианство в свое время отметилось в истории значительными кровопролитиями – но ведь это не означает, что теперь надо с подозрением глядеть на каждого священника. По мере появления новых знаний и

развития общества меняются и подходы. Главное – способность признавать ошибки и делать из них выводы, а в этом плане прогресс в психиатрии заметен, хотя еще и есть над чем работать.

Добавим, что далеко не все методы лечения на деле так ужасны, как мы их себе представляем. Взять хотя бы оскароносную роль харизматичного преступника Макмерфи в исполнении Джека Николсона в фильме «Пролетая над гнездом кукушки». В конце истории главный герой проходит лоботомию и представляется нам беспомощным и слабоумным, а сама психиатрическая больница символизирует тюрьму с медсестрами-надсмотрщицами. Однако созданная Милошем Форманом картина имеет мало общего с реальностью даже психиатрических больниц 1960-х гг. Хотя бы потому, что последняя лоботомия в Орегонской больнице, где проходили съемки, случилась в 1958-м⁴¹. Кроме того, лоботомия (или, как врачи ее называют, «лейкотомия») была адекватным методом для своего времени. Большинство ключевых лекарств (транквилизатор диазепам, антидепрессант амитриптилин, нейролептик хлорпромазин) были открыты лишь в 1950-х гг., а до этого времени психиатры не имели практически никаких фармацевтических инструментов лечения. Поскольку лейкотомия прописывалась обычно

⁴¹ Levine R. A Real Mental Ward Becomes A Movie 'Cuckoo's Nest'. The New York Times. April 13, 1975. <http://www.nytimes.com/packages/html/movies/bestpictures/cuckoo-ar1.html>. Accessed Feb 25, 2016

тяжелым больным, альтернативой ей было приковывание к кровати или содержание в холодной воде. Результаты обнадеживали: исследование 1961 г., рассматривавшее 9284 случая лоботомии, показало, что 69 % больных после операции стало легче, а ухудшения наблюдались лишь у 6 %⁴². Отметим, правда, что и требования к исследованиям в те годы были менее строгими – но, опять-таки, на том этапе развития психиатрии это был прогресс. К слову, за изобретение лоботомии португалец Эгаш Мониш получил Нобелевскую премию в 1949-м, причем комиссия отказалась ее отзывать спустя полвека, даже несмотря на все споры вокруг его методов⁴³. Кроме того, психиатрия даже не отказалась полностью от «хирургических» методов лечения, поскольку у этого направления есть перспектива. Ученые из отделения нейрохирургии Медицинской школы Сан-Пауло проанализировали 56 случаев лейкотомии. Они пришли к выводу, что аккуратные хирургические вмешательства (со времен лоботомии врачи научились проводить операции на мозге точнее, без заметных побочных эффектов, за счет минимальной инвазии) приводят к улучшениям в 57 % случаев шизофрении. Причем речь идет о сложных больных, которым фармакоте-

⁴² Tooth GC, and Newton, MP: Leukotomy in England and Wales 1942–1954. London, Her Majesty's Stationary Office, 1961

⁴³ Jansson B. Controversial Psychosurgery Resulted in a Nobel Prize. Nobel Media AB2014. http://www.nobelprize.org/nobel_prizes/medicine/laureates/1949/moniz-article.html. Accessed Feb 25, 2016

рапия не помогла⁴⁴.

Еще одна страшилка, встречающаяся в фильме Формана⁴⁵, – электросудорожная терапия (ЭСТ). Пациенту пропускают электрический ток через мозг, чтобы вызвать судорожный припадок, схожий с эпилептическим. В фильме «Пролетая над гнездом кукушки» эта процедура воспринималась больными как наказание, а не как лечение, и стороннему наблюдателю действительно может стать жутко только от самого описания процедуры. Тем удивительнее, что это один из самых эффективных инструментов в арсенале современной психиатрии⁴⁶. В основном он применяется для лечения тяжелых и устойчивых к медикаментозному лечению депрессий⁴⁷, хотя некоторые ученые предлагают использовать его в качестве первой линии лечения⁴⁸, поскольку ЭСТ практически не имеет противопоказаний. Также она дает сравнительно немного побочных эффектов (за исключением возмож-

⁴⁴ Soares MS, Paiva WS, Guertzenstein EZ, et al. Psychosurgery for schizophrenia: history and perspectives. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2013; 9: 509–515

⁴⁵ http://www.youtube.com/watch?v=yQa_sg4zN88

⁴⁶ Efficacy and safety of electroconvulsive therapy in depressive disorders: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2003; 361(9360): 799–808

⁴⁷ Fitzgerald PB. Non-pharmacological biological treatment approaches to difficult-to-treat depression. *Med J Aust*. 2013; 199(6 Suppl): 48–51

⁴⁸ Task Force on Electroconvulsive Therapy. The practice of electroconvulsive therapy: recommendations for treatment, training, and privileging. 2nd ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2001.

ных проблем с памятью⁴⁹) и значительно эффективнее фармакотерапии⁵⁰ при правильном применении⁵¹, причем, возможно, способна эффективно лечить не только депрессию⁵². Главное, что препятствует ее применению, – большая стигма и негативное восприятие такого вида лечения⁵³. Росту предубеждений в отношении этой процедуры способствовала история самоубийства Эрнеста Хемингуэя. «Это было прекрасное лечение, но мы потеряли пациента», – вспоминал ироничную реплику Хемингуэя близкий друг писателя киносценарист Аарон Эдвард Хотчнер. Возможно, Хемингуэй покончил с собой из-за неаккуратно проведенной ЭСТ, но не стоит забывать, что, помимо нее, анамнез Эрнеста включал в себя много других факторов риска: артериальную гипертензию, травму головы, алкоголизм и биполярное расстройство, осложненное нарциссическим расстрой-

⁴⁹ MacQueen G, Parkin C, Marriott M, Bégin H, Hasey G. The long-term impact of treatment with electroconvulsive therapy on discrete memory systems in patients with bipolar disorder. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*. 2007; 32(4): 241–249

⁵⁰ Coentre R, Barrocas D, Chendo I, et al. [Electroconvulsive therapy: myths and evidences]. *Acta Med Port*. 2009; 22(3): 275–80

⁵¹ Cristancho MA, Alici Y, Augoustides JG, O'reardon JP. Uncommon but serious complications associated with electroconvulsive therapy: recognition and management for the clinician. *Curr Psychiatry Rep*. 2008; 10(6): 474–80

⁵² Wilkins KM, Ostroff R, Tampi RR. Efficacy of electroconvulsive therapy in the treatment of nondepressed psychiatric illness in elderly patients: a review of the literature. *J Geriatr Psychiatry Neurol*. 2008; 21(1): 3–11

⁵³ Golenkov A, Ungvari GS, Gazdag G. Public attitudes towards electroconvulsive therapy in the Chuvash Republic. *Int J Soc Psychiatry*. 2012; 58(3): 289–94

ством личности^{54, 55},. Кроме того, ЭСТ не помешала, например, продюсеру Сэму Филиппсу открыть миру Элвиса Пресли, Роя Орбисона и Джонни Кэша⁵⁶, Иву Сен-Лорану – стать одним из самых известных модельеров⁵⁷, а создатель бибоба Бад Пауэлл выпустил свои лучшие джазовые записи почти сразу после выписки из госпиталя⁵⁸.

Психофармакологическое лобби

Одно из популярных обвинений со стороны антипсихиатрического движения заключается в том, что психиатры подкуплены производителями лекарств и из-за этого практикуется повальная гипердиагностика или просто выдумывание несуществующих заболеваний с целью подсадить как можно большее число людей на «спасительные» таблетки. Нельзя сказать, чтобы эти обвинения были безосновательны, – конечно, производители психотропных препаратов заинтере-

⁵⁴ Martin CD. Ernest Hemingway: a psychological autopsy of a suicide. *Psychiatry*. 2006; 69(4): 351–61

⁵⁵ Swartz C. *Electroconvulsive and Neuromodulation Therapies*. Cambridge University Press; 2009. P. 185–187

⁵⁶ Leopold T. (2016, November 18), Sam Phillips, Elvis and the invention of rock 'n' roll, CNN, Available at: <http://edition.cnn.com/2015/11/18/entertainment/sam-phillips-sun-records-guralnick-feat/>. Accessed February 24, 2016

⁵⁷ Rawsthorn A. Yves Saint Laurent, a biography. Nan A. Talese; 1996

⁵⁸ The Atlantic Monthly; January 1996; Bud's Bubble; Volume 277, No. 1; pages 99–102

сованы в расширении рынка, и кое-где они преуспевают. В связях с фармацевтическим лобби бывали уличены как специалисты, участвовавшие в создании диагностических справочников, так и эксперты, исследовавшие действие медицинских препаратов (в 2008 г. в скандале оказались замешаны трое гарвардских ученых, продвигавших новые нейрореплетики как способ лечения биполярного расстройства у детей, – в ходе расследования выяснилось, что каждый получил более \$1 млн от производителя⁵⁹). Но, к счастью, все же нет достаточных оснований считать, что влияние фармкомпаний доросло до уровня заговора: как и практически в любой сфере, в психиатрии существует много групп интересов и разнонаправленных тенденций, которые нельзя свести к одному полюсу силы.

Кроме того, рост числа пациентов, принимающих таблетки, связан не только с давлением корыстных психиатров: многим людям проще получить рецепт на лекарство даже в случае легкого расстройства, чем записаться на психотерапию или пересмотреть свой образ жизни. Еще сложнее ситуация с детьми – не владея нужными педагогическими навыками и желая побыстрее привести отпрысков в норму, родители могут преувеличивать серьезность симптомов и тем самым обусловить гипердиагностику синдрома дефицита внимания или биполярного расстройства. В общем, проблема

⁵⁹ Gardiner H. & Carey B., Researchers Fail to Reveal Full Drug Pay, The New York Times, Jun 8, 2008

действительно существует – но она может решаться как с помощью большей прозрачности внутри психиатрического сообщества, так и через развитие осознанности у самих пациентов. Это не означает, что лекарства не работают в принципе – они помогли многим людям. Но не стоит и относиться к рецептам совсем некритично – в открытых источниках можно найти достаточно много научных публикаций об эффективности тех или иных препаратов.

Права человека и насильственная госпитализация

Практика принудительного помещения в стационар вызывает много страхов. С одной стороны, они обоснованны: такого рода изоляция использовалась и порой используется в немедицинских целях – для избавления от неудобных родственников или политических активистов. С другой стороны, если больной-психотик проявляет агрессию по отношению к другим людям и совершенно не считает нужным лечиться в клинику, значит ли это, что его личная свобода важнее безопасности окружающих? А если человек с тяжелой депрессией хочет покончить с собой и отказывается от госпитализации, хотя лечение с большой вероятностью могло бы вернуть его в нормальное состояние, то стоит ли оставлять его наедине с этим решением? По нашему мнению, можно и нужно спорить об отдельных нюансах законо-

дательства и работать над минимизацией злоупотреблений (тем более что в подавляющем числе случаев психически больные не опасны, вопреки расхожим представлениям), но есть серьезные сомнения в том, что полный запрет на принудительную госпитализацию принесет безоговорочную пользу: в отдельных случаях временное помещение в стационар может быть оправданно.

К сожалению, качество обслуживания в психиатрических диспансерах и лечебницах все еще оставляет желать лучшего во всем мире, а если говорить о России, то, например, исследование 2013 г., проведенное в 57 регионах страны, показало, что 42 % зданий психиатрических стационаров требуют капитального ремонта⁶⁰. Большинство из них было построено давно, и жизненное пространство пациентов у нас до сих пор организуется по канонам советской психиатрии, а из-за недостаточного финансирования палаты обставлены более чем скудно. Переполненность стационаров приводит к тому, что каждому отдельному больному уделяется мало внимания, а ввиду непрозрачности системы и слабости общественного контроля пациентам сложно бороться за свои права.

При этом цивилизованный мир в целом продолжает стремиться к деинституционализации психиатрии – то есть к то-

⁶⁰ Мартынихин И. О состоянии стационарных психиатрических учреждений РФ, Российское общество психиатров (6 декабря 2013 г., 09:35). <http://psychiatr.ru/news/192>

му, чтобы пациенты были менее изолированы от социума, психиатрические учреждения финансировались и контролировались обществом, а не государством и амбулаторное лечение преобладало над стационарным. Первой в мире страной без психиатрических клиник стала Италия, следом к похожей модели пришли Швейцария и Швеция. У такого подхода действительно много плюсов – к больным относятся гуманнее, они лучше интегрированы в общество, снижается риск злоупотреблений со стороны медицинского персонала и возможности решать социальные и политические вопросы с помощью психиатрии. Но понятно, что это постепенный процесс, требующий продуманной инфраструктуры и слаженной работы омбудсменов, медицинских служб, общественных деятелей и медиа.

Рост числа диагнозов и стигматизация

Современную психиатрию часто обвиняют в том, что число расстройств растет – мол, нас всех хотят признать безумными, а ведь раньше на эти расстройства никто не жаловался! Но, как мы уже говорили, нельзя все процессы в психиатрии свести к корыстным интересам врачей и фармацевтов. А перед передовыми независимыми специалистами стоит гораздо более гуманная задача: помочь максимальному количеству людей справиться с трудностями, которые возникают на психическом уровне. Среди них есть действительно «ба-

ги», на которые наши предки наверняка не обратили бы внимания, но которые ощутимо влияют на жизнь современно-го «белого воротничка». И если появились новые решения (в том числе и эффективные лекарства с минимальными побочными эффектами), способные помочь ему справиться с ними, то почему нет?

Проблема стигмы, связанной с психиатрическим диагнозом, не столько в самом наличии диагноза, сколько в неправильном представлении общества о расстройствах в целом. Все они ставятся на одну доску, хотя степень тяжести заболевания может быть разной: по этому показателю некоторые психические болезни можно сравнить с диабетом или даже раком, а некоторые, такие как нестойкие и незначительные нарушения с хорошим прогнозом, – с ОРВИ (еще раз напомним, что такая амплитуда может быть и в рамках одного диагноза: даже шизофрения не обязательно галлюцинации и бред). До тех пор пока мы будем относиться к любому психическому заболеванию как к обвинению в неполноценности, мы, естественно, будем сопротивляться постановке диагноза и люди, которым психиатры могли бы помочь, останутся наедине со своими проблемами. Тем более что воздействие многих расстройств на поведение человека можно легко спутать с недостатками его характера. Депрессивному больному, который погружается все глубже на дно, обвиняя себя в глупости, лени и трусости, не повредит узнать, что он теряет работоспособность не по своей вине, а по объективным

причинам; полезно будет это осознать и его близким. С этой точки зрения наличие диагноза (если стараться относиться к психическому здоровью так же, как к физической болезни, и ограничивать его влияние на самооценку) может даже успокоить пациента.

Плохой человек – больной человек

Вместе с тем могут появиться граждане, желающие списать все свои недостатки и неправильные поступки на диагноз (условно: «Дорогая, я не выкинул мусор, потому что у меня расстройство волевой деятельности»). Особенно остро вопрос касается расстройств личности, и в первую очередь антисоциального расстройства – люди с этим диагнозом, как показывают исследования, осознают последствия своих действий, но от природы мало способны испытывать страх, стыд, сочувствие и раскаяние, что частенько приводит их если не к противозаконным, то к неприятным для окружающих инициативам. С философской точки зрения тут возникает серьезный вопрос: насколько справедливо осуждать человека, имеющего сильную биологическую предрасположенность к антисоциальному поведению? Но желание немедленно подвергнуть окружающих моральной оценке вызывают и другие расстройства, такие как синдром дефицита внимания («Ваш ребенок плохо воспитан!») или депрессия («Мне тоже не хочется работать, но я могу себя заставить, а он без-

вольный лентяй»).

Моральный дискомфорт в данном случае обусловлен тем, что, когда ненадлежащее поведение человека объясняют его проблемами с психикой, окружающие часто воспринимают это как несправедливую индульгенцию (по крайней мере в случае «несерьезных» для обывателя расстройств), забывая о том, что «неуютное» поведение – это прямое следствие «неуютной» картины мира у человека. За исключением очень редких случаев, когда расстройство хорошо компенсировано и отдельные его проявления приносят какие-то ощутимые бонусы, например в творческой сфере, никто не станет держаться за него добровольно. Поэтому раздражение, связанное с тем, что «тоже мне, нашли себе оправдание!», необоснованно. Да, действительно, дестигматизация психических расстройств и популяризация научной информации о них может привести к появлению симулянтов или росту числа ипохондриков. Но это не повод отказывать людям с реальными проблемами в человеческом отношении – и в этом плане лучше недоругать лишнего лентяя, чем осудить того, кто действительно нуждается в помощи.

Как разложить психику по полочкам

Изучение психических расстройств на нынешнем уровне развития науки все еще напоминает притчу про слона и слепых мудрецов – ученые видят устойчивый и повторяющийся букет симптомов, дают ему название и пытаются его классифицировать. Это можно делать по ряду признаков: по этиологии (происхождению), патогенезу (изменениям, связанным с патологическим процессом), схожести клинической картины (симптомам и диагностически значимым данным анализов и исследований) или на основе статистики. И тут мы возвращаемся к проблеме инструментария: на данный момент мы хорошо знаем, как проявляются разные расстройства, и можем в очень общих чертах предположить, какие участки мозга барахлят и в каких случаях. Но похожие нейробиологические «баги» вызывают очень разные симптомы – и у того, кто страдает депрессией и третий день не может купить себе поесть, и у того, кто пребывает в маниакальной стадии и за прошедшие сутки открыл два бизнеса, а теперь собирается в кругосветное путешествие на шхуне XIX в., есть проблемы с префронтальной корой. Поэтому до сих пор в основных классификаторах делается упор на клиническую картину, хотя с научной точки зрения было бы вернее плясать от этиологии. Кроме того, некоторые ученые придерживаются мнения, что все известные нам психи-

ческие заболевания по происхождению на самом деле одно и то же расстройство. Концепция «единого психоза» возникла еще в середине XIX в. и до сих пор остается неопровергнутой. В ее пользу говорят следующие аргументы:

● Многие болезни связаны генетически. Родственники больного психиатрическим расстройством статистически чаще болеют не только его болезнью, но и почти всем спектром расстройств⁶¹. Психиатрический генетический консорциум – объединение ученых-генетиков – обнаружил в 2013 г., что «большая пятерка» – шизофрения, БАР, БДР, СДВГ и расстройства аутистического спектра – вызвана схожей мутацией двух генов, отвечающих за обработку ионов кальция в нейронах⁶².

● Высокая коморбидность психических болезней – то есть одновременное присутствие симптомов разных болезней. Так, лишь 26 % больных депрессией не имеют пересечений с остальными заболеваниями⁶³.

● Разные болезни лечатся одними и теми же лекарствами. Нейролептики эффективны при маниакальном психозе и шизофрении, антидепрессанты – для обсессивно-компуль-

⁶¹ Reininghaus U, Priebe S, Bentall RP. Testing the Psychopathology of Psychosis: Evidence for a General Psychosis Dimension. *Schizophrenia Bulletin*. 2013; 39(4): 884–895

⁶² Identification of risk loci with shared effects on five major psychiatric disorders: a genome-wide analysis. *Lancet*. 2013; 381(9875): 1371–9.

⁶³ Maj M. «Psychiatric comorbidity»: an artefact of current diagnostic systems?. *Br J Psychiatry*. 2005;186: 182–4.

сивных и депрессивных больных, бензодиазепины – при алкогольной зависимости и против тревожных расстройств⁶⁴.

● Согласно некоторым исследованиям (например, Института психиатрии Лондона)⁶⁵, статистически модель унитарного психоза описывает симптомы так же хорошо, как и модель мультизаболеваний.

Впрочем, оговоримся, что в научном сообществе эта теория не является доминирующей и используется скорее в качестве вспомогательной. Все современные классификации основываются на более популярном подходе, относящем симптомы к разным заболеваниям. Не имеет смысла приводить их тут полностью – для этого вы можете заглянуть в Международную классификацию болезней 11-го издания (действующий на территории Европы и России диагностический инструмент) или американский справочник DSM – V (Руководство по диагностике и статистике психических расстройств, пятое издание). Но мы считаем нужным вкратце рассказать о некоторых важных принципах деления расстройств на категории – ведь это не просто научная формальность, но и ключ к логике, по которой «расстраивается» наша психика.

⁶⁴ Подробнее о каждом из лекарств см. в соответствующих разделах.

⁶⁵ Reininghaus U, Priebe S, Bentall RP. Testing the Psychopathology of Psychosis: Evidence for a General Psychosis Dimension. *Schizophrenia Bulletin*. 2013; 39(4): 884–895

Трехслойная конструкция

По глубине влияния на личность человека все психические расстройства можно условно поделить на три уровня. Невротический уровень – это когда человек сохраняет адекватное поведение и критическое отношение к происходящему, но у него есть аффективные нарушения (связанные с эмоциями), вегетативные (нарушения функционирования внутренних органов и систем, такие как одышка или усиленное сердцебиение) и соматорные (симптомы, имитирующие соматические заболевания, – например, головная боль).

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.