

*Всем, кто страдал или страдает
психическим расстройством*

ПРЕДИСЛОВИЕ 8

ВВЕДЕНИЕ В ПСИХИАТРИЮ 11

ЭТА СУМАСШЕДШАЯ ИСТОРИЯ 25

НАУКА О МОЗГЕ 45

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЙ 63

ШИЗОФРЕНИЯ И ДРУГИЕ
ПСИХОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА 81

ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА 99

ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА 117

БИПОЛЯРНЫЕ РАССТРОЙСТВА 135

ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА 151

РАССТРОЙСТВА ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ 167

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЕ СТРЕССОВЫЕ РАССТРОЙСТВА 185

РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ 201

НАРУШЕНИЯ НЕЙРОПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ 219

РАССТРОЙСТВА, СВЯЗАННЫЕ
С УПОТРЕБЛЕНИЕМ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ 237


ПРОЧИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА 255

ЗАКЛЮЧЕНИЕ 272


ИСТОЧНИКИ 274

ГЛОССАРИЙ 284





Психиатрия внушает людям сомнения, уважение, а порой страх. Зачастую она вызывает интерес, порождает любопытство и даже восхищает. Я еще не встречал человека, который относился бы к ней равнодушно. Именно поэтому я решил собрать воедино опыт и знания, накопленные мной в ординатуре — в то время, когда мы, медики, учились и становились специалистами. Мое первоначальное намерение при написании этой книги состояло в том, чтобы поделиться некоторыми сведениями о ментальном здоровье и психических расстройствах, тем самым пробудив по меньшей мере сочувствие к людям, которые от них страдают. Как известно, каждый стремится к тому, чтобы реализовать свою «энтелехию»*: это красивое слово обозначает нечто безупречное, идеальное, существующее только в воображении. Лично для меня энтелехия заключалась в особом подходе к предмету: я стремился описать научные и технические аспекты в стиле увлекательного рассказа, дать некоторое представление о том, как работает психиатр в наши дни, чтобы снабдить читателя необходимой информацией и *расширить его возможности* в этой сфере. Думаю, что моей идее о *расширении возможностей в области психического здоровья* предстоит еще пройти долгий путь.



Книга, которую вы держите в руках, позволяет посмотреть на психиатрию сквозь замочную скважину, увидеть закулисы этой науки со всеми ее слабыми и сильными сторонами и парадоксами. Я попытался объединить сведения, изложенные в наиболее авторитетных учебниках, руководствах по диагностике и в трудах корифеев этой дисциплины, чтобы преподнести читателю достоверную и исчерпывающую информацию в доступной и занимательной форме, и к тому же (почему бы и нет?) с иллюстрациями! Я стремился избежать ненужных формальностей, сохраняя при этом глубокое уважение ко всем людям, о которых не мог не думать, работая над книгой.

Сразу хочу уточнить некоторые моменты. В этой книге вы найдете ряд обобщений, касающихся психических расстройств (правильнее называть их нарушениями мозговой деятельности), но важно понимать, что каждый человек уникален и болезнь проявляется у всех по-разному. Как говорил Гиппократ еще в IV в. до н.э., нужно лечить не болезнь, а больного. Соответственно, рассуждая о какой-либо болезни, я кратко


* От греч. ἐντελής — полный, совершенный и ἔχω — иметь, обладать; термин, введенный Аристотелем, означающий внутреннюю силу, потенциально заключающую в себе цель и окончательный результат деятельности. — Прим. ред.

описываю то, что можно наблюдать у людей в целом, а не то, чем непременно будет страдать конкретный человек. Стоит добавить, что я сфокусировался на наиболее тяжелых формах психических расстройств (неофициально их называют тяжелыми психическими расстройствами). Это связано с тем, что, хотя у подавляющего большинства пациентов наблюдаются расстройства в легкой форме, знакомство с тяжелыми случаями позволяет лучше понять их сущность. Наконец, я старался как можно реже употреблять слово «пациент». На самом деле альтернатив ему немного, но, на мой взгляд, называть так человека незтично, поскольку это слово подразумевает *бездействие*. Между тем в медицине в целом, а особенно в психиатрии, важно внедрить в коллективное бессознательное идею о том, что человек должен играть *активную* роль в управлении своей реальностью.

Что касается структуры, книга построена как экскурсия по лабиринту психиатрии. Сначала вы прочтете краткое введение, в котором содержатся важные пояснения и описываются инструменты, необходимые для того, чтобы сделать первые шаги и не заблудиться. Освоив практические и философские основы дисциплины, вы познакомитесь с ее историей, клиническими симптомами, несколькими концепциями нейронауки, а также составите себе общее представление о критериях психического здоровья и *психопатологии*. Ознакомившись с этой информацией, вы будете готовы поднять паруса, чтобы пуститься в плавание по океану наиболее распространенных расстройств, которые скрываются за каждым поворотом. Каждая глава (или остров) на нашем пути начинается с рассказов людей, страдающих рассматриваемым психическим расстройством. Затем следуют некоторые замечания общекультурного характера, описание симптомов и подходов к диагностике и лечению.

И, наконец, хочу кое в чем признаться. Пока мои руки печатали строки этой книги, из моей головы не выходили образы двух человек (вполне реальных для меня), которые стояли рядом и внимательно наблюдали за моими стараниями. Один из них призывал меня снова и снова проверять содержание и форму того, что я пишу, раз за разом уточняя: «Ты уверен?» Другой же следил за тем, чтобы написанные слова звучали *доброжелательно*: «Не знаю, сможешь ли ты *наладить контакт* с читателем». Эти два взгляда сошлись более или менее удачным образом в книге, которая сейчас перед вами. И теперь моя энтелехия состоит в том, чтобы оба этих критика, пусть и не в полной мере удовлетворенные, все же одобрили окончательный вариант.





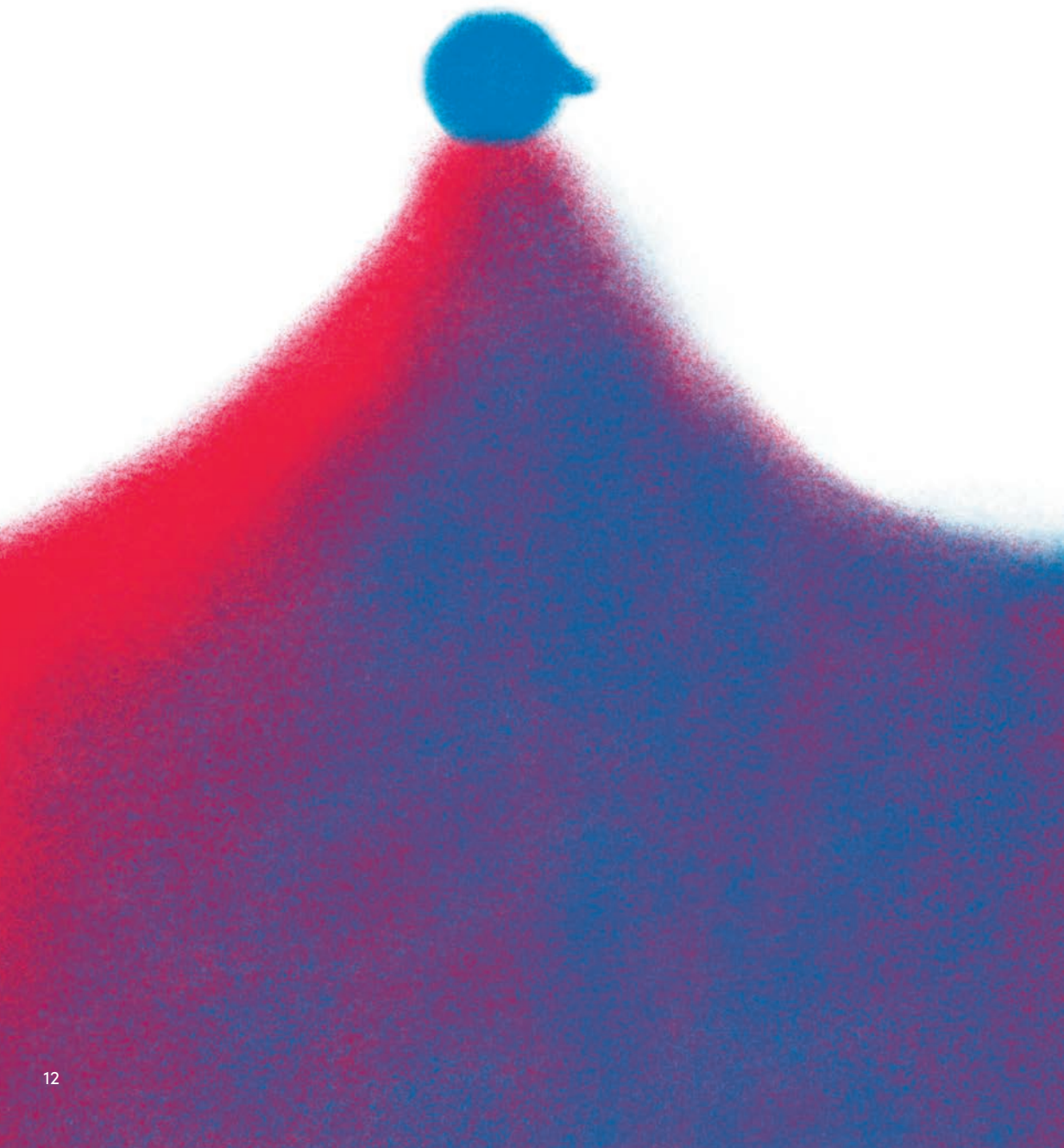
В конце концов, трудно
говорить о нормальном
и о норме, не касаясь
идеологии.

ХОРХЕ ТИСОН (испанский актер)

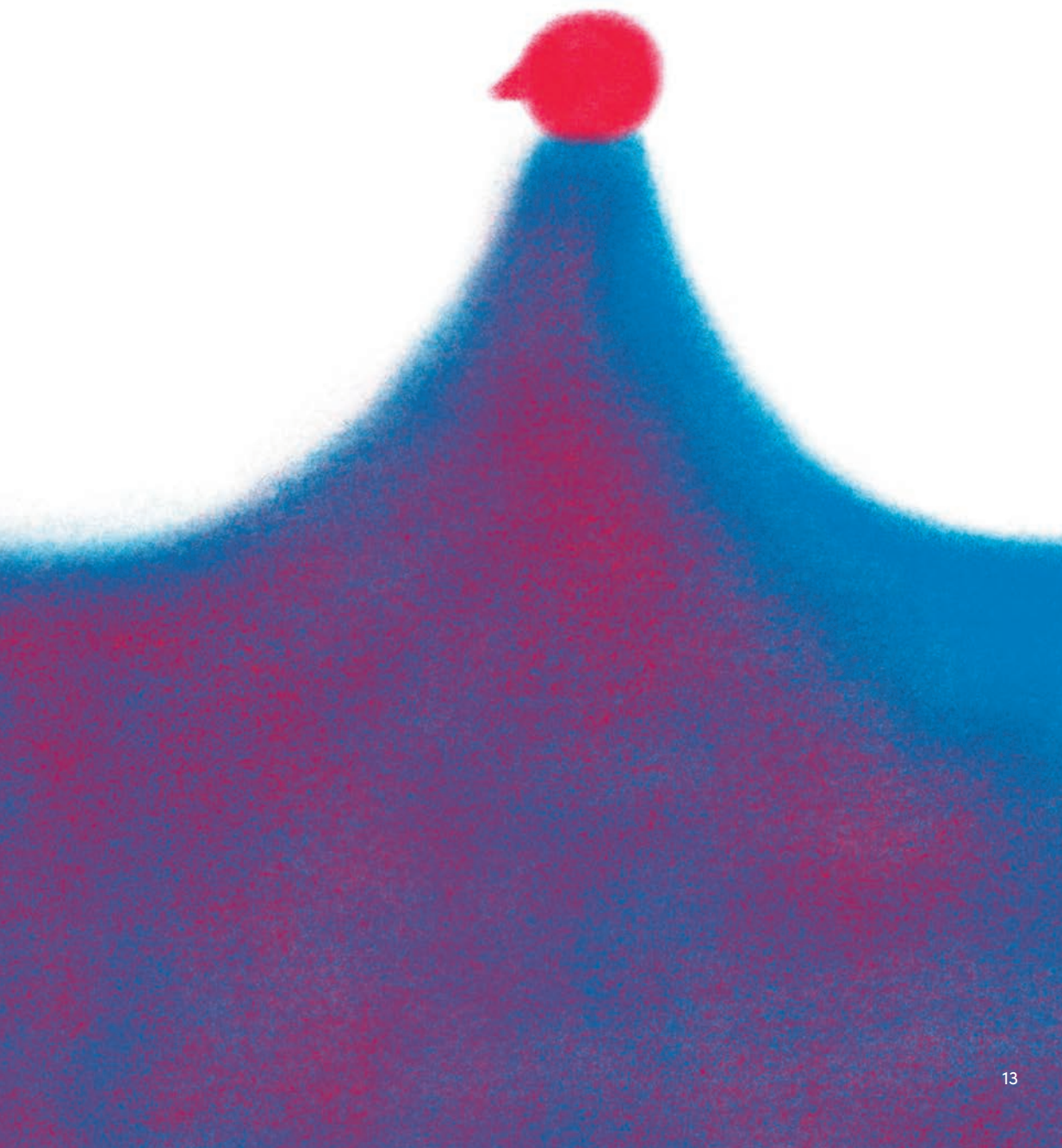
ВВЕДЕНИЕ В

психологию

Начнем с основного тезиса. Психиатрия возникла в результате особой встречи двух людей, у одного из которых были проблемы с мышлением, эмоциями и поведением (это гармоничное трио имеет большое значение для нашей дисциплины; далее я буду называть его МЭП), а у второго — стремление понять его и помочь.



Все, о чем вы прочтете ниже, появилось в результате этой встречи и сохраняется на протяжении столетий в виде размышлений, практики и исследований. Именно поэтому так важно в деталях проанализировать все, что происходит в рамках сценария, который сегодня мы называем клиническим интервью.



КЛИНИЧЕСКОЕ ИНТЕРВЬЮ

Клиническое интервью, то есть диалог между психиатром и пациентом, — краеугольный камень психиатрической диагностики (а иногда и лечения). Оно позволяет понять, что случилось с человеком. В других областях медицины диагностика базируется в большей степени на результатах дополнительных обследований, таких как анализ крови, электрокардиограмма или нейровизуальные тесты¹. В психиатрии такие тесты используются, чтобы исключить соматические² заболевания, которые могут напоминать психические расстройства (достаточно вспомнить анемию³ и депрессию), или для отслеживания возможных побочных эффектов назначаемых лекарств.

Разговор обычно начинается с прямого вопроса: «Чем я могу вам помочь?», или предложения: «Вы можете начать, с чего захотите». Таким образом мы выясняем, что послужило поводом для обращения. На этом начальном этапе пациент и психиатр получают первое впечатление друг о друге, и формируется терапевтический альянс: взаимное доверие играет ключевую роль в понимании проблемы и осознании пациентом необходимости ее грамотного решения с помощью психотерапии⁴ и/или медикаментов. Если пациенту трудно объяснить, что с ним случилось, психиатр поможет ему найти нужные слова.

В ходе интервью психиатр задает пациенту ряд структурированных вопросов, которые позволяют выбрать то или иное направление диагностики⁵. После первых общих вопросов специалист переходит к более конкретным, деликатным и личным, в зависимости от предполагаемого диагноза. Обычно они касаются соматических и психических заболеваний (самого пациента и членов его семьи), употребления психоактивных веществ и даже некоторых подробностей личной жизни пациента — так называемая социобиография, которая дает представление о последствиях психического расстройства.

Симптомы⁶ и признаки⁷, выявленные в ходе интервью, обычно группируются в различные синдромы (например, депрессивный синдром) и, в рамках этих синдромов, — в специфические расстройства, такие как большое или хроническое депрессивное расстройство. Важно помнить о том, что диагностирование конкретного синдрома или расстройства зависит от сложности случая и количества времени, имеющегося в нашем распоряжении. Например, при обращении

за неотложной помощью обычно ставится синдромальный диагноз — нечто обобщенное, позволяющее принимать быстрые, но не вполне точные решения. Нередко и первая амбулаторная консультация заканчивается тем же самым. Но после нескольких систематических посещений (или нескольких дней в стационаре) легче уточнить и конкретизировать диагноз, а значит, и подобрать более адекватное лечение.

План лечения может заключаться в том, чтобы ничего не предпринимать, а просто успокоить пациента, если расстройства как такового нет (или оно выражено в легкой форме). Конечно, в идеале следовало бы организовать еще одно или два посещения, чтобы убедиться в достоверности этого впечатления. Но в некоторых случаях целесообразно сразу начать психотерапию или медикаментозное лечение.

НОРМАЛЬНОСТЬ И ЗДОРОВЬЕ

После клинического интервью пациент может выйти из кабинета с конкретным диагнозом или без такового. Психиатр должен определить, насколько *специфичным, серьезным и отклоняющимся от нормы* является состояние, описанное пациентом, и можно ли рассматривать его как совокупность симптомов или признаков, указывающих на какое-либо расстройство. После консультации человек обычно испытывает одно из двух ощущений: «Мне кажется, врач не придавал моему случаю должного значения», или: «Психиатр преувеличивает». В самом деле, на чем основывается суждение о том, что нормально, а что нет? Мы посвятим несколько страниц размышлениям над этим вопросом.

Начнем с понятия «нормальность». Человеку удобно оперировать бинарными категориями: да или нет, нормальный или ненормальный, здоровый или больной, дееспособный или недееспособный, «Барса» или «Мадрид». Отнесение себя к той или иной категории дает нам чувство безопасности, ясности и принадлежности к группе, члены которой разделяют наше мнение. Кроме того, использовать такие понятия удобно и эффективно. Например, применение процентного соотношения, градации или шкалы отнимает гораздо больше сил и времени, поскольку существует множество вариантов, куда можно поместить значение переменной. А большинство людей стремятся действовать с максимальной эффективностью. Таким образом мы попадаем в одну из ловушек мышления.

Нередко разделить реальность на две категории оказывается трудно, как бы мы ни старались. Такое часто случается в медицине. Например, когда делается биопсия для диагностики онкологического заболевания и образец ткани направляется в лабораторию, патологоанатом рассматривает форму клеток под микроскопом. Порой эту форму нельзя признать совершенно нормальной, но и явных признаков злокачественности⁸ тоже нет. Истина где-то посередине. Такая неопределенность вынуждает патологоанатома говорить об атипичных клетках. Как видим, границы между категориями очень размыты во многих случаях, а в психиатрии тем более. Используя термин «гипотимия» (пониженное настроение), мы проводим воображаемую линию, разделяя людей на две группы: те, у кого гипотимия есть, и те, у кого ее нет. Как мы уже говорили, данный подход эффективный, но не всегда оптимальный. Важно помнить об этом, чтобы иметь возможность критически его оценивать.

Но на этом противоречия не заканчиваются. На протяжении всей истории человечества люди не могли прийти к единому мнению по поводу того, какие переменные следует использовать для обозначения *нормального* и *ненормального*, *здорового* и *больного*. Нормальное, или здоровое, иногда понимается как *идеал*. Так, зубы могут быть либо абсолютно здоровы, либо нет.

Если есть какой-нибудь симптом или признак (например, небольшое пятно), значит, зубы уже нельзя назвать полностью здоровыми. В психиатрии данную модель применять трудно, ведь существует множество симптомов (печаль, тревога, бессонница), которые могут проявляться в нормальных формах на протяжении всей жизни, не превращаясь в психическое расстройство. Не следует вешать на испытывающего их человека ярлык *больного* (а иначе мало кто из нас мог бы считаться *нормальным*).

Есть и другие подходы к разрешению этого вопроса. Один из них состоит в том, чтобы объективизировать наличие известной проблемы. Если, например, мы обнаруживаем абсцесс зуба, это уже не норма. В психиатрии все гораздо сложнее: на сегодняшний день мы не располагаем тестами, которые позволяли бы оценивать тысячи мельчайших нарушений, лежащих в основе психического расстройства. Другая точка зрения базируется на дарвиновской теории естественного отбора, которая признает здоровым *все, что позволяет выжить и обзавестись потомством*. Однако известно, что, вопреки этому утверждению, у некоторых людей, страдающих определенными психическими расстройствами, рождается больше детей, чем у остального населения, считающегося *здоровым*. Парадокс, да и только!

Неужели здоровые люди — это те, кто не страдает, не обращается за помощью? Делать такой вывод опасно, поскольку при некоторых серьезных психических заболеваниях, таких как шизофрения или биполярное расстройство с выраженными маниакальными эпизодами, люди часто считают себя здоровыми, хотя окружающие убеждены в обратном.

Существует мнение, будто нормальное — это то, что *встречается чаще всего*. Получается, достаточно применить некоторые статистические законы — и дело в шляпе. Но что значит «чаще всего»? Такой подход дискриминирует, например, людей с очень высоким уровнем интеллекта, ведь по сути это аномалия, но она способствует адаптации к окружающей среде.

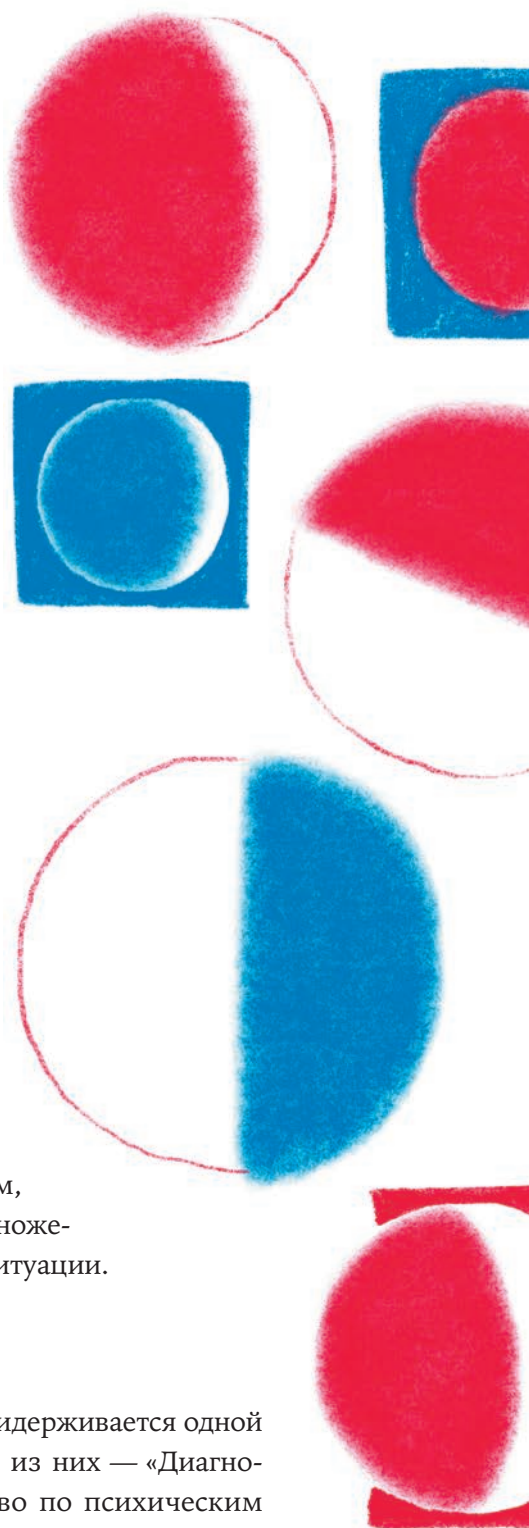
Следовательно, приходится признать, что критерием нормальности служит социальная адаптация: я нормален, или я здоров, если успешно интегрирован в общество. Но, придерживаясь такой позиции, мы как будто обижаем таких гениев, как Галилей: его революционные идеи


о строении Вселенной противоречили представлениям большинства современников, так что его жизнь была очень непростой. И, очевидно, такой подход ущемляет всех людей, которые так или иначе *не вписываются* в общество. Например, по этой причине дискредитировали людей, которые чуть более полувека тому назад осмеливались критиковать советский строй: у них диагностировали психическое расстройство, для обозначения которого был введен диагноз *вялотекущая шизофрения*. Короче говоря, чтобы сформировать критическое мнение и избежать инструментализации науки, нам необходимо знать и учитывать культурные, социальные, политические и даже религиозные особенности общества, в котором мы живем. Но даже если мы постараемся их изучить, скорее всего, решать, что является нормальным или здоровым, а что — нет, нам придется... самостоятельно.

Существуют и другие, в том числе очень замысловатые определения *нормального* или *здорового*. Как видим, вопрос остается открытым и допускает множество разных ответов в зависимости от ситуации.


СОВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА

В наши дни большинство психиатров придерживается одной из двух систем классификации. Первая из них — «Диагностическое и статистическое руководство по психическим






расстройствам» (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, DSM), утвержденное и опубликованное Американской психиатрической ассоциацией (АПА); в настоящее время доступно пятое издание (DSM-5). Вторая система — «Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем» (МКБ), разработанная Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) и уже выдержавшая несколько изданий; на сегодняшний день мы используем десятое (МКБ-10). Критерии, используемые для диагностики психических расстройств, в этих двух системах несколько отличаются, поскольку каждая из них, в сущности, представляет собой результат согласованной работы разных экспертных групп.




При этом обе системы сходны в том, что в них используется категориальный подход, то есть диагностика расстройства определяется наличием соответствующих ему клинических критериев. Хотя некоторые расстройства могут быть обозначены как легкие, умеренные или тяжелые в зависимости от количества соответствующих критериев (чем их больше, тем тяжелее расстройство), эти диагностические системы не содержат градационную модель, в рамках которой симптомы могли бы фиксироваться как более или менее выраженные. Вместо того чтобы, например, оценить интенсивность печали на 8 баллов и тревоги — на 7, психиатр просто отмечает наличие соответствующих симптомов (то есть *да* или *нет*). Таким образом, если у пациента обнаруживается пять симптомов, то мы можем диагностировать тяжелую депрессию, а если их всего четыре, то поставить такой диагноз нельзя. В реальной клинической практике подобный подход приводит к щекотливым, порой абсурдным ситуациям, в которых мы вынуждены при постановке диагноза полагаться на свой предыдущий опыт и общее впечатление от пациента. Как можно понять из вышесказанного, само наличие разрозненных симптомов, таких как печаль, тревога или даже галлюцинации, не обязательно свидетельствует о психическом заболевании.



Использование классификации, основанной на бинарных категориях, имеет свои преимущества и недостатки. Основное преимущество состоит в том, что она обеспечивает эффективную коммуникацию между специалистами: двухстраничное описание обычно сводится к трем словам — «большое депрессивное расстройство». К тому же постановка диагноза зачастую приносит облегчение людям, которые

могут наконец понять и описать, что с ними происходит. Кроме того, они получают доступ к лечению и социальным ресурсам, эффективность которых была доказана на практике. Но есть и минусы, поскольку диагноз по большому счету так и остается гипотезой: «Я считаю, что паттерн мыслей, эмоций и поведения этого человека эквивалентен паттерну большого депрессивного расстройства». Как и в случае с любой другой гипотезой, это может привести к ложноотрицательным или ложноположительным результатам и неприятным последствиям для пациента в обеих ситуациях. Вдобавок постановка диагноза может послужить источником стресса, особенно в обществе, где любые ментальные расстройства стигматизируются⁹.



Помимо этого, и в DSM-5, и МКБ-10 подчеркивается: диагноз «психическое расстройство» ставится только в том случае, когда наблюдается значительный дискомфорт или ухудшение качества жизни человека в личной, социальной или профессиональной сферах. Например, маниакальный эпизод не всегда отвечает первому условию, но обязательно соответствует второму. Вместе с тем к каждому из возможных диагнозов добавляются два очень важных критерия: наблюдаемый паттерн не должен быть результатом воздействия токсичного вещества или следствием соматического заболевания (как мы уже отмечали, анемия может сопровождаться симптомами большого депрессивного расстройства).

Третий часто упоминаемый критерий заключается в том, что определенный паттерн нельзя объяснить никаким другим психиатрическим диагнозом. Таким образом, мы должны регулярно проверять наличие других расстройств, *сходных* с тем, которое мы подозреваем. Эта задача, известная как *дифференциальная диагностика*, часто вынуждает психиатра задавать пациенту множество дополнительных вопросов. Воспользуемся простым примером, чтобы показать, насколько важна грамотная дифференциальная диагностика. Один из распространенных поводов для посещения психиатра — необъяснимое *чувство грусти*, которое зачастую сопровождается признаками, позволяющими заподозрить большое депрессивное расстройство.

Конец ознакомительного фрагмента.

Приобрести книгу можно

в интернет-магазине

«Электронный универс»

e-Univers.ru