



## ОГЛАВЛЕНИЕ

Об авторе .....	6
Предисловие .....	9
Список сокращений и условных обозначений .....	14
<b>Глава 1. Из истории психиатрии .....</b>	<b>15</b>
1.1. Периоды и этапы развития психиатрической помощи .....	15
1.2. Психиатрия — часть научно-практической клинической медицины .....	22
1.3. Современные проблемы психиатрии .....	27
<b>Глава 2. Состояния психической дезадаптации при нарушениях адаптационного барьера .....</b>	<b>33</b>
2.1. Системный анализ состояний психической дезадаптации .....	33
2.2. Основные подсистемы единой функциональной системы, обеспечивающей психическую деятельность .....	41
2.3. Барьер психической адаптации .....	59
<b>Глава 3. О механизмах развития невротических расстройств .....</b>	<b>67</b>
<b>Глава 4. Методические особенности обследования больных с пограничными психическими расстройствами .....</b>	<b>80</b>
4.1. Клинический метод в психиатрии .....	80
4.2. О возможностях использования в психиатрии и психофармакотерапии принципов доказательной медицины .....	89
4.3. Многовекторный анализ динамики состояния больных и действия психотропных препаратов .....	95
4.3.1. Сравнительная оценка действия транквилизаторов .....	95
4.3.2. Оценка основных психопатологических расстройств и показателей действия психотропных препаратов у больных с непсихотическими психическими расстройствами .....	96
4.3.3. Многовекторный анализ .....	112
<b>Глава 5. Организация помощи больным с пограничными психическими расстройствами .....</b>	<b>117</b>
<b>Глава 6. Классификация и группировка пограничных психических расстройств .....</b>	<b>124</b>
<b>Глава 7. Пограничные психические расстройства, выделяемые в Международной классификации болезней 10-го пересмотра, и их терапия .....</b>	<b>160</b>
Тревожно-фобические расстройства (F40) .....	160

Другие тревожные расстройства (F41) . . . . .	164
Обсессивно-компульсивное расстройство (F42). . . . .	167
Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации (F43) . . . . .	169
Диссоциативные (конверсионные) расстройства (F44). . . . .	177
Соматоформные расстройства (F45) . . . . .	181
Неврастения (F48) . . . . .	185
<b>Глава 8. Невротические расстройства . . . . .</b>	<b>187</b>
<b>Глава 9. Расстройства зрелой личности и поведения (психопатические расстройства) . . . . .</b>	<b>192</b>
9.1. Клинические варианты расстройств личности (Б.В. Шостакович) . . . . .	192
9.2. Классификационная схема психопатических расстройств (по Корсакову С.С., Ганнушкину П.Б. и их последователям) . . . . .	223
<b>Глава 10. Зависимость клинических проявлений пограничных психических расстройств от индивидуально-типологических особенностей больных . . . . .</b>	<b>238</b>
<b>Глава 11. Пограничные психические расстройства при соматических заболеваниях . . . . .</b>	<b>257</b>
<b>Глава 12. Экологическая психиатрия и пограничные состояния . . . . .</b>	<b>277</b>
<b>Глава 13. Пограничные психические расстройства у больных, перенесших травму головного мозга . . . . .</b>	<b>282</b>
<b>Глава 14. Социально-стрессовые расстройства . . . . .</b>	<b>290</b>
14.1. Макросоциальные стрессовые ситуации. . . . .	290
14.2. Клинико-социальные вопросы формирования социально-стрессовых расстройств . . . . .	296
<b>Глава 15. Психические расстройства при чрезвычайных ситуациях . . . . .</b>	<b>309</b>
15.1. Психические расстройства в разные периоды развития чрезвычайных ситуаций . . . . .	312
15.2. Лечение пострадавших при стихийных бедствиях и катастрофах . . . . .	333
15.3. Профилактика психогенных расстройств в экстремальных условиях. . . . .	338
<b>Глава 16. Терапия больных с пограничными психическими расстройствами . . . . .</b>	<b>342</b>
16.1. Общие вопросы терапии . . . . .	342

---

16.2. Психофармакотерапия . . . . .	355
16.3. Основные психофармакологические препараты, применяемые для лечения больных с невротическими и соматоформными расстройствами. . . . .	362
<b>Глава 17. Психотерапия при пограничных психических расстройствах (Б.Д. Карвасарский) . . . . .</b>	<b>368</b>
17.1. Основные направления современной психотерапии и тенденции ее развития . . . . .	368
17.2. Критерии и методы оценки эффективности психотерапии . . . . .	379
17.3. Определение показаний и особенности психотерапии при основных формах пограничных психических расстройств . . . . .	382
17.4. Основные методы психотерапии . . . . .	389
<b>Глава 18. Немедикаментозные методы терапии больных с пограничными психическими расстройствами (В.А. Тихоненко, М.А. Елфимов) . . . . .</b>	<b>396</b>
Электролечение. . . . .	396
Гидротерапия . . . . .	399
Гипербарическая оксигенация . . . . .	403
Метод биологической обратной связи . . . . .	404
Фототерапия . . . . .	406
Вибромассажная релаксация. . . . .	407
Иглорефлексотерапия . . . . .	408
Двигательные методики . . . . .	409
Массаж . . . . .	410
Терапия депривацией (лишением) сна . . . . .	411
Ароматерапия . . . . .	412
Криотерапия . . . . .	413
Методы лечения с помощью пластырных повязок. . . . .	414
<b>Глава 19. Общие замечания о развитии пограничной психиатрии . . . . .</b>	<b>416</b>
<b>Глава 20. О природоподобии и общей теории объединения и развития . . . . .</b>	<b>425</b>
<b>Приложение 1. Словарь основных понятий и терминов, используемых в пограничной психиатрии . . . . .</b>	<b>430</b>
<b>Приложение 2. Неврологическое обследование больных . . . . .</b>	<b>499</b>
Список литературы . . . . .	532
Предметный указатель . . . . .	539

## Глава 1

# ИЗ ИСТОРИИ ПСИХИАТРИИ

---

### 1.1. ПЕРИОДЫ И ЭТАПЫ РАЗВИТИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Психиатрия как самостоятельная клиническая дисциплина с точки зрения исторического развития сформировалась относительно недавно — немногим более 200 лет назад, когда появились первые научные представления о болезненных нарушениях психической деятельности человека. Однако в практической медицине она получила признание значительно раньше и по праву относится к числу наиболее древних медицинских специальностей, которые по мере развития знаний о болезнях человека сформировали основу современной клинической медицины. Становление психиатрии было обусловлено необходимостью оказания помощи людям с психическими расстройствами и защиты окружающих от их нелепых, а иногда и опасных поступков.

На всех этапах становления и развития психиатрии на нее в большей мере, чем на другие области медицины, влияли господствовавшие религиозные, философские, мировоззренческие взгляды. Именно с этим связаны непростые судьбы психически больных. Во время психической болезни в одних случаях резко, в других постепенно могут меняться характерные свойства личности человека, многие его поступки становятся непонятными, не соответствуют общепринятым нормам, а иногда и противоречат окружающей обстановке. В результате заболевшие перестают быть нужными и полезными для окружающих, а нередко становятся опасными. В таких случаях применение к больному вынужденного насилия бывает необходимым условием сохранения жизни и его самого, и окружающих.

Отношение здоровых к людям с психическими нарушениями и организация ухода за ними всегда так или иначе отражают не только собственно медицинские возможности, но и состояние культуры общества, его гуманность. В этом смысле можно выделить три этапа в истории психиатрии. Они свидетельствуют об эволюции взглядов на существо психических нарушений и обусловленные этим формы помощи больным.

*Первый период* начался с развитием первобытно-общинного общества, когда в мировоззрении человека преобладал наивный реализм. Несколько позже сформировались анимистический взгляд на окружающее и демонологические воззрения на сущность психических расстройств. Донаучный примитивно-теологический период продолжался веками и сводился к изоляции психически больных и избавлению от них, а иногда к их обожевлению и преклонению перед ними. До появления эллинской медицины врачебная помощь при психических расстройствах в современном понимании отсутствовала. Однако шло накопление эмпирических сведений о психических нарушениях. Важно подчеркнуть, что первые попытки описаний и систематизации психических расстройств в Древней Греции дали обозначения болезненных состояний, в дальнейшем прочно вошедшие в психиатрическую терминологию: мания (в древнегреческой мифологии Мания — богиня безумия), меланхолия, эпилепсия, паранойя и др.

При анализе патогенеза болезни уже в XVIII—XIX вв. врачи стремились проследить постепенный переход от нормальных явлений к патологическим, определить сущность болезни, механизм патологического процесса, взаимосвязь болезненных симптомов и общие законы, которым подчиняются многочисленные и разнообразные патологические явления. При этом общепатологические концепции в отечественной медицине базировались на прогрессивном понимании природы болезненного состояния. Приват-доцент Императорского Санкт-Петербургского университета А.И. Тальянцев в учебном курсе патологии, например, дал вполне современное определение общей патологии: «Наука о болезненных процессах, изучающая причины возникновения, механизмы развития и течения болезней». Он отмечал, что патологические процессы не могут быть объяснены при помощи только анатомии и физиологии. Для их понимания необходимо знание общих условий возникновения и развития болезней и «причин, их производящих». Болезнью называли «уклонение от нормального жизненного процесса, происходящего под влиянием ненормальных условий (болезненных причин) и нарушений регуляторной способности организма». В полной мере это относилось к зарождавшейся научно-клинической психиатрии. В лечебной практике уже в тот период выделяли 3 основных направления изучения больных: 1) расспрос, направленный на выяснение причины болезни и изучение функций и систем организма; 2) длительное динамическое изучение состояния больного; и 3) в случае наступления смерти, обнаружение «внутренних» и «внешних» причин болезни.

Общие подходы к пониманию болезненных расстройств нашли отражение в развитии принципов зарождающейся клинической психиатрии и деятельности первых поколений психиатров, заложивших основу **второго** — клинико-наблюдательного — **периода** развития психиатрической помощи. Он характеризуется крушением суеверий во взглядах на сущность психических расстройств и утверждением в медицинской практике понимания того, что психические нарушения являются проявлением болезни, требующей медицинской помощи. При этом ведущее место занимали (а в ряде случаев занимают до сих пор) преимущественно описательные подходы к оценке и классификации болезненных нарушений и, пользуясь современным определением, пассивная терапия.

По мере накопления научных знаний о психической деятельности человека и познания сущности психических заболеваний происходил постепенный переход к **третьему** — медико-социально-терапевтическому — **периоду** развития психиатрии, продолжающемуся до сих пор. Он характеризуется формированием нозологического принципа выделения отдельных психических заболеваний, появлением методов обоснованной и целенаправленной терапии и реабилитации больных с психическими расстройствами, пришедших на смену трудовой терапии и использованию в основном эмпирически подбираемых лекарственных средств. С начала этого периода наблюдалось интенсивное развитие научных основ психиатрии: создавались новые концепции, уточнялись понятия, пересматривались старые, необоснованные взгляды на природу психических нарушений, формировались подходы не только к констатации, но и к пониманию клинических и общебиологических особенностей основных психических заболеваний.

Наряду с этим во второй половине XX столетия в период постиндустриального изменения условий жизни и деятельности больших групп населения и развития экономической основы общества все больше внимания уделялось социально-психологическим проблемам. Среди них приоритетное значение приобретал интерес к оценке психического здоровья и нездоровья вначале у людей, работающих в сложных и опасных производственных условиях, и у военнослужащих, а затем и в самых разных группах населения. Во многих случаях начали проводить профессиональный служебный отбор с участием врача-психиатра, появились различные организационные формы психологического и психосоматического консультирования. Развивающаяся клиническая и профилактическая психиатрия стала базой для перехода от призрения лиц с психическими расстройствами и их изоляции

от общества к познанию природы психических болезней и целенаправленному дифференцированному лечению больных.

В наиболее обобщенном виде история психиатрии в соответствии с вышеуказанными периодами может быть представлена как *движение от призрения психически больных к их активному лечению*. Периодизация развития психиатрии носит весьма условный характер. Многие нерешенные вопросы переходили из периода в период и существовали на протяжении многих десятилетий. Однако их выделение позволяет проследить эволюцию психиатрии, выявить ее место в медицинской науке и практике и более четко ориентироваться в оценке тех или иных событий.

Организация психиатрической помощи как самостоятельной области медицины формировалась в России, как и в других странах, исходя из практической потребности лечения «сумасшедших»<sup>1</sup> и ограждения общества от их «безумной» деятельности. Этим обусловлено появление странноприимных заведений, монастырских приютов, доллгаузов, а в дальнейшем и специальных больниц. Наряду с этим развитие медицины, в том числе и клинической психиатрии, необходимость эффективного лечения больных и квалифицированной врачебной помощи потребовали развития не только практической психиатрии, но и ее научного обоснования.

Принято считать, что в научной и практической психиатрии в России можно выделить несколько этапов. Во-первых, монастырский период, начавшийся в XI столетии и продолжавшийся до 1775 г. — времени открытия первых доллгаузов. В этот период, судя по «Изборнику Святослава», болезни разграничивались только на две группы «недуги плотные» (соматические) и «душевные». Пояснения по этому разделению можно найти у Ф.С. Текутьева, писавшего о том, что болезни «во всем своем пространстве» могут рассматриваться в неразрывном союзе между нарушенными внутренними и другими отделами, которые в совокупности являются производными одного объекта — телесной основы. В отличие от этого душевные болезни определяются «духовной субстанцией».

Второй этап (1775–1864) определялся основанием приказов общественного призрения, организацией психиатрических больниц и появ-

---

<sup>1</sup> В русском языке понятие «сумасшедший» использовалось с определенными смысловыми особенностями. Вначале оно обозначало человека «с ума ушедшего», т.е. удаляющегося от ума, но еще не пришедшего в безумное состояние. Позже в просторечии и в литературном языке появилось определение «сумасшедший» (без буквы «с»). Сумасшедшим мы называем человека, уже сошедшего с ума, в том числе лишившегося его вследствие болезни.



лением врачей-психиатров. Третий этап, связанный с развитием земской медицины, завершился после революционных событий 1917 г. Последующее столетие по существу является периодом формирования научной основы психических заболеваний и современной организации помощи психически больным.

В соответствии с указанными этапами в истории психиатрии XVIII столетие можно считать веком начала организации специализированных учреждений для психически больных, XIX столетие — веком создания учебных кафедр психиатрии и клинически обоснованного описания большинства психических расстройств, XX столетие — веком организации научно-исследовательских институтов и научных центров, формирования и реализации научно-практической парадигмы системного диагностического и лечебного подхода при оказании психиатрической помощи. Можно предполагать, что дальнейшее развитие психиатрии будет зависеть прежде всего от расширения фундаментальных знаний о психической деятельности и понимания сущности психических заболеваний. При этом многое будет определяться новыми методами научного познания и взаимодействием психиатрии с другими областями науки. Возможно, XXI столетие станет веком расцвета научной, а затем (на новой научной основе) и практической психиатрии, что позволит значительно улучшить диагностику, повысить эффективность лечения, направленного на предотвращение хронизации заболевания и профилактику инвалидизации больных. При этом следует признать, что прогресс психиатрии был бы невозможен без знаний о психическом здоровье и психических болезнях, полученных в прошлом.

Первых профессиональных психиатров отличали ответственность за свои поступки и высокая образованность (многие из них учились и совершенствовались в лучших европейских клиниках). Психиатры XVIII в. — начала XX в. хорошо знали разные области клинической медицины, нейроанатомии, что позволяло системно анализировать болезненное состояние пациентов. Высокая эрудиция и опыт позволяли многим психиатрам не только оценивать клинически выявляемые психопатологические нарушения, но и довольно быстро составлять общее представление о жизни и личностной ситуации больных и их близких, об окружающих их людях и происходящих в обществе событиях.

Как правило, психиатры прошлого принадлежали к социально значимым слоям населения. Многих из них отличало стремление к активной и разносторонней общественной деятельности, в том числе желание создавать объединения и общества для улучшения призрания

и лечения психически больных и привлекать к решению проблем организации психиатрической помощи государственные службы, благотворительные организации и меценатов. Открытие каждой новой психиатрической больницы было праздником для всей психиатрической службы. Таким образом, постепенно сформировалось профессиональное содружество отечественных психиатров.

В XX в. в нашей стране произошел значительный прогресс в организации психиатрической службы, связанный с сохранявшейся на протяжении всего периода существования СССР социально-профилактической ориентированностью здравоохранения. Это позволило реализовать многие проекты в области охраны психического здоровья, лечения и реабилитации психически больных и подготовки специалистов.

В истории психиатрии можно выделить 2 основные тенденции ее развития. Во-первых, медленное, на протяжении нескольких столетий (приблизительно до середины XVIII в.), формирование научных представлений о психических расстройствах как о болезненных проявлениях. Странное и непонятное окружающим поведение душевнобольных долгое время не рассматривалось как признак психического нездоровья, поэтому вопрос о медицинской помощи «безумцам» не возникал. Основой всех лечебных мероприятий на протяжении многих столетий были различные варианты изоляции психически больных (странноприимницы, монастыри, доллгаузы и др.). Так общество защищало себя от дезорганизующей деятельности умалишенных.

Эта тенденция как отражение необходимости сохранения нормальной жизнедеятельности населения проявляется и сегодня в стигматизации психически больных. В ряде случаев действительно необходима их недобровольная (насильственная) изоляция (госпитализация). В психиатрические больницы могут быть направлены не только больные, осознающие свое состояние и стремящиеся к получению медицинской помощи, но и лица, не понимающие вреда, который они наносят окружающим своими обусловленными болезнью поступками. Направление даже в самые современные психиатрические учреждения зачастую вызывает страх. Люди боятся обследования у психиатра и помещения в больницу. Этот страх связан не только со сложностью лечебных вопросов и во многих случаях незначительной эффективностью терапии, но и с недостатками организации психиатрической помощи (отсутствие необходимых материальной базы и лекарственного обеспечения психиатрических учреждений). Он обусловлен также тем, что в самом начале развития психиатрии основным методом лечения было удержива-

ние больных с помощью цепей, смирительных кресел и рубашек и др., а также злоупотреблениями психиатрией в идеологических целях.

Несмотря на сохранение тенденции к изоляции психически больных, на протяжении десятилетий методические научно обоснованные подходы к распознаванию психических расстройств, вслед за фундаментальными открытиями, а главное — появлявшимися новыми видами лечения, значительно изменялись. Разрабатывались, особенно во второй половине XX в., лекарственные средства для купирования психомоторного возбуждения и терапии психозов, которые могли использоваться не только в стационаре, но и во внебольничных условиях. Были распознаны причины многих психических расстройств, связанные с травмами, экологическими вредностями, инфекционными и общесоматическими заболеваниями, а также с различными психотравмирующими (психогенными, социогенными) воздействиями. Это послужило основанием для разработки и внедрения в практику специальных средств профилактики и лечения больных и формирования современной биопсихосоциальной парадигмы психического здоровья, что требует партнерства врачей, сотрудников психиатрических учреждений, больных и их родственников. При этом в начале 1920-х гг. в отечественной психиатрии утвердилось положение о сущности психических расстройств, сформулированное в 1923 г. В.П. Осиповым, который писал: «Определить сущность душевной болезни можно только как мозговой болезни, выражающейся или сопровождающейся расстройством душевных отправления больного»<sup>1</sup>.

Вопрос о взаимоотношении физического и психического, привлекавший большое внимание исследователей, остается актуальным и в начале XXI в. Проблему сущности психического невозможно рассматривать в отрыве от вопросов религии, политики и права, с которыми она так или иначе связана. По мере развития медицинских знаний природа психопатологических феноменов все больше выпадала из поля зрения философского и религиозного анализа и переходила к научному анализу, который предполагал использование апробированных методов исследований, направленных на разработку объективного системного анатомо-физиологического представления о нервной и психической деятельности. Предметом изучения все в большей степени становилась функционально-органный база оценки психического состояния в норме и при психических расстройствах.

---

<sup>1</sup> Осипов В.П. Курс общего учения о душевных болезнях (на рус. яз.). Берлин, 1926. С. 13.

## 1.2. ПСИХИАТРИЯ – ЧАСТЬ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

Научная психиатрия началась с целенаправленного наблюдения поведения больных и выявления конкретных клинических фактов. Четкость описания этих наблюдений заслуживала первостепенного внимания. Однако в дальнейшем наряду с этим поиски сущности психических заболеваний начали требовать общего анализа множества прямых и опосредованных факторов, влияющих на психическое здоровье, и их научного моделирования.

За годы своего развития психиатрия прочно утвердилась в клинической медицине, хотя это было не просто. Прогресс психиатрии связан с формированием фундаментальных знаний о психической деятельности человека, с социальными условиями жизни, культурой и системой здравоохранения. Объективной необходимостью развития психиатрии, как одной из клинических специальностей, была потребность в объяснении и соответствующем лечении психических расстройств. При этом происходило как расчленение и дифференциация научных знаний о психической деятельности, так и их объединение при системном рассмотрении многих вопросов. Это проявилось в конце XVIII в. и в последующем сначала при отделении психиатрии от невропатологии, а затем в попытках их объединения, а позже в дифференциации различных направлений психиатрической практики.

В конце XX в. из психиатрии выделилась наркология, сформировались дифференцированные области психиатрической помощи: пограничная, детская, социальная, военная, биологическая психиатрия и др. Особое место в этом ряду занимает судебная психиатрия, оценивающая криминальное поведение человека, обусловленное психическим расстройством. За годы развития судебная психиатрия в нашей стране стала самостоятельной областью психиатрии, в которой работают высококвалифицированные специалисты, решающие экспертные вопросы по направлениям судебных и правоохранительных органов и занимающиеся изучением и лечением психических расстройств у больных, совершивших правонарушения. Она стала заниматься разными вопросами законодательства в области психического здоровья. Судебная психиатрия оценивает взаимосвязь психических заболеваний и преступности, разрабатывает системные критерии определения вменяемости, обосновывает программы лечения и реабилитации больных, совершивших преступления.

В истории психиатрии было немало драматических и трагических периодов. В их основе, как правило, лежало или особое идеологическое понимание сути психических расстройств, или их использование для решения конкретных неблагоприятных целей. В конце XX в. в России был принят закон «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», внесены изменения в нормативные документы, определяющие деятельность судебно-психиатрических экспертных комиссий. Это позволило создать условия для развития организационно-законодательной основы судебно-психиатрической службы, разработать правовые и этические основы психиатрической помощи, внедрить в практику новые виды судебно-психиатрических экспертиз, улучшить психиатрическую помощь заключенным в местах лишения свободы.

По аналогии с хирургией, где анатомический театр является основой подготовки специалистов, знание психопатологии — основа оценки квалификации любого психиатра. Выделение различных направлений психиатрии отражало необходимость во всестороннем анализе огромного клинического опыта и углубленном изучении психических нарушений с целью выработки дифференцированных организационных и лечебно-реабилитационных рекомендаций, т.е. необходимость совершенствования клинической практики. То же самое можно сказать и об условном разделении методов лечения (иногда противопоставляемых друг другу) на трудотерапию, психотерапию, психофармакотерапию и др. Все это было велением времени. Скорее всего, в будущем дифференциация психиатрии продолжится. Однако она сохранится как единая медицинская специальность, системно изучающая психические нарушения. Как свидетельствуют многочисленные факты, отказ от общего клинко-психопатологического анализа состояния больного заводит все новые и временно становящиеся модными методы изучения психически больных в теоретический и научно-практический тупик. Это определяет сложившуюся в отечественной психиатрии к концу XX в. точку зрения, согласно которой без знания проявлений психических расстройств (психопатологии) невозможно познание их сути.

Второй основной тенденцией развития психиатрии являлось выявление и анализ психопатологических проявлений. На основе наблюдений за больными разным поколениям психиатров удалось выявить и изучить практически все главные проявления (симптомы) психических расстройств. При этом с переменным успехом предпринимались попытки объединения и объяснения описываемых болезненных проявлений. В результате сложились современные классификации психических

расстройств. Описание психических нарушений легло в основу знаний психиатрии на всем протяжении ее существования как специальной области клинической практики. В этом отношении одна из особенностей формирования в России описательной психиатрии — ее связь с литературой. Многие писатели XVIII—XX вв., не только обладавшие художественным талантом и наблюдательностью, но и занимавшие высокое общественное положение, в своих произведениях рассказывали о проявлениях психических заболеваний и о проблемах развития психиатрии. Так, описание проявлений психических расстройств и судеб больных в произведениях Ф.М. Достоевского и указание на необходимость гуманного отношения к ним, по мнению его современников, способствовали началу реформ в домах умалишенных. Взаимовлияние психиатрии и литературы имеет и другое значение. Психопатологические проявления у героев литературных произведений и действительно существовавших исторических персонажей привлекали внимание психиатров, которые анализировали их жизнь и деятельность с точки зрения психопатологии. Вероятно, одной из первых в России публикаций патогRAFии была книга П.И. Ковалевского, посвященная рассмотрению заболеваний Ивана Грозного и других самодержцев (Харьков, 1890). В монографии известных психиатров О.Н. Кузнецова и В.И. Лебедева «Достоевский о тайнах психического здоровья» (М.: Российский открытый университет, 1994) рассказывается о том, как Ф.М. Достоевский анализировал «увиденные в себе» и «увиденные в других» психические нарушения. Герои книг Ф.М. Достоевского, И.С. Тургенева, Н.В. Гоголя, А.С. Пушкина, Л.Н. Толстого, А.М. Горького, А.П. Чехова, М.А. Булгакова и других писателей в значительной степени могут приводиться в качестве примеров нарушений психической деятельности в учебниках по психиатрии<sup>1</sup>.

Благодаря постоянно уточняемым клиническим описаниям психических расстройств были сформированы взгляды психиатров разных поколений на психические заболевания, терминологическая оценочная основа их определения и классификации. Попытки создания общепринятых в медицине нозографических концепций, как известно, часто затруднены прежде всего из-за несовершенства методов исследования и анализа состояния больных. Ведущими среди них были

---

<sup>1</sup> В вышедшей недавно в свет книге профессоров О.Ф. Ерышева и А.М. Спринца «Личность и болезнь в творчестве гениев» (СПб, Изд-во НКИ ПНИ им. Бехтерева, 2010, 300 с.) подробно рассматриваются психические болезни и личностные особенности многих выдающихся писателей, поэтов, художников и музыкантов.

наблюдение и клиническая оценка. Их результаты из-за невозможности четко доказываемого повторения и теоретического объяснения во многих случаях оставались не востребованными. История научных достижений в разных областях медицины свидетельствует о том, что для обобщающих концептуальных решений требуются более совершенные методы биологических исследований, однако их интерпретация не может быть оторвана от клинических проявлений болезненного состояния. Как следует из многих работ известных психиатров, при его оценке необходимы динамическая характеристика развития болезненного расстройства и попытка разделения относительно специфических и общих (неспецифических) симптомов психических нарушений. Это позволяет искать границы отдельных заболеваний, устанавливать их прогноз и обоснованно выбирать терапевтическую тактику.

В клинической медицине, как и в психиатрии, нозологическое выделение заболеваний только на основе описания и оценки болезненных проявлений — достаточно эклектичный и подвижный клинико-оценочный процесс. Болезни в этом отношении «смертны» и в неизменном виде редко существуют более столетия. Они во многих случаях возрождаются, но под другим названием и в иной форме. Это происходит при нахождении первопричины (сущности) болезненного процесса и появлении новых терапевтических возможностей. Так, к концу XX в. появилась тенденция к исчезновению шизофрении как отдельного заболевания и к пониманию его как группы болезней, объединяемых симптоматикой шизофренического спектра. Другим примером может служить расширительное понимание депрессивных расстройств и описание нескольких десятков их клинических форм.

Клинико-описательная основа психических нарушений послужила базой для следующего этапа развития психиатрии — попытки познания биологических и психологических механизмов психической деятельности, ее нарушений и разработки на этой основе научно обоснованных терапевтических средств и методов. Данный этап, опираясь на предыдущие, начался в середине XX в. с появления психофармакологических препаратов, ставших не только эффективными лечебными средствами, но и инструментом анализа патологических изменений в деятельности мозга у психически больных. Сотни миллионов больных, принимавших по медицинским показаниям психотропные препараты, выступают участниками условного «естественного лечебного эксперимента», который можно назвать «химическое вещество — психическая деятельность». Этот эксперимент еще далек от завершения, хотя за 60 лет

он принес значительные результаты в лечении психически больных и реорганизации всей психиатрической службы.

При этом психофармакологический бум второй половины XX в. противоречит отставанию ожидаемого излечивающего терапевтического эффекта психотропных препаратов и утрате веры больных и их родственников в быстрое действие «таблетки от психоза». Несмотря на многочисленные лекарственные средства, общее число психически больных не снижается. Во многих случаях при эндогенных заболеваниях наблюдается определенный терапевтический патоморфоз их отдельных клинических форм прежде всего в виде достаточно быстрого купирующего эффекта при острых психотических состояниях и действия смягчающего и отдаляющего развитие выраженных негативных психических расстройств. Это является веским основанием в принципиальном плане оценивать основное терапевтическое действие психофармакологических препаратов прежде всего как лечебных средств, направленных на устранение последствий болезненного процесса, а не на его первопричину. Определенное значение в недостаточной эффективности психофармакотерапии имеет неадекватное лечение, включающее позднее начало терапевтического курса (пропуск «терапевтического окна»), приводящее к хронизации болезненного процесса, отсутствие обоснованного выбора препарата, уровня назначаемых доз, учета индивидуальной чувствительности к лекарственным препаратам. Это требует от врача большого объема знаний, партнерства с больным и его родственниками и отхода от ремесленнического понимания назначения препаратов только на основе выявленного симптома и его сопоставления с зафиксированными показаниями к их приему [«симптом (синдром, состояние) — лекарство»]. При этом нельзя не учитывать, что в современных условиях с действием психотропных препаратов легко познакомиться по Интернету. Это создает определенные сложности при общении с «подготовленными» пациентами и их родственниками при получении информированного согласия на проведение терапии. Приостановление развития психофармакотерапии в значительной мере связано с тем, что в последнее время происходит известный кризис в создании и внедрении в практику новых психотропных препаратов. Ряд крупных мировых фарм-компаний, создававших психотропные препараты, снизили уровень инвестиций в исследовательские разработки в области психиатрии и создание новых антипсихотических, противодепрессивных, антитревожных средств. Существующее во многих странах, в том числе в России, аналоговое



(дженериковое) производство давно созданных психотропных средств нуждается в тщательном контроле выпускаемых препаратов и их соответствии оригинальным средствам. Имеющиеся экспериментальные клинико-фармакологические разработки отечественных и зарубежных исследователей при отсутствии необходимого финансирования не могут пройти все стадии изучения и быть в ближайшем будущем внедрены в практику.

Будущее психиатрии и прежде всего психофармакотерапии намного больше, чем раньше, зависит от развития фундаментальных научных знаний о деятельности головного мозга. Это, в свою очередь, требует сближения исследований, проводимых психиатрами, с работами в области биологии и в различных областях клинической медицины. Сравнить современное состояние психиатрической помощи с тем, что было, и видеть при этом значительные успехи можно. Но существует и другое сравнение: с тем, что должно быть. В этом случае высокие оценки неуместны, что позволяет формировать требования к дальнейшему развитию психиатрии и реализовывать пути к их осуществлению.

### 1.3. СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ

Наряду с проблемами собственно медицинского характера существуют некоторые общие причины современного общества, порождающие психические расстройства, а также препятствующие лечению больных. К их числу относятся следующие.

**Во-первых**, социальное неустройство больших групп населения в разных странах мира. Если говорить о развитых странах, это прежде всего локальные войны, экологические катастрофы, чрезвычайные состояния. Непосредственными, а главное, отдаленными, их последствиями являются расстройства, объединяемые в настоящее время психиатрическим диагнозом «посттравматическое стрессовое расстройство» (ПТСР), где основной травмой является душевное, а не физическое повреждение в результате жизнеугрожающей ситуации. ПТСР в качестве отдельного заболевания с клиническими формами и вариантами хорошо описано, в некоторых странах созданы специальные службы «ветеранов», оказывающие лицам с ПТСР медицинскую помощь и социально-психологическую поддержку. В нашей стране такого рода службы практически отсутствуют. К числу новых групп социально обусловленных ПТСР относят «синдром узников концентрационных

лагерей», «посттравматический невроз выживших», «военный (травматический) невроз», «синдром изнасилованных», «вьетнамский (афганский, чеченский и др.) синдром». Принципиально эти болезни не являются новыми психопатологическими образованиями, хотя в практическом плане их выделение облегчает лечебную и экспертную работу психиатров.

**Во-вторых**, социально-стрессовые расстройства, возникающие в результате макросоциальных изменений в обществе, затрагивающих большие группы населения и сопровождающихся переустройством общественных и социально-экономических отношений.

Изучение влияния социальных изменений на психическое здоровье в критические периоды развития общества на протяжении XX столетия поставило целый ряд новых психопатологических, терапевтических и организационных проблем, решение которых в значительной мере определяло как точки роста самой психиатрии, так и ее авторитет не только в медицине, но и в обществе в целом. В этом отражена постепенно складывавшаяся в психиатрии тенденция к изменению патоцентрической парадигмы на саноцентрическую, направленную на сохранение психического здоровья и использование различных психогигиенических и психопрофилактических мероприятий. Критические периоды, влияющие на психическое здоровье населения, как уже указывалось, в каждом столетии в разных регионах имеют свои особенности, определяемые экономическими, этническими, историко-культурными и другими факторами.

**В-третьих**, в настоящее время организационная структура психиатрической службы в разных странах, в том числе и в нашей стране, переживает значительные изменения, связанные со сближением специализированной и общемедицинской служб и появлением общественно-ориентированного контроля их деятельности. Это стало возможно начиная со второй половины XX столетия, прежде всего благодаря появлению психофармакологических лекарственных препаратов, а также улучшению обеспечения психиатрических учреждений. Следствием интеграции общемедицинской и психиатрической практики стало сокращение стационарной, создание и расширение разных форм внебольничной психиатрической и психосоматической помощи. В нашей стране этот процесс, к сожалению, слишком затянулся, он требует специального внимания со стороны как органов здравоохранения, так и общества в целом. При этом для укрепления авторитета психиатрии как клинической дисциплины необходима, с одной

стороны, интеграция с философией, социологией и другими немедицинскими науками, с другой — разобщение с ними. Социологизация и психологизация психиатрии в своем крайнем выражении формируют различные «антипсихиатрические» воззрения. Для противостояния им необходима масштабная кампания по изменению распространенного представления о том, что «психиатры многое знают, но ничего не могут». Оно в настоящее время значительно устарело — появились новые диагностические методы выявления нарушений деятельности головного мозга при психических заболеваниях, утвердились научные подходы к пониманию «специфического» и «неспецифического», «органического» и «функционального» в клинических проявлениях заболеваний, возникли принципиально новые терапевтические возможности. Это требует внесения серьезных корректив в достаточно широко еще распространенное понимание психических нарушений как проявлений духовных и социальных влияний.

Расширение среди населения информации о естественно-научной базе понимания природы психических расстройств необходимо в связи с сохранением и даже расширением в последнее время мистического понимания многими людьми психической деятельности и соответствующего шарлатанства неспециалистов при попытках оказания больным психиатрической помощи. Сложившаяся ситуация во многих случаях дискредитирует клиническую психиатрию и незаслуженно снижает ее авторитет в обществе. Появление большого числа практикующих психологов, не имеющих врачебного образования и не понимающих сути общеклинических и психопатологических процессов, мешает развитию психиатрической помощи. Обращение больных не к врачу-психиатру, а к психологу в ряде случаев ведет к неграмотному и несвоевременному назначению лечения. Распространенная у части населения боязнь при психическом нездоровье обращаться к психиатрам часто дорого обходится больному — первые проявления болезни, как известно, поддаются лечению гораздо лучше, чем запущенные ее формы.

В настоящее время остро стоит вопрос о необходимости расширения социальной службы, дополняющей лечебно-реабилитационное обеспечение больных и инвалидов с хроническими психическими заболеваниями. Особое значение это имеет в тех случаях, когда невозможно добиться излечения больного, хотя можно облегчить его состояние. В настоящее время в связи с отсутствием требуемого внимания общества и трудных финансовых условий деятельности социальная служба не может в полном объеме выполнять свои функции.