

Глава 2 | Я, ты, он, она. Личность и ее патология

Понятие акцентуации характера.

Скрытая и явная акцентуация

В этой главе мы поговорим о личности человека, о тех особенностях нашего характера и темперамента, которые подарили нам мама с папой. Отдельный разговор будет об изменениях личности при разных психических заболеваниях.

В тридцатых годах прошлого века великий русский психиатр Петр Борисович Ганнушкин создал учение о психопатиях, чем, по сути, открыл отечественную страницу пограничной психиатрии. А в 1976 году в СССР вышла на русском языке монография немецкого психиатра Карла Леонгарда «Акцентуированные личности». Во многом, говоря о клинической картине, он повторял Ганнушкина, но сам принцип выделения личностей, имеющих тот или другой акцент, был принят мировой психиатрией как открытие «малой психиатрии». Леонгард ввел промежуточную степень между нормой и патологией, которую именуется акцентуацией. При этом сначала выделяется скрытая акцентуация, то есть акцент, выделение, большее присутствие в характере человека той или иной черты, проявляющееся только в особых ситуациях, именующихся местом или ситуацией наименьшего сопротивления (*locus minoris resistentiae*). Затем описывается явная акцентуация, проявляющаяся в различных, в том числе, и обыденных, ситуациях практически всегда.

Представьте себе, дорогие читатели, три картошки. Одну чистит опытная хозяйка, любовно берет зрелый корнеплод и маленьким ножичком снимает тонкую шкурку. Образуется бело-желтая ровная поверхность с маленькими гранями. Почти круглая чищенная картошка — это модель нормальной личности человека, которую Бог любовно выстругал, будучи трезвым и внимательным. Вторую картошку берет ребенок — второклассник, уже имеющий опыт чистки картофеля, но делает он это еще неловко, по-детски, снимая толстую шкуру. Из-за неуклюжести движений несколько граней картошки получаются плоскими, заметно отличающимися от остальных. Это выделяющиеся грани, или акцентированные черты личности: Господь не выспался и спросонья слепил очередного Адама, не прилагая больших усилий и терпения. Вот личность человека, у которого в характере имеются такие выпуклые грани, заметно отличающиеся от иных черт его характера, и становится акцентуированной. Леонгард приводит литературные образы Достоевского. По нашему мнению, все его примеры из романов Федора Михайловича — это уже аномальные личности, психопаты.

Третью картошку берет в руки трехлетний малыш. Ему впервые мама доверила нож. Он приступает к чистке картофеля, решительно отсекая не столько шкурку, сколько дольки клубня. После такой чистки картошка выглядит как изуродованный плод. Всевышний не просто плохо спал, а проснулся после долгого запоя, у него тряслись руки, и он выстругивал почти вслепую явно нездорового Адама.

Такая картошка с огромным гранями и острыми шипами будет всем мешать, травмировать другие клубни и терять одну за другой выступающие части. Это уже не акцентуация, а аномалия личности, или психопатия.

Петр Борисович Ганнушкин и психопатии. Виды психопатий. Расстройства влечений

Что создает личность? У каждого из нас десятки и сотни больших и малых составляющих частей личности. Но есть три главные оси, на которые нанизываются все остальное. Темперамент, характер, мировоззрение — вместе они образуют ствол, на котором располагаются большие и маленькие ветви и веточки. Темперамент — это совокупность постоянных, устойчивых, индивидуально-неповторимых свойств личности, появление которых запрограммировано генетическим кодом родительских клеток, которые определяют динамику психической деятельности.

Из этого определения вытекает один чрезвычайно важный прогностический момент. Если темперамент устойчив и постоянен, любые попытки его исправить, подправить, подшлифовать окажутся безрезультатными и сугубо вредными. А ведь многие усилия педагогов и воспитателей, к сожалению, нередко направлены на это! Ребенок излишне подвижен, у него явный холерический темперамент — он срывает уроки, носится по коридорам школы на переменах, непослушен. К ногтю его! Исправим, успокоим, переделаем! Исправлял же Мичурин яблони, не ждал милости от природы и своими руками изменял натуру! Чем мы хуже? Молодой муж оказался тугодумом, медлительным увальнем, флегматичным — сначала долго думает, затем мало говорит. Юная супруга недовольна: «Ведь он меня любит, что стоит ему исправиться, стать спринтером, прыгуном, Ванькой-встанькой. Он должен блистать юмором, в мгновение выдавать КВН-тирады». Нет более быстрого способа разрушить молодую семью, испортить первоклассника, изуродовать подростка, чем попытаться твердый, уже сложившийся ствол изогнуть ивовой ветвью.

Характер — совокупность устойчивых и существенных индивидуально-своеобразных свойств личности. Обращаем внимание на слово «устойчивых». Опять, как и в определении темперамента, ученые подчеркивают это качество как важнейшее, хотя упускается уже свойство «постоянный». Следовательно, характер, вероятно, в течение жизни слегка меняется, правильно сказать, шлифуется, не теряя основных своих проявлений. Чем рубанок отличается от шкурки? Рубанком можно коренным образом изменить доску — уменьшить толщину, закруглить ребра. А шкурка лишь сгладит поверхность, но форма доски или иного изделия останется прежней.

При воспитании человека важно правильно поставить задачи. Вам не нравится черта характера — неаккуратность. Справедливое желание убрать это качество натолкнется на сопротивление. Можно заставить взрослого человека дважды в день чистить зубы, но сделать из него образцового аккуратиста, подобного операционной медсестре, невозможно! Можно быть недовольным рассеянностью и невнимательностью мужа, но сотворить из него сугубо педантичного и внимательного человека не удастся.

Совсем иное дело — мировоззрение. В течение жизни каждый из нас может его менять, приспосабливаться к иному, в чем-то чуждому нам мировоззрению, перенимать у кумиров их взгляды и т. д. Миллионы людей, искренне строивших коммунизм в отдельно взятой стране, исповедуя «единственно верное учение», в течение 1990-х годов, исключительно быстро по историческим меркам, пересмотрели свои взгляды и отреликвились от марксизма-ленинизма. Особенно ярко это видно на примере отношения к религии и религиозным обрядам. Вчерашние коммунисты и руководители обкомов, центральных комитетов, парторги и рядовые члены партии сотнями и тысячами, как раньше ходили на демонстрации, стали с иконами и хоругвями маршировать в крестных ходах, стоять со свечками на богослужениях в соборах, сидеть на ковриках и касаться лбами пола в мечетях.

Получается, что максимальные воспитательные усилия следует направлять на формирование достойного человека, гуманное мировоззрение.

Ганнушкин описал несколько отдельных типов расстройств личности, о которых мы сейчас поговорим. В США в последние годы создана особая классификация расстройств личности, объединившая их в три кластера:

- 1) необычные или эксцентричные расстройства;
- 2) театральные, эмоциональные или колеблющиеся расстройства;
- 3) тревожные и панические расстройства.

Но вернемся к нашей первой отечественной классификации и «попробуем на зуб» типы аномалий личности, предложенные Ганнушкиным и задолго до него описанные гением Достоевского.

Истерическое, или демонстративное, расстройство личности

Американцы относят его ко второму кластеру. Принято считать (так и есть на самом деле), что чаще это расстройство личности встречается среди женщин, в силу превалирования вообще эмоциональной стороны во всей их жизни. Все авторы отмечают у таких личностей стремление обратить на себя внимание окружающих людей и отсутствие «объективной правды к себе и к другим» (искажение реальных соотношений). Леонгард выделял в первую очередь такие черты истероидных личностей, как аномальная способность к вытеснению, артистические способности. С чем врачу-психиатру приходится сталкиваться при диагностировании данного характера? Незрелость личности, ювенилизация (то есть юношеский уровень развития) или пуэрильность (то есть детскость) характера. Стремление быть в центре внимания, эмоциональное восприятие мира, легковесность и поверхностность эмоций и чувств, стремление к «уходу в болезнь» при необходимости решения трудных жизненных коллизий, склонность к фантазированию, порой псевдологии (болезненному, ложному фантазированию). При этом в свои фантазии и ложь такие люди верят сами и убеждают других.

Пример

Перед группой студентов медицинского колледжа появляется молодая женщина (29 лет). Работает руководителем танцевального ансамбля. Окончила «кулёк» — Институт культуры. Поступила в дневной стационар психоневрологического диспансера с жалобами на мигрень, слабость, мигрирующие боли в нижней части живота, бессонницу. Объективных проявлений какой-либо соматической патологии при осмотре не обнаружены. Демонстративна. Кокетлива. Выглядит моложе своих лет, инфантильного телосложения. Худенькая, грациозная. В личной жизни неустроенная. Мы просим ее, учитывая артистические способности, изобразить выступление на показе мод весеннего сезона. Вот подиум, вот зрители, вот главный артист. Наша девушка подняла головку, приподняла плечики, пошла, пошла походкой от бедра. Как замечательно похоже на парижский подиум. Мы просим перейти на показ мод летнего сезона, и тут же наша героиня приподнимает юбку, выставляя напоказ стройные ноги, демонстрируя летнюю мини-юбочку. Похвалили мы ее и предложили показать сильно пьяную женщину, мешающую пассажирам, скопившимся на остановке автобуса. Что-то случилось с нашей артисткой: грубо, вульгарно и непохоже она пыталась изобразить пьяницу.

В этом и заключается отличие профессионального артистизма от артистизма демонстративной личности. У последней результативно будет только одобряемое и приемлемое аудиторией поведение, такое, какое может вызвать похвалу и поощрение. Настоящий же артист одинаково талантливо изображает различные формы поведения, в том числе и негативно принимаемые обществом.

Психастеническое расстройство личности

Психастеническое расстройство личности (в современных классификациях — *ананкастное*) характеризуется чрезмерной склонностью к сомнениям, поглощенностью деталями, излишним упрямством, а также периодически возникающими страхами и/или компульсиями, то есть симптомом, представляющим собой периодически возникающее навязчивое поведение, ритуалы или ментальные акты, действия, которые, как человек чувствует, он вынужден выполнять. Для личностей такого склада характерны тревожность, склонность подвергать все сомнению, преимущественно рациональное, рассудочное познание и взаимодействие с миром, трудность в принятии решений и совершении выбора — *амблиной* (болезненное затруднение в принятии какого-либо решения). Для психастеников характерны нерешительность, мнительность при оценке своего здоровья и здоровья близких. Современный «человек в футляре», изображенный Антоном Павловичем Чеховым, выглядит зачастую преуспевающим бизнесменом, но внутри его души происходит постоянная внутренняя борьба, непрекращающееся самоедство, жертвой которого неизменно становится он сам.

Располагает к такому характеру интровертированность (склад личности, характеризующийся склонностью к жизни в мире собственных мыслей, представлений и чувств, слабостью контактов с окружающими людьми, пассивностью) как врожденное свойство темперамента человека. Эти личности являются безупречными работниками, находясь на ответственных постах, они многократно перепроверяют себя, они идеально созданы для аудита в любых сферах. Лучшие инспекторы, бухгалтеры, ревизоры формируются из этой когорты. В отличие от демонстративных, истероидных личностей, среди психастеников, наоборот, преобладают мужчины, и понятно почему. У сильной половины человечества имеется генетически закрепленное преобладание рационального мышления над эмоциональным познанием мира и людей. Именно поэтому мужчины чаще ошибаются в оценке других людей. Помните, в знаменитом фильме «Место встречи изменить нельзя» глава банды «Черная кошка» Карп (Горбатый), посмеиваясь над Шараповым, изрек, что женщину не обманешь, она сердцем видит. Психастенические личности нередко страдают функциональными расстройствами, природа которых кроется в нарушении принципа «невмешательства» сознания в автоматизированные функции внутренних и некоторых наружных органов. Избыточная рассудочная деятельность их психики ломает автоматизм биологически запрограммированных функций речи, моторики, сексуального поведения.

Лет двадцать пять назад в купе поезда дальнего следования одному из авторов довелось услышать исповедь молодого человека. Размеренный перестук колес, небольшое количество хорошего коньяка, доверительная атмосфера общения и крепкий сон остальных пассажиров купе расположили его к долгому рассказу случайному собеседнику.

Пример

Рос Сергей в уютной атмосфере с любящими его людьми — отцом и матерью. В детстве часто болел, заикался, был пугливым и обидчивым. Учился блестяще. Побеждал на всяческих олимпиадах. После окончания школы поступил в медицинский институт. Много читал, пропадая в библиотеках вечерами и в выходные дни. Не любил вечеринки, танцульки и студенческие попойки. Вел очень скромную жизнь. На втором курсе познакомился со студенткой педагогического вуза того же города, бесшабашной особой, яркой блондинкой, уверенно захватившей душу нашего железнодорожного попутчика. Спустя неделю на прогулке по городскому парку «мисс пединститут» затаячила «героя нашего времени» на маленькую полянку, отгороженную от остального парка кустами акации, и скинула с себя летний халатик. Увидев прямо перед глазами оголенные прелести понравившейся девушки, Сергей испугался, забормотал: «Что же это, как же это?» Начал судорожно оглядываться по сторонам, думая мыслями героя А. П. Чехова, учителя Беликова: «Как бы чего не вышло». Через пару секунд у Сергея случилось то, что должно было случиться. Вместе с внезапным семяизвержением он потерял способность к каким-либо действиям. Ему было невыносимо стыдно и гадко.

Глава 4 | Биполярное аффективное расстройство

Выделение маниакально-депрессивного психоза

Эмилем Крепелином

В последней трети XIX века, выдающийся немецкий психиатр Э. Крепелин, одновременно с описанием и выделением в качестве отдельной болезни раннего слабоумия (*dementia praecox*), описал также отдельной нозологической единицей маниакально-депрессивный психоз (МДП). В 1901 году в Уфе была издана на русском языке его замечательная книга «Введение в психиатрическую практику. 30 клинических лекций». Кто держал в руках старую букинистическую литературу, поймет нас, авторов, перелистывающих с трепетом пожелтевшие листы. Текст лекций набран дореволюционным шрифтом с буквами «ять» и сопровождается множеством ярчайших клинических примеров, язык прост и понятен.

Вот отрывочек, касающийся нашей сегодняшней темы. Описывая проявления особой меланхолии, отличающейся от депрессивного состояния при *dementia praecox*, Крепелин пишет: «Как учит наблюдение, это состояние характеризуется чрезвычайно характерным для совершенно иной болезни, которую мы обозначили именем маниакально-депрессивного помешательства по причинам, объяснение которых следует ниже. Болезнь эта протекает обыкновенно в виде целого ряда отдельных приступов, в большинстве случаев не однородных, а представляющих либо депрессивные состояния описанной формы, либо своеобразные состояния возбуждения, с которыми мы ближе знакомимся впоследствии. Приступы обычно отделяются друг от друга более или менее длинными свободными промежутками (то есть свободными от болезненных нарушений)». Одна цитата, а сказано всё!

Почему для многих пациентов диагноз биполярного аффективного расстройства предпочтительнее диагноза шизофрении

Прежде чем приступить к описанию «состояний возбуждения (ибо депрессивные приступы мы подробно описали в главе о депрессиях), поговорим немного об истории появления биполярного аффективного расстройства, скажем о том, почему для многих пациентов диагноз биполярного аффективного расстройства предпочтительнее диагноза шизофрении.

Итак, крепелиновское определение маниакально-депрессивного психоза долгое время было общепринятым в мировой психиатрии, и лишь с принятием в 1993 году новой классификации психических расстройств (МКБ-10) это название было заменено на «биполярное аффективное расстройство» (сокращенно БААР). Считалось, что термин «маниакально-депрессивный психоз» уже устарел, так как данное заболевание не у всех пациентов сопровождалось манией и депрессией, и не у всех больных выявлялись признаки психоза. Стало известно, что диагноз МДП обладает стигматизирующим действием по

отношению к больным. Так постепенно в лексиконе психиатров и пациентов вместо МДП стало применяться другое название заболевания — БАР.

Дело в том, что за весь XX век, после выделения отдельного заболевания, каким в прошлом столетии был маниакально-депрессивный психоз, такой диагноз десятки и сотни раз устанавливали представителям творческой интеллигенции и того слоя населения любой страны, который именуют богемой. Множество воспоминаний и художественных биографий направо и налево оперировали данным диагнозом для придания некоего туманного и загадочного флера героям этих биографий. Кто только ни приклеивал даже к А. С. Пушкину диагноз МДП, не говоря о Шумане, Шуберте, Вагнере, Скрябине, Листе и т. д.

У большей части населения, умеющего и любящего читать, сформировалось частично ложное представление, что МДП — своеобразная печать гениальности. Этому же, способствовал труд Чезаре Ломброзо «Гениальность и помешательство». При этом немногие знали, что так называемое помешательство не рождает гениев, а препятствует реализации гениальности в силу тяжелых изменений личности.

Действительно, при МДП, особенно с так называемым отчетливо биполярным течением, изменения личности весьма деликатны, межприступные периоды довольно чистые, и в эти периоды сохраняется трудоспособность человека. И это отличает типичное биполярное расстройство от шизофрении. Отсюда и иллюзии у многих, что диагноз БАР более предпочтителен.

Можно ли говорить о тенденциях «моды» в психиатрической диагностике?

Это особенно заметно при диагностике в частных лечебных учреждениях. Спрос рождает предложение. Какая разница, какой диагноз я запишу в карточке, если вообще заведу историю болезни. Главное — правильно назначить лечение, а пациент будет доволен таким богемным диагнозом. О том, что это не совсем так, что всякое душевное страдание — это испытание для человека, нам расскажет случай из жизни.

Пример

Доцент консерватории, замечательный музыкант, как раз из когорты той самой интеллигентной богемы, в семидесятые годы прошлого века, будучи больным МДП (так тогда именовалось биполярное аффективное расстройство), продолжал трудиться на ниве музыкального образования и большой концертной деятельности.

Обычно каждый год под осень у него начинался приступ депрессии. Он увядал и был уныл, как та пора — «очей очарованье». Месяц-полтора он еще силится преподавать, но уже не выступал с фортепианными концертами. За два-три месяца до Нового года депрессия усиливалась, он испытывал тоску, становился медлительным, старел лет на десять, пару раз совершал суицидальные попытки, уходил на больничный лист на

2–3 месяца и получал весьма массивные дозы антидепрессантов либо дома, на амбулаторном лечении, либо в стационаре, где постепенно становился заурядным завсегдаем.

После Нового года происходило постепенное вхождение в обычную трудовую жизнь. Он проводил занятия со студентами, давал первые концерты в филармонии, улаживал свои домашние дела и к марту-апрелю приобретал вполне здоровый статус. Постепенно разглаживались ранние морщины, выпрямлялся стан, походка становилась горделивой, и вскоре начинался едва заметный подъем настроения. Первые признаки начинающегося приступа гипомании (слегка болезненного настроения, не достигающего степени мании), проявлялись возникновением своеобразного аффективного бриза, ветерка, не мешающего ему жить и творить.

Состояние это продолжалось не более месяца, но продуктивность его творчества выростала в десятки раз. Он успевал принимать экзамены, готовить студентов к конкурсам, давать ежедневно по два-три концерта, пописывать стихи и почитать новые модные книги. Супруга дисциплинированно следила за приемом препаратов лития, которые должны были предупредить развитие мании.

Но карбонат лития лишь продлевал длительность ремиссии. Наступал момент, когда ситуация выходила из-под контроля. Всегда по-разному. То в самом начале резвившегося приступа мании он устраивал скандал на совещании руководства консерватории, то выходил на концерт в джинсовых штанах, только что появившихся в стране, играл на бис после концерта С. Рахманинова шансонетки и джазовые миниатюры собственного сочинения, то в ответ на наложение штрафа за нарушения правил дорожного движения прибегал в управление Госавтоинспекции и разносил в пух и прах ее руководство. Несколько раз, в связи с резким усилением сексуального влечения, осуществлял «набеги Дон Жуана» (как сам именовал) — совершал многократные случайные половые контакты, о которых потом, уже в психиатрическом стационаре хвастался так: «Изнасильовал двадцать дам, но ни одна не написала заявление — все были в восторге!»

Но спустя пару недель, с улучшением психического состояния, виновато опускал взгляд, смущался и сообщал, что несколько преувеличил свои подвиги и никого не насильовал. «Так уж случилось, становлюсь очень эротичным!» — итожил пациент свое повествование.

Как-то однажды в ответ на вопрос, можно ли назвать вдохновением его состояние в начале приступа мании, отвечал с огорчением: «Какое вдохновение? Сума схожу — дурак дураком!»

Конечно, здраво рассуждая, можно квалифицировать повышение трудоспособности и результативность творчества пациента как побочный продукт начала клиники приступа. Но если бы это было единственным его проявлением? А куда девать антисоциальные действия, по которым в ряде случаев грозит уголовное преследование? А регулярно повторяющаяся дисквалификация на работе?

Основные проявления биполярного аффективного расстройства

Подробное описание депрессивного приступа как одного из двух главных составных частей биполярного аффективного расстройства (БАР) мы описали в главе о депрессиях. Сразу оговоримся, что в практике редко встречаются «чистые приступы». Но для понимания сути заболевания ограничимся классикой этого расстройства. Итак, депрессивная фаза представлена, как правило, клиникой классической эндогенной депрессии с ее триадой:

- 1) пониженным фоном настроения (предсердечной тоской);
- 2) замедлением мышления и речи;
- 3) двигательной заторможенностью.

А в чем же проявляется противоположный по клиническим проявлениям приступ — маниакальная фаза? Снова оговоримся, что мы будем говорить сначала о классической веселой мании. Ей тоже соответствует триада, только уже другой направленности. Первый составляющий триаду признак — повышенный фон настроения. Второй — ускорение мышления и речи, и третий — ускорение или усиление двигательной активности. Повышенный фон настроения часто проявляется в «солнечном», «радужном», «прекрасном» настроении (такими терминами его определяют сами пациенты). Чем это отличается от просто хорошего настроения? Интенсивностью веселости, степенью позитива эмоций, но главное, тем, что сами пациенты не считают поначалу это чем-то особенным, чем-то болезненным. Они констатируют замечательное настроение, которое может быть таковым и в окружении негативных факторов, печальности близких им людей каким-либо реальным событием, и даже на фоне неких трагических обстоятельств. Одно из основных доказательств болезненной природы гипомании и мании — отсутствие критического отношения к своему состоянию, то есть понимания болезненности этого настроения. Именно это обстоятельство придает приступу психотический характер и во многом определяет неменяемость при совершении антисоциальных действий.

Ускорение мышления и речи проявляется в ускорении ассоциативного процесса. Помните А. С. Пушкина: «И мысли в голове волнуются в отваге, и рифмы легкие навстречу им бегут, и пальцы просятся к перу, перо к бумаге, минута — и стихи свободно потекут». Великий наш поэт описывает ассоциативный процесс у психически здорового человека на фоне поэтического вдохновения. При маниакальном состоянии мысли волнуются сильнее, рифмы бегут быстрее, и развивается (при сильно выраженной мании) бессвязность

мышления. Она называется апрозектической или маниакальной. Ее особенностью является то, что любое внешнее впечатление, любая предыдущая мысль порождает следующую, и в течение очень короткого времени мышление перепрыгивает с одной темы на другую. Как бы быстро ни проходил ассоциативный процесс, почти всегда можно уловить связь последующей мысли с предыдущей. При других формах бессвязности мышления даже такая связь исчезает.

Движения больного становятся резче, активнее, совершаются быстрее в единицу времени, сопровождаются иногда танцевальными па, неуместными жестами рук, подъемами ног, передвижениями по комнате и иной лишней двигательной активностью.

У части пациентов вместо веселого повышенного настроения при развитии маниакальной фазы БАР появляется неадекватная раздражительность и гневливость. Такая форма носит именно такое название — «гневливая мания». Человек ранее покладистый и улыбчивый, вдруг начинает обвинять всех и вся во всем чем угодно. Обрушивает потоки критики в адрес правительства, соседей, начальства на работе, друзей-товарищей, близких и родных. Длится такая фаза в нескольких дней до пары-трех месяцев, в целом почти всегда меньше, чем фаза депрессии. Еще в последние годы нередко встречается такое проявление психомании, как неадекватная трата денежных средств и сбережений. Больные оставляют без средств к существованию собственные семьи, детей, иногда производственные коллективы.

БАР можно условно подразделить на три типа:

1) Биполярный психоз с преобладанием депрессий. Такой психоз чаще возникает до 25 лет. Проявляется преобладанием классических депрессий. Иногда возникают кратковременные гипоманиакальные эпизоды.

2) Биполярный психоз с преобладанием маний. Такие психозы чаще возникают в возрасте около 20 лет, начинаются почти всегда с маниакальной фазы. Такие эпизоды отмечаются чаще депрессивных. Нередко бывают сдвоенные фазы, когда сразу за маниакальным состоянием следует депрессия, преимущественно заторможенная.

3) Отчетливо биполярный психоз. Эта форма психоза чаще манифестирует поздно, ближе к 40 годам. Фазы длятся дольше, иногда до 5 месяцев и дольше. Депрессии длятся в среднем 2–2,5 года.

По современной международной классификации выделяют:

1) БАР I типа (БАР I), при котором пациенты имеют ярко выраженные маниакальные или смешанные эпизоды, обычно предшествующие депрессиям. Мания повторяется по меньшей мере 4 раза в год, эту форму можно назвать циркулярной манией.

2) БАР II типа обычно включает в себя один или несколько депрессивных эпизодов и как минимум один гипоманиакальный эпизод.

Глава 8 | Стрессы и психика. Новые вызовы и хрупкий человек

Посттравматическое стрессовое расстройство и терроризм

Острая реакция на стресс. Острые шоковые реакции описывались еще в начале XX столетия. В частности, немецкий психиатр Карл Клейст в 1917 году описал «психозы ужаса». В таких случаях описывались транзиторные (быстро проходящие) психические расстройства, сопровождающиеся нарушениями эндокринной сферы, вазомоторными реакциями, появляющиеся, как правило, у лиц, ранее психически здоровых. Стрессом в таких случаях были как природные, так и техногенные катастрофы и события, вызванные и созданные человеком, — землетрясения, наводнения, кораблекрушения, обстрелы, пожары, террористические акты — события, вызывающие массовые поражения людей и жертвы. Авторы различали две основные формы острой реакции на стресс: 1) сопровождающуюся резким двигательным возбуждением (гиперкинетическую) и 2) с обездвижением (гипокинетическую), вплоть до ступора. При реакции с повышенной двигательной активностью, достигающей степени «двигательной бури», поведение пораженных не целенаправленно, когда на фоне резкого страха и тревоги появляется психомоторное возбуждение с хаотическими движениями, бесцельным бегом. При этом у пострадавшего нарушается ориентировка в окружающей ситуации. Спустя 15–30 минут возбуждение прекращается. При массовом скоплении людей такая реакция крайне опасна и заразна. При гипокинетической реакции наблюдается реакция «мнимой смерти», которую впервые описал другой немецкий психиатр Эрнст Кречмер в 1924 году, — резкая двигательная заторможенность, до полной обездвиженности и мутизма (отсутствие речи). Такое состояние называется «аффектогенный ступор». Человек остается на том месте, где его застала катастрофа, он безучастен, взгляд пустой, устремлен в пространство. Длительность такого состояния от 2–3 часов до нескольких суток.

Пример

В диспансер на севере Урала была доставлена женщина в состоянии полного психогенного ступора. Ее занесли обездвиженной, удерживая в горизонтальном положении за руки и за ноги. Одна из присутствующих при этом пациенток заметила: «Смотри-смотри, как бревно тащат!» История этой женщины оказалась ужасной. Она возвращалась домой с работы, услышав по пути, что горит чей-то частный дом. Бегом кинулась к дому, а он полыхает, как факел, и ближе 50 метров подойти невозможно. На протяжении нескольких минут из дома раздавались крики детей — ее детей, сгоревших заживо. Она стояла застывшей статуей на том месте, куда прибежала. Ее не смогли сдвинуть с места и погрузили, словно неодушевленное тело, в машину скорой помощи. Из ступора она вышла спустя трое суток, но в течение полугода лечилась от тяжелой реактивной депрессии.

Расстройство адаптации — это психическое расстройство, возникающее при сильном психоэмоциональном стрессе, когда психика человека не способна адаптироваться к произошедшим изменениям в жизни. Расстройство считается психогенным, невротического уровня. Человек сохраняет адекватное восприятие происходящего. Расстройства приспособительных реакций широко распространены, они могут выявляться у 2–8 % людей в общей популяции, частота варьирует в зависимости от возраста. Люди с данным расстройством редко подлежат госпитализации в отделение психиатрии. Наиболее подвержены его развитию женщины, а также те, кто страдает сопутствующими тревожными расстройствами (около 50 %).

Различают нескольких видов реакции дезадаптации:

- депрессивная;
- тревожная;
- смешанные тревожно-депрессивные расстройства;
- поведенческие нарушения;
- смешанные эмоциональные и поведенческие нарушения.

Наиболее часто встречаются реакции дезадаптации с тревожными и депрессивными проявлениями.

Существуют основные факторы для развития расстройства: стрессогенные для конкретного человека изменения условий жизни; потребность адаптироваться к изменившимся условиям; индивидуальные нервно-психические особенности личности — сензитивность, мнительность, тревожность, эмоциональная лабильность. Для развития расстройства адаптации необходима индивидуальная предрасположенность и физическое или психологическое стрессорное воздействие. Стрессом в психологии называют состояние напряжения адаптационных механизмов. Стрессоры могут быть единичными, множественными и продолжительными по времени. Стрессоры не всегда являются психотравмирующими событиями, но могут послужить причиной нарушения адаптации. К частым стрессорным ситуациям относятся проблемы во взаимоотношениях, в профессиональной деятельности, возникновение чрезвычайных ситуаций и другие.

Нередко расстройство адаптации возникает у людей во время прохождения военной службы. Не каждый человек способен легко адаптироваться к новым условиям. Если солдат не способен самостоятельно пройти адаптацию к вынужденным изменениям привычных условий жизни, то можно говорить о расстройстве адаптации. Трудно выделить единую причину, послужившую развитию расстройства у военнослужащих. Как правило, на его возникновение влияет совокупность факторов. Расстройства адаптации широко распространены у детей (до 25 % всех психических расстройств). Изменения в системе образования, повышенные учебные нагрузки, смена режима питания и другие факторы повышают уровень невротизации и могут приводить к ухудшению социальной адаптации школьников.

Клинические проявления вышеописанных нарушений очень разные, но всегда сопровождаются соматическими и вегетативными симптомами, такими как:

- депрессивная симптоматика (подавленное настроение, сниженная самооценка, чувство бессилия в сложившейся ситуации, негативное восприятие окружающей действительности, снижение волевых способностей);
- тревожные проявления (чувство тревоги, настороженность, опасения по поводу дальнейшего течения ситуации);
- эмоциональная нестабильность (раздражительность, нервозность, импульсивность, перепады настроения, неадекватные реакции на ситуации);
- астенические расстройства (повышенная утомляемость, снижение работоспособности, нарушение концентрации внимания и памяти);
- поведенческие расстройства (замкнутость и избегание социальных контактов, конфликтность, склонность к агрессии и асоциальному поведению);
- вегетативные нарушения (тахикардия, повышенная потливость, зябкость, тремор, боли различной локализации и другие).

Чаще всего к врачу человек обращается с жалобами на вегетативные расстройства, которые могут проявляться преимущественно в одной системе органов, но в большинстве случаев присутствуют менее выраженные симптомы со стороны других органов. Для вегетативной дисфункции характерна смена одних симптомов на другие. С течением расстройства вегетативные нарушения приобретают четкий полисистемный характер. Клиническая картина зависит от степени тяжести и формы расстройства, может наблюдаться как преобладающая, так и смешанная симптоматика. Преобладание тех или иных симптомов зависит от индивидуальных особенностей личности и от конкретного социального обстоятельства.

Депрессивная симптоматика наблюдается в виде или короткой депрессивной реакции (не более одного месяца), или длительного депрессивного эпизода вследствие продолжительного воздействия стрессорной ситуации). В случае пролонгированной депрессивной реакции проявление других расстройств на фоне основного расстройства адаптации обычно продолжается не более 6 месяцев.

Мотивационные нарушения у людей, страдающих тревожными и депрессивными расстройствами, проявляются постоянным чувством усталости, общей слабости, нарушением аппетита. Аппетит может быть снижен или повышен, часто встречаются приступы компульсивного (навязчивого) переедания или резкое снижение массы тела. Сон становится поверхностным, возникают трудности с засыпанием, ранние пробуждения, отсутствует чувство отдыха после сна.

Расстройство адаптации классифицируется в зависимости от преобладающей клинической картины и временного промежутка.

Диагностика расстройства адаптации проводится по наличию клинических критериев, исследованию личности пациента различными методами, общему состоянию пациента и симптоматики.

Развитие клинической картины (симптомов эмоциональных и поведенческих реакций) происходит в течение 1–3 месяцев на фоне воздействия острого стресса или продолжительного стрессогенного фактора. Присутствуют различные по форме и тяжести клинические симптомы (аффективные и поведенческие расстройства, астеновегетативные проявления). При выраженном астеновегетативном синдроме требуется комплексное обследование организма. Наблюдается выраженный дистресс, непропорциональный стрессору. Проявления расстройства негативно влияют на социальную или профессиональную деятельность. Переживания человека напрямую связаны со стрессовой ситуацией и отражаются в симптоматике. Клиника расстройства адаптации не проявляется после шести месяцев с момента завершения воздействия стрессорного фактора (за исключением пролонгированной депрессивной реакции).

Дифференциальная диагностика проводится с другими невротическими расстройствами с преобладающей депрессивной и тревожной клиникой (генерализованным тревожным расстройством, депрессивным эпизодом) и расстройствами, вызванными стрессовыми факторами (посттравматическим стрессовым расстройством и острой реакцией на стресс). Данные расстройства имеют другие временные рамки и более точные характеристики стрессовых факторов и реакций пациента. Люди с выраженным посттравматическим стрессом, но не подходящие под критерии посттравматического стрессового расстройства или острого стрессового расстройства, могут иметь нарушение адаптации.

Лечение проводится в основном амбулаторно. При выраженных проявлениях расстройств показано стационарное лечение, которое обычно длится до одного месяца. При наличии неустойчивой ремиссии рекомендуется пройти амбулаторное лечение, длительность которого варьируется от трех недель до трех месяцев. Соматические ощущения, вызванные расстройством адаптации, устраняются после лечения самого расстройства.

При формирующихся патологических адаптивных установках показаны сеансы семейной и когнитивно-поведенческой психотерапии, а также других ее видов. Данные установки негативно влияют на взаимоотношения пациента с окружающими людьми. Психотерапия позволяет прояснить страхи и опасения пациента, причины развития расстройства. Работа со страхами помогает предупредить развитие выраженного тревожного и депрессивного синдрома. В данных целях используются такие психотерапевтические методики, как аутотренинг, релаксация, включение типичных для данного человека способов борьбы со стрессом.

После полного курса терапии симптоматика расстройства адаптации полностью исчезает или минимизируется, в зависимости от тяжести расстройства и сопутствующих ему заболеваний. Взаимоотношения в семье улучшаются, происходит восстановление социального статуса пациента, налаживается оптимальная трудоспособность.

Посттравматическое стрессовое расстройство (общепринятая аббревиатура — ПТСР) входит в большую группу психогенных психических нарушений, известных и описанных еще во второй половине XIX века. Яркие описания психогенных реакций с переживанием страха, связанного со смертельной опасностью при катастрофах и стихийных бедствиях, приводит в замечательном учебнике «Психиатрия. Руководство для врачей и студентов» 1935 года известный русский и советский психиатр Василий Алексеевич Гиляровский. Он информирует врачей и студентов о трудах немецкого психиатра Карла Клейста, описавшего особые случаи под названием Schreckpsychosen — кратковременные состояния угнетения с сильным страхом, иногда со ступором. При врачебном наблюдении за жителями Крыма, подвергшегося в 1927 году разрушительному землетрясению, различали непосредственную реакцию испуга и последующие нервные явления. Больные, попавшие в момент катастрофы, вскакивали в бессознательном состоянии и пытались куда-то бежать. Приходили в себя спустя длительное время. У других отмечалось оцепенение со ступором, как отмечает Гиляровский, аналогичное рефлексу мнимой смерти у животных. Первая мировая война принесла в американскую психиатрию термин «взгляд на две тысячи ярдов», который описывал состояния несфокусированного взгляда, часто наблюдаемого у солдат, перенесших боевую психическую травму. Война во Вьетнаме стимулировала исследования американских психиатров и психологов. По данным статистики, посттравматические симптомы проявились у 700 000 американских ветеранов этой войны. Советские психиатры тоже отмечали из опыта Великой Отечественной войны психические нарушения у солдат, перенесших тяжелые психогенные. Эти состояния активно изучались под самыми разными названиями («экзогенная реакция», «реактивное состояние», «реактивный психоз», «реактоз», «реактивная неврастения», «неврастеническая реакция», «истеротравма», «реактивный невроз» и другие), но полученные результаты не афишировались и отчасти были засекречены.

Поскольку совокупность симптомов была не похожа ни на одно из уже описанных психических расстройств, в 1980-е годы было предложено выделить это в виде отдельного синдрома, назвав его посттравматическим стрессовым расстройством. Это психическое расстройство диагностируется в виде отдельной нозологической формы в нашей стране только в последние десятилетия. Особенное внимание этому заболеванию у нас стали уделять после трагических событий Афганской и Чеченской войн. Если коротко суммировать суть психического расстройства — это выраженные психопатоподобные нарушения, появляющиеся спустя продолжительное время после сильной психической и физической травмы (полгода-год и более), сопровождающиеся навязчивыми воспоминаниями, навязчивыми сновидениями с яркой визуализированной картиной представлений и воспоминаний (flashbacks). Почти всегда представлены выраженные эмоциональные нарушения в виде дисфорий (мрачно-подавленного настроения), субдепрессии или даже депрессии, сопровождающиеся алкоголизациями, агрессивными вспышками и антисоциальными действиями. По данным Л. К. Хохлова и по нашим наблюдениям, первоначально возникшее функциональное нарушение замещается органическим поражением головного мозга с появлением различной выраженности психоорганического синдрома.

В исследованиях показано, что ПТСР развивается у около 20 % лиц перенесших тяжелый стресс. Самое интересное, что определенное количество времени пациент чувствует себя хорошо и сохраняет способность к нормальной деятельности, пока определенный фактор (известный, предполагаемый или неизвестный) не спровоцирует внезапное развитие типичного комплекса симптомов. Считают, что в среднем эпизод ПТСР продолжается 7 лет, при этом одни пациенты адаптируются к развившемуся состоянию раньше, другие страдают этим расстройством десятками лет.

Механизмы развития ПТСР до конца неясны. Считается, что ПТСР сопровождается чрезмерной активацией вегетативной нервной системы и ослаблением реакции выброса кортизола в ответ на стресс. Имеется несколько предварительных сообщений о том, что назначение кортизола при травме предупреждает развитие ПТСР.

Довольно сложно дифференцировать ПТСР и обычные последствия контузии мозга, что нередко бывает в силу особенностей военных действий в современную эпоху. ПТСР — это тяжелое нарушение психики, отсроченная и/или затянувшаяся реакция на краткое или продолжительное стрессовое событие. Помимо уже известных нам военных действий, есть множество других причин для развития этого заболевания: природные или техногенные катастрофы, террористические акты, несчастные случаи на производстве, пережитое физическое, сексуальное или психологическое насилие, вынужденное применение насилия в отношении других людей (защита своей жизни или жизни близких, в том числе и без превышения пределов необходимой обороны или с превышением таковой), смерть близкого человека, особенно ребенка, длительные и тяжелые заболевания, тяжелые и объемные хирургические операции и другие медицинские манипуляции, тяжелое отравление, употребление наркотических веществ из группы психоделиков и галлюциногенов. ПТСР входит в группу невротических расстройств вместе с тревожным, фобическим и паническим — механизм его действия кроется в ошибочной оценке возникшей психотравмирующей ситуации. После психотравмирующего события в нашей памяти закрепляется стойкий образ — особенная совокупность из различных обрывков памяти, которые напоминают о пережитом. Это могут быть и зрительные образы, и звуки, и запахи, и тактильные прикосновения. И когда окружающие предметы или явления окружающей жизни хотя бы отдаленно совпадают с этим запомнившимся образом — например, мы почувствовали тот самый запах, — мозг воспринимает ситуацию как реально опасную и запускает немедленную защитную реакцию. Это происходит быстро, автоматически — человек может даже не осмысливать происходящее. А из-за того что реальной опасности на самом деле нет, внезапная защитная реакция лишь усложняет нам жизнь, заставляет вести себя нелогично и даже пугающе для окружающих.

ПТСР включает следующие симптомы: навязчивые мысли и воспоминания, повторное «переживание» ситуации, избегание мыслей, воспоминаний и разговоров о травме, приступы паники и тревоги, вспышки гнева и агрессии (особенно если ситуация была напрямую связана с защитой своей жизни),