Каждый из нас может столкнуться с проблемами эмоционального состояния.
Но не каждый будет страдать психическим расстройством

МОЗГ PRO

НОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ



"Я ДУМАЮ, ЧТО ЭТО ПОТРЯСАЮЩЕ.
Я НЕ МОГ ОТОРВАТЬСЯ... ЭТО ФАНТАСТИКА!"
Ричард Мэйдли

МИРОВОЙ **БЕСТСЕЛЛЕР**

The mind

A USER'S GUIDE

Consultant Editor
Dr. Raj Persaud

НОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

Мозг PRO

Консультант
Радж Персоуд



РИПОЛ
КЛАССИК
Москва, 2010

УДК 159.9
ББК 88.52
П26

Перевод с английского А. А. Давыдовой

П26 **Pro мозг** / [конс. Р. Персоуд ; пер. с англ. А. А. Давыдовой]. – М. : РИПОЛ классик, 2010. – 640 с. – (Новый образ жизни).

ISBN 978-5-386-02542-7

Эта книга содержит наиболее полную и профессионально поданную информацию о сложном и не до конца изведанном современной наукой и медициной мире душевного здоровья. Книга была написана коллективом высококлассных специалистов в области психиатрии в сотрудничестве с Королевским колледжем психиатров Великобритании.

Сборник создавался как наиболее полный на сегодняшний день справочник для тех, кто ищет помощи в решении проблем людей, столкнувшихся с заболеваниями психики, а также для тех, кто заботится и ухаживает за такими больными.

Книга подробно рассказывает о строении и работе нашего мозга, о его возможных расстройствах, о диагностике психических заболеваний, способах их профилактики и лечения, об адаптации к жизни людей, страдающих психическими заболеваниями.

Особое внимание уделено наиболее острым проблемам современного общества, таким как стресс, депрессия, алкоголизм, наркомания, хроническая усталость, бытовое насилие. Главное, что авторы и составители справочника убеждены в том, что современная медицина может справиться с подавляющим большинством психических заболеваний и отклонений при своевременном обращении больного к специалисту. А для этого необходимо в первую очередь преодолеть укоренившиеся в обществе предрассудки в отношении профессиональной психиатрии.

Именно на это, а также на профилактику психических заболеваний, на сохранение психического здоровья и на улучшение качества жизни людей направлены усилия коллектива специалистов, подаривших нам эту крайне необходимую в каждой российской семье книгу.

УДК 159.9
ББК 88.52

Copyright © Royal College of Psychiatrists 2007. This edition is published by arrangement with Transworld Publishers, a division of the Random House Group Ltd. All rights reserved.

© Издание на русском языке, перевод на русский язык, оформление. ООО Группа Компаний «РИПОЛ классик», 2010

ISBN 978-5-386-02542-7

Мы посвящаем эту книгу тем, кто на каком-то этапе своей жизни переживал психическое заболевание, а также людям, которые о них заботятся. Мы надеемся, что эта книга станет полезным справочником для тех, кто ищет помощи. Несмотря на то, что психические заболевания имеют широкое распространение, в большинстве своем они излечимы и не должны служить поводом для дискриминации.

Вся информация в этой книге представляет собой справочный материал по обозначенным вопросам и не может заменить консультацию специалиста. Прежде чем начать, сменить или прекратить какое-либо лечение, всегда обращайтесь к квалифицированному врачу. По оценке авторов, сведения в справочнике точны и описывают положение в этой области медицины на декабрь 2006 года. Однако практика, законы и общие правила меняются, и читателю следует искать современный и профессиональный ответ на любые возникающие вопросы. Насколько позволяет закон, авторы и издатели снимают с себя всякую прямую или косвенную ответственность перед теми, кто неправильно использует представленную в этой книге информацию.

Благодарности

За вклад в создание этой книги Королевский колледж психиатров благодарит врачей-психиатров, широкий ряд специалистов, работающих в области психиатрии, пациентов, тех, кто о них заботится, а также сотрудников колледжа. Кроме того, мы хотим выразить нашу признательность команде Transworld за поддержку и твердое убеждение в необходимости публикации книги, рассказывающей о сложном и плохо понимаемом мире душевного здоровья.

Первая часть

Расстройства сознания

Предисловие

Психическое здоровье населения Великобритании в последние годы вызывает тревогу, и вот некоторые невеселые цифры.

- В любой момент времени примерно у 10 процентов населения фиксируется серьезный спад настроения или депрессия, а 15,5 процента людей сообщают о потере интереса или удовольствия от занятий, прежде доставлявших им радость.
- Лишь 12,5 процента из всех, кому поставлен диагноз тяжелой депрессии, прибегают к лечению этого расстройства.

Такое тревожное положение касается не только депрессии; большинство психических заболеваний, возникающих у людей нашего общества, остаются практически *незамеченными*. Исследование, проведенное профессором Робином Пристом и его коллегами из Медицинской школы больницы Сент-Мэри, показывает, что врачи с большой неохотой направляют пациентов к нужным специалистам, в том числе и к психиатрам. Это беспокоящее открытие может объяснить поразительную статистику, согласно которой в Великобритании около 90 процентов психотропных лекарств, предназначенных для лечения людей с психологическими проблемами (например, с депрессией или психозом), выписывают врачи общей практики. Иначе говоря, подавляющее большин-

ство тех, кому поставлен диагноз психического заболевания, вообще никогда не были у психиатра, психолога или другого специалиста по психическому здоровью.

Ученые называют такое явление «клиническим айсбергом»: психиатры видят лишь незначительный процент («верхушку») пациентов с психическими проблемами, в то время как в обществе скрыто огромное число никогда не наблюдавшихся у психиатров людей («подводная часть айсберга»).

В своем исследовании профессор Прист с большим пессимизмом оценивает вероятность улучшения этой печальной ситуации: врачи общей практики часто не имеют достаточного образования в области психиатрии. Исследование показывает, что, даже при наличии подготовки, необходимой для диагностики психического заболевания, терапевты чаще всего не способны определить депрессивное расстройство.

Профессор Пол Беббингтон, психиатр-исследователь Института психиатрии в Лондоне (ныне работает в лондонском Университетском колледже), не так давно провел исследование, обнаружив, что примерно одна из трех женщин и один из пяти мужчин на каком-то этапе своей жизни страдали депрессией. Эта статистика касалась городской части лондонского населения и не может служить показателем для всей страны. Тем не менее открытие действительно поразительное, особенно в том, что касается женщин.

Психические расстройства не только широко распространены, но часто приносят с собой дополнительные проблемы, так как не существуют в изоляции. Например, в течение года две трети людей с такими расстройствами, как депрессия, успевают столкнуться с тревожным состоянием и алкогольной или наркотической зависимостью, а один из двух больных депрессией — с агора-

фобией и посттравматическим стрессовым расстройством. Равно беспокоит и тот факт, что один из трех пациентов с депрессией испытывает рецидив в первый же год, а в долговременной перспективе 70—80 процентов из них переживают как минимум еще один депрессивный эпизод.

Когда количество нетрудоспособных людей по причине психических расстройств измеряется такими методами, как «годы жизни, скорректированные по нетрудоспособности» (где учитывается и смертность, и нетрудоспособность), депрессия как причина нетрудоспособности оказывается на четвертом месте в мире, третьем — в Европе и первом — в обеих Америках. Исследования, проведенные среди работников британских офисов, подтверждают, что психические расстройства (в основном неврозы) являются второй наиболее распространенной причиной длительного невыхода на работу.

Учитывая степень распространенности и коварство психических заболеваний, остается недоумевать, почему системы здравоохранения всего мира, а не только Великобритании, относятся к ним с таким пренебрежением.

Один из ответов может заключаться в том, что, если вы, например, сломаете ногу, это становится понятно любому (все видят, как вы хромаете, замечают гипс на ноге, костыли, которыми вы пользуетесь), но такие психические заболевания, как депрессия, по своей природе скрыты и потому остаются нераспознанными. Больной может не проявлять ярко выраженных симптомов, и он или его близкие попросту не замечают возникших сложностей. Другая причина, по которой мы не видим психологических проблем, состоит в том, что многие считают подобные трудности слишком странными и непонятными, чтобы иметь с ними дело, а потому не обращают

на них внимания или скрывают до тех пор, пока не понадобится срочная помощь.

Кроме того, с психическими заболеваниями связана стигматизация, корни которой уходят в прошлый век. Тогда наличие психологических проблем было тесно связано с величайшим страхом перед «людьми в белых халатах», которых вызывают, чтобы «забрать» человека, и больше его никто не увидит, остаток жизни он проведет взаперти, в палате какой-нибудь психиатрической лечебницы.

Табу, касающееся психологических проблем, относилось не только к неизлечимости, но и к боязни, что человека будут представлять опасным, непредсказуемым или неприятным в общении.

В реальности все эти негативные точки зрения не подтверждаются, и сегодня проблемы мозга и сознания в значительной степени поправимы благодаря огромному прорыву в области научных исследований. Чем больше мы знаем об этих проблемах, тем вероятнее сможем предотвратить их появление.

Следует, однако, понимать, что отсутствие своевременной диагностики психического заболевания и его лечения рано или поздно может привести к трагическим последствиям. Уровень самоубийств среди страдающих депрессией в тридцать раз выше, чем в общей популяции.

Но тревожить нас должны не только самоубийства. Исследование показывает, что депрессия на 50 процентов увеличивает вероятность случайной смерти и почти удваивает вероятность смерти по медицинским причинам. Депрессия и другие психические заболевания критическим образом влияют на физическое самочувствие человека.

Тем не менее новейшие психологические и психиатрические исследования ведут к значительному росту по-

нимания этих проблем и созданию прорывов в методах лечения. Сегодня прогноз для большинства психических расстройств может оказаться лучше, чем для столь же серьезных физических заболеваний.

Объем знаний в этой области нарастает с ускорением, эффективно расширяя понимание проблем, хотя многое до сих пор остается неясным в области таких серьезных психических заболеваний, как шизофрения. Например, число больных шизофренией среди людей, родившихся в зимние месяцы, на 5 — 15 процентов выше, чем среди людей, родившихся в другое время года. Мы не знаем, связано ли это с тем, что на каком-то важном этапе развития мозга плода мать была инфицирована вирусом, или с изменениями в ее питании или с иными факторами. Исследования в области неврологии и психологии помогают понять работу мозга и сознания, а также осмыслить всю важность лечения.

Теперь мы можем назвать невежественным предрассудком широко распространенное убеждение, будто психические проблемы не поддаются эффективному лечению, что в этой области якобы не существует оценки, выходящей за рамки чисто «здравого смысла», что обращение человека за помощью к психиатру заставит отвернуться от него соседей, коллег, семью и друзей.

Чтобы впервые разобраться в этих темах на простом и понятном языке, Королевский колледж психиатров вступил в уникальное сотрудничество с Transworld Publishers, благодаря чему на свет появилась книга, которую вы сейчас держите в руках. Этот справочник предназначен для всех, кто хочет поддерживать душевное здоровье в нормальном состоянии и желает больше узнать о том, как это сделать. Руководство указывает на различные симптомы и меры, которые можно предпринять, а также объясняет (и в некоторых случаях развеивает) мифы о

проблемах душевного здоровья. Эта книга — поддержка для людей, уже знакомых с этими проблемами, психиатрическими службами или материалами по самопомощи.

Колледж обратился к ряду выдающихся экспертов в различных областях с просьбой написать в доступной, лаконичной, лишенной специальной терминологии форме практически обо всем, что вам следует знать о последних открытиях в области науки о мозге и сознании для профилактики и сохранения психического здоровья. Если медицинская энциклопедия представляет читателям иллюстрации переломов и опухолей, здесь вы прочтете краткие, понятные и не менее полезные описания принципов поведения, мышления и эмоциональных реакций. Будучи редактором-консультантом, я написал заключения ко всем главам (кроме главы о гендерных расстройствах и главы о дискриминации людей с психическими заболеваниями) в надежде обобщить наиболее заметные современные взгляды на проблемы психического здоровья.

Хотя описанные в книге симптомы могут у вас отсутствовать, важно понять, как часто на нашем жизненном пути возникают подобные трудности. Этот справочник может оказаться неоценимым для вас или вашего родственника в будущем — удобная «энциклопедия», которая поможет прояснить что-то непонятное в беспокоящих вас симптомах. Многие симптомы остаются не только наиболее распространенными медицинскими проблемами, но все чаще и чаще возникают по невыясненным причинам.

Наши тела — удивительные биологические машины, сложность которых не сравнится ни с чем. Однако мозг и сознание остаются наиболее непостижимыми механизмами в известной вселенной. Все мы от рождения обладаем уникальным мозгом и сознанием, и люди, ко-

торые исследуют и лечат симптомы психологических и психических расстройств (включая авторов этой книги), твердо убеждены, что материалы, изложенные в этом справочнике, служат улучшению качества жизни людей.

Доктор Радж Персоуд

Литература

Jan Scott and Barbara Dickey, «Global Burden of Depression: The Intersection of Culture and Medicine», *British Journal of Psychiatry*, August 2003, 183: 92 — 94.

Eugene S. Paykel, Traolach Brugha, Tom Fryers, «Size and Burden of Depressive Disorders in Europe», *European Neuropsychopharmacology*, August 2005, 15: 4, 411 — 423.

Evelyn J. Bromet and Shmuel Fennig, «Epidemiology and Natural History of Schizophrenia», *Biological Psychiatry*, 1 October 1993, 46: 7, 871 — 881.

Maurice M. Ohayon, Robin G. Priest, Christian Guilleminault, Malijaï Caulet, «The Prevalence of Depressive Disorders in the United Kingdom», *Biological Psychiatry*, 1 February 1999, 45: 3, 300 — 307.

P. E. Bebbington, R. Kats, P. McGuffin, C. Tennant, J. Hurry, «The Risk of Minor Depression Before Age 65: Results from a Community Survey», *Psychol. Med.*, 1989, 19: 393 — 400.

R. D. Goodwin, C. Faravelli, S. Rosi, F. Cosci, E. Truglia, R. de Graaf, H. U. Wittchen, The Epidemiology of Panic Disorder and Agoraphobia in Europe», *European Neuropsychopharmacology*, August 2005, 15: 4, 435 — 443.

Введение: строение и работа мозга

Общая картина

Эта схема, напоминающая срез кочана цветной капусты, представляет собой горизонтальное сечение человеческого мозга.

Мозг разделен на две половины: *левое* и *правое полушарие*. Их связывает *мозолистое тело*. Поверхность мозга чрезвычайно складчатая, что является видовым приспособлением человека, — таким образом увеличивается площадь наружного слоя мозга, или *коры*.

Чтобы легче представить себе различные части мозга, сравните их со слоями луковицы. Внутренняя часть мозга — *центральное ядро* — отвечает за базовые функции: дыхание, сон, потребление пищи и воды, контроль температуры и функции половой сферы.

В среднем слое располагается *лимбическая система*, которая контролирует наши эмоции.

Наружный слой — это *кора* головного мозга, которая управляет всеми остальными функциями, включая движения, ощущения, речь, зрение, слух и даже личностные проявления человека.

Под микроскопом

Мозг содержит примерно 100 миллиардов нервных клеток, или *нейронов*, преимущественно расположенных в толще первых нескольких миллиметров коры. Нейроны окружены большим количеством глиальных клеток, которые несут опорную и защитную функции. Некоторые нервные клетки имеют очень длинные отростки, которые начинаются в мозге и простираются вниз по позвоночнику.

В нервных клетках существует электронный способ высокоскоростной передачи импульсов, или сигналов. Передача нервных импульсов от одной нервной клетки к другой происходит химическим путем, благодаря высвобождению мельчайших объемов *нейротрансмиттеров (нейромедиаторов)* в синаптическое пространство (синапс — место контакта между двумя нервными клетками), которые активируют следующий нейрон. Эта связь называется *синаптической передачей*.

Существует целый ряд нейротрансмиттеров. Каждый из них относится к какому-либо семейству и «распознается» специальным рецептором в синапсе по принципу соответствия ключа и замка.

Нейроны могут одновременно взаимодействовать с несколькими другими нейронами, включая и те, что находятся в удаленных отделах мозга. Это говорит о возможности объединения очень сложных сигналов.

Например, если вы хватаете горячее блюдо, мозг воспринимает информацию о факторе, доставляющем болезненные ощущения и потенциально разрушительном, и посылает руке сигнал бросить предмет. Однако эту информацию может скорректировать второй сигнал из другой части мозга. Например, ваша жена говорит: «Это

подарок моей матери: если ты его разобьешь, она тебя убьет!» Одновременно в вашем сознании появляется воспоминание, какой бывает ваша теща в гневе. После этого вы можете передумать и подавить первичный импульс бросить блюдо на пол.

Чем именно занимается мозг?

Кора головного мозга

Если рассмотреть вид мозга сбоку (профиль черепа), вы заметите, что каждое полушарие разделено на четыре доли, показанные на иллюстрации выше.

У большинства людей левое полушарие *доминирует* над правым (доминирующее полушарие обрабатывает языковые и математические, или логические, проблемы, а второе отвечает за такие функции, как восприятие музыки, зрительных образов и умение видеть относительность явлений).

Затылочная доля

Затылочная доля, расположенная в задней части мозга, обрабатывает поступающую зрительную информацию и воссоздает все образы, которые мы видим.

Височная доля

Височная доля обрабатывает информацию, поступающую в мозг через органы слуха, и вместе с затылочной долей помогает определить, *что* мы видим. Эта часть мозга связана с памятью: правая доля обычно работает с визуальной, левая — с вербальной информацией. Наконец, в левой височной доле звуки речи преобразуются в слова, и мы понимаем, что нам говорят.

Теменная доля

Теменная доля выполняет две основные функции. Во-первых, здесь обрабатывается вся информация о тактильных и болевых ощущениях. Во-вторых, эта область связана с анализом зрительных данных, помогая понять, что именно мы видим.

В этой доле мозг хранит карту поверхности тела, так что информация о каждом прикосновении поступает в свою собственную область для обработки. На этой карте в теменной доле больше всего места отведено для информации о самых чувствительных участках тела, к которым относятся пальцы, ротовая полость и половые органы.

Лобная доля

Эта доля контролирует дополнительные функции, которые свойственны именно человеку. Часто их называют *организующими функциями* и относят к ним концентрацию, планирование, аргументацию и суждение — способности, направленные на принятие сложных решений и поиск выхода из проблем.

Большая область лобной доли зарезервирована для посылки сигналов в мышцы тела, приказывая им двигаться, когда это необходимо. Левая лобная доля управляет речью и связана с областью в левой височной доле, отвечающей за восприятие речи.

Лобная доля связана с лимбической системой (см. ниже) и контролирует поведение человека в различных ситуациях.

Лимбическая система

Эта область, расположенная в среднем слое мозга, играет значимую роль в регуляции наших эмоций и помогает хранить воспоминания. Она контролирует и прими-

тивное центральное ядро, облегчая нашу приспособляемость и снижая зависимость от голода и сексуальных позывов.

Гиппокамп является частью лимбической системы, участвуя в сохранении новых воспоминаний. Хотя воспоминания находятся не в самом гиппокампе, информация должна пройти через него, чтобы память консолидировалась, то есть перешла из кратковременной в долговременную. Люди, у которых разрушена эта часть мозга, не могут накапливать новые воспоминания, хотя способны помнить большинство фактов, выученных до повреждения.

Еще одна часть лимбической системы, *миндалевидная железа*, играет важную роль в переживании определенных эмоций, таких как страх. Она вносит свой вклад в создание положительных и отрицательных эмоциональных воспоминаний благодаря своим тесным связям с гиппокампом.

Существует теория, что у людей с посттравматическим стрессовым расстройством могут возникать проблемы в гиппокампе и миндалевидной железе. Это объясняет яркие вспышки воспоминаний и тревоги, которую эти люди пережили в состоянии стресса.

Входящие сигналы

Мозг постоянно получает входящие сигналы от тела, чтобы держать нас в курсе того, как мы себя чувствуем и что происходит вокруг. Явные сигналы (которые человек фиксирует) поступают от органов пяти чувств, а неявные проходят мимо сознания, например сигналы, контролирующие частоту дыхания или мигание.

Взгляните на картинку рядом. Человек читает книгу. Его рука касается страниц. Информация об этом идет по нервным волокнам руки в спинной мозг, по нему через

отверстие в основании черепа достигает головного мозга и в конце концов прибывает в кору теменной доли.

Входные сигналы проходят через *таламус*, область центрального ядра, который действует как сортировщик, направляя импульсы к нужным адресатам. Он регулирует интенсивность («громкость») сигналов от различных органов чувств в соответствии с информацией коры головного мозга — о большей или меньшей важности определенной информации.

Еще раз посмотрите на картинку. Возможно, человек не осознает, что его рука касается страницы, пока специально не обратит на это свое внимание, а точнее, пока кора мозга не прикажет таламусу увеличить «громкость» тактильных сигналов.

Исходящие сигналы

Если говорить упрощенно, мозг посылает мышцам сигналы о сокращении или расслаблении. Например, мысль о каком-либо действии — это сигнал для *произвольного движения* (в ранее приведенном примере — удержать горячее блюдо).

Однако многие исходящие сигналы мы не осознаем, и в этом случае наши действия являются *непроизвольными* — к ним относятся функции дыхательных мышц или учащение сердечных сокращений. Если бы нам приходилось постоянно думать и помнить о дыхании, мы бы просто ничем больше не занимались, так что разделение на произвольные и непроизвольные действия очень важное свойство организма.

Произвольными движениями управляет область, расположенная в лобной доле. Непроизвольные движения контролируются центральным ядром. Участок центрального ядра *мозжечок* играет особую ролью в поддержании позы, равновесия и координации движений.

Эмоциональный мозг

Эмоциональное восприятие связано с многими факторами. Существуют физические ощущения (например, в ситуации угрозы ваше сердце бьется быстрее), осознание эмоции (вы испытываете страх и *понимаете*, что боитесь), а также мысли и воспоминания от коры головного мозга, связанные с аналогичным опытом и влияющие на ваши чувства и окончательные действия.

Само по себе физическое ощущение не скажет, *как* вы себя чувствуете. Ваше тело не может отличить страх от восторга — при обеих эмоциях сердце бьется быстрее, а зрачки расширяются. Именно миндалевидная железа в лимбической системе распознает, страх это или восторг. Люди с травмами этой части мозга не способны бояться и могут совершать крайне рискованные поступки.

Лобная доля связана с эмоциями, обуславливает адекватные реакции в определенной социальной обстановке, а также помогает считывать эмоциональные подсказки, напоминает о последствиях наших прошлых поступков и способствует пониманию того, что морально и социально приемлемо. Вероятно, это наиболее сложная часть нашей эмоциональной реакции.

Химические вещества мозга и эмоции

Мы уже упоминали, что мозг передает информацию электрическим или химическим путем. Вы познакомились с нейротрансмиттерами, веществами, участвующими в синаптической передаче сигналов. Здесь мы исследуем их более детально, поскольку в работе нашего мозга они играют очень важную роль.

Известно по крайней мере семьдесят различных нейротрансмиттеров. Они распределяются в мозге неравномерно, варьируясь в зависимости от функций определенных его участков.

Серотонин представляет собой нейротрансмиттер, регулирующий настроение (ощущение счастья, грусти или уныния). Он находится в лимбической системе. Лекарства-антидепрессанты взаимодействуют именно с этим веществом.

Дофамин (дофамин) действует в нейронных связях, которые обуславливают мотивацию и стремление к удовольствию (награде). Проще говоря, чем больше дофамина, тем сильнее мы чего-то хотим. Это касается «естественных» наград (таких, как еда) и искусственных (например, кокаин). Считается, что переизбыток дофамина в некоторых областях лимбической системы приводит к шизофрении, а его недостаток в других участках мозга — к болезни Паркинсона.

Эндорфины — естественные нейротрансмиттеры, облегчающие боль и увеличивающие удовольствие. Наркотики на основе опиума — героин и морфий — имитируют действие эндорфинов и создают схожий эффект. К безопасным способам увеличения «естественного кайфа» относятся физические упражнения, шоколад и острая пища. Кроме того, уровень эндорфинов в мозге повышают некоторые альтернативные методы лечения (например, акупунктура).

Доктор Мона Фриман
и доктор Хинд Калифе

Заключение доктора Персоуда

Научное понимание работы мозга все еще отстает от понимания функционирования всего организма в целом. Это, безусловно, связано с тем, что мозг — это более

сложный орган по сравнению с любым другим. Мозг — самый сложный объект в известной нам вселенной.

Имеет ли смысл обвинять в нашем поведении мозг, утверждая, что миндалевидная железа, порождающая ощущение счастья, на этот раз вызвала в нас представление об исходящей от другого человека угрозе и поэтому мы на него напали? В судах США для помощи подсудимым уже используются результаты мозгового сканирования. Мы знаем, что снимки мозга осужденных за так называемые немотивированные убийства отличаются от снимков мозга других преступников.

Психическое здоровье включает способность отвечать за свои эмоции (а значит, и за свой мозг), чтобы не стать их жертвой. Согласно недавнему открытию, изменения мозга, возникающие при лечении депрессии антидепрессантами, удивительно схожи с теми, что появляются в результате психотерапии, поэтому обучение влиянию на мозг может быть связано более чем с одной техникой воздействия.

Альцгеймера болезнь и другие виды деменции

Мужчина, который забыл, что вышел на пенсию

Джеральд никогда не считал это проблемой, однако его жена Синтия целых три года испытывала тревогу, с тех самых пор как работавший на фабрике Джеральд вышел на пенсию.

Прежде всего Синтия обратила внимание на то, что Джеральд начал совершать ошибки при игре в карты (это был их любимый вид досуга). Как-то раз Джеральд отправился навестить дочь и заблудился, хотя дорога была ему отлично знакома.

Со временем Синтия начала замечать и другие странности. Джеральд всегда оплачивал счета, однако с некоторых пор перестал это делать, а письма с уведомлениями прятал; он не вспомнил о годовщине свадьбы (впервые за сорок два года) и начал забывать о назначенных встречах. К тому же он утратил интерес к своим хобби — садоводству и скачкам.

Поначалу Синтия считала, что эти сложности связаны с выходом на пенсию, однако два года назад обеспокоилась настолько, что показала Джеральда семейному доктору. Врач терпеливо выслушал Синтию, но заверил, что это не что иное, как «нормальный процесс старения», при котором вполне может возникать незначительная потеря памяти.

На какое-то время Синтия успокоилась, но ситуация становилась все хуже. Джеральд начал забывать разговоры, снова и снова повторяя одни и те же фразы. Несколько раз, когда жена напоминала ему, что они об этом уже говорили, он впадал в ярость, что было для него нехарактерно.

Однажды в три часа ночи Джеральд поднялся, оделся и заявил жене, что наступило утро и ему пора на работу, хотя к тому времени уже полтора года был на пенсии. Он не желал признавать, что на дворе стоит глубокая ночь. В другой раз, когда пара отправилась в магазин, Джеральд встретил на улице старого друга и не узнал его.

Последней каплей было то, что он забыл о дне рождения внука и даже не смог вспомнить его имени. Джеральд всегда любил мальчика, которому исполнилось восемь, и встревоженная Синтия вновь повезла его к врачу.

На этот раз терапевт направил Джеральда в психиатрическую службу для пожилых людей. Придя домой к супругам, врач выслушал рассказ о его проблемах и попросил сдать некоторые анализы, куда входили углубленные тесты памяти с психологом и сканирование мозга. Кроме того, Джеральда посетил специалист по гигиене труда, чтобы оценить степень помощи, которая

ему требуется в повседневных делах. Она осмотрела дом на предмет безопасности и порекомендовала внести некоторые изменения, в том числе поставить рядом с кроватью большие часы, чтобы Джеральд, если проснется ночью, сразу увидел время.

Через несколько недель с Джеральдом и Синтией встретился врач-консультант и сообщил, что согласно результатам всех обследований у Джеральда обнаружили болезнь Альцгеймера.

Джеральд начал принимать донепезил, лекарство от деменции, замедляющее потерю памяти при подобных расстройствах. В течение нескольких недель после постановки диагноза его регулярно навещала медсестра, предлагая советы, оказывая помощь и наблюдая за действием лекарства. К Синтии приходила специалист по гигиене труда, давая рекомендации и предлагая поддержку. Врач-консультант посоветовал Джеральду перестать водить машину. Тем временем сам Джеральд начал посещать дневной стационар, где проводились занятия группы для пациентов с деменцией, целью которых являлось помочь людям справиться с диагнозом и разобраться в природе своей болезни. Синтия связалась с местным Обществом болезни Альцгеймера и стала приходить на их еженедельные вечерние собрания.

Спустя год состояние Джеральда немного ухудшилось — он стал более забывчивым, иногда надевал одежду задом наперед и временами забывал сходить в туалет. Благодаря терапевту, связавшему супругов с местной службой по недержанию, случаи такого рода больше не создают серьезных проблем.

Теперь Джеральд редко выходит из дома в одиночестве, поскольку несколько раз терялся по пути в магазин. Он продолжает повторять разговоры, и хотя Синтию это расстраивает, она научилась приспосабливаться к его манере общения.

Впрочем, есть много вещей, которые Джеральд все еще может делать — он любит играть в карты и смотреть скачки, копается вместе с Синтией в саду и с удовольствием навещает свою дочь и внука.

Что такое деменция?

Деменция — это стойкое снижение интеллектуальных способностей до такой степени, что становится невозможным нормальное выполнение социальных и профессиональных функций. Такое состояние могут вызвать примерно 100 разных причин.

Обычно деменция начинается очень незаметно. На ранней стадии люди испытывают трудности в познавательной деятельности, забывают только что сказанное и сделанное, при этом отлично помня события многолетней давности. Иногда у них пропадает осознание времени и места. Люди с деменцией с трудом подбирают подходящие слова, им сложно заучить новую информацию и освоить новые действия.

С течением времени им уже требуется помощь при выполнении самых простых повседневных дел, включая умывание, одевание и питание. В конечном итоге больные деменцией способны утратить контакт с окружающими и перестают себя контролировать. Иногда у них наблюдаются серьезные нарушения поведения. Боль-

шинство людей с деменцией нуждаются в круглосуточном уходе.

Существует примерно 100 видов деменции. Наиболее распространенными являются болезнь Альцгеймера, мультиинфарктная деменция и деменция с тельцами Леви, и вместе они составляют примерно 95 процентов всех случаев заболевания. Сейчас в Британии деменцией страдает около 750 000 человек.

В чем причина деменции?

К причинам деменции относят следующие.

- Болезнь Альцгеймера, на которую приходится до 60 процентов всех случаев. У людей с этим типом деменции наблюдается расстройство памяти и других функций мозга; болезнь развивается медленно.
- Мультиинфарктная деменция обычно возникает вследствие повреждения мозга из-за мельчайших кровоизлияний; развивается более непредсказуемо, чем болезнь Альцгеймера.
- Деменция с тельцами Леви часто вызывает зрительные галлюцинации и симптомы, схожие с симптомами болезни Паркинсона (дрожь и затрудненные движения).
- Лобно-височная деменция, при которой резкие изменения в поведении возникают еще до начала проблем с памятью.
- Болезнь Гентингтона, или хорея Гентингтона, характеризуется, помимо деменции, дергающимися движениями.
- Деменция вследствие СПИДа.
- Болезнь Крейтцфельдта — Якоба, очень редкая форма деменции, которая обычно быстро прогрессирует.

- ❖ Деменция из-за длительного злоупотребления алкоголем.
- ❖ Деменция по различным излечимым причинам, включая нехватку витаминов, гормональную недостаточность и сифилис.

Сейчас о деменции знают многие, но в предыдущем поколении общество и некоторые врачи плохо понимали причины и последствия такого заболевания. В наши дни активно обсуждаются связанные с деменцией вопросы, в том числе и возникающие противоречия. Вот некоторые из наиболее распространенных проблем.

- ❖ Оплата личного (без участия медсестры) ухода на дому или в доме престарелых. В Шотландии о больных деменцией заботится государство. В Англии такие больные должны платить за уход, если могут себе это позволить.
- ❖ Рецепты на лекарства. В Англии и Уэльсе существуют некоторые разногласия относительно того, какое лечение следует предписывать больным с умеренной деменцией.
- ❖ Говорить ли о диагнозе пациенту? Исследователи обнаружили, что большинство людей хотят знать, есть у *них* деменция или нет, однако многие не желают, чтобы о диагнозе говорили их больному деменцией родственнику.
- ❖ Лечение психологических поведенческих симптомов. Примерно у 50 процентов людей с деменцией наблюдаются галлюцинации или поведенческие отклонения (например, агрессия). Спорным является также вопрос, следует ли эти симптомы лечить медикаментозно (используя средства для лечения шизофрении; см. *Шизофрения*).

Как это выглядит?

Деменция выражается в самых разных формах. Некоторые люди чувствуют себя жителями странного, пугающего места, а других, кажется, совсем не беспокоит угасание их способностей. Хотя деменция развивается постепенно, лучше разделить общие симптомы на три стадии: раннюю, среднюю и позднюю.

Ранняя стадия

Ранняя стадия болезни Альцгеймера часто протекает незамеченной: врачи, друзья и родственники относят ее симптомы к «возрастным изменениям», считая их частью нормального процесса старения. Поскольку болезнь развивается постепенно, сложно определить момент, с которого все началось.

Человек может:

- испытывать трудности с речью — например, с подбором нужных слов;
- терять память — чаще всего проблемы возникают с усвоением новых фактов и запоминанием недавних событий, разговоров и назначенных встреч;
- терять временную ориентацию — утратить понимание хода времени, перепутать день и ночь;
- потеряться в знакомом месте;
- испытывать трудности в принятии решений;
- лишиться инициативы и мотивации;
- демонстрировать признаки депрессии и агрессивность;
- утратить интерес к хобби и любимым занятиям.

Средняя стадия

По мере развития болезни проблемы становятся все более отчетливыми и ограничивают человека до такой сте-

пени, что он больше не может жить один, так как испытывает постоянные трудности. На этой стадии возникают следующие симптомы:

- значительная потеря памяти — человек забывает имена родственников, важные даты, оставляет на плите готовящуюся еду, не оплачивает счета и даже забывает поесть;
- неспособность готовить, убираться или ходить в магазин;
- человек становится очень зависим, ему требуется помощь по уходу, в том числе при посещении туалета, умывании и принятии ванны;
- требуется помощь в одевании;
- серьезно ухудшается речь;
- человек может без цели бродить по улицам и даже потеряться;
- поведенческие проблемы — агрессия или постоянное следование за родственниками по дому;
- галлюцинации или депрессия.

Поздняя стадия

Эта стадия характеризуется полной зависимостью и утратой активности. Потеря памяти становится серьезной проблемой; ярко выражены физические симптомы. Человек может:

- испытывать трудности с приемом пищи;
- не узнавать друзей, родственников и знакомые предметы;
- утратить понимание событий;
- терять ориентацию в доме;
- с трудом передвигаться;
- страдать от недержания мочи и стула;
- проявлять неприемлемое на публике поведение;
- оказаться прикованным к креслу или кровати.

Важно понимать, что по мере старения память человека действительно ухудшается — это нормальный процесс. Например, нам труднее вспоминать имена знакомых, мы можем забыть, что собирались купить в магазине. Иногда мы забываем и о назначенных встречах. Однако человек с простой забывчивостью продолжает помнить детали, связанные с тем, что именно он забыл. Если у вас из памяти вдруг выскочило имя друга, вы, тем не менее, знаете, что человек, с которым вы сейчас беседуете, ваш приятель, и помните иную связанную с ним информацию.

Люди с деменцией забывают не только детали, но и весь контекст. Обычно у них возникают и другие проблемы: изменения в поведении и личности, утрата способностей к выполнению повседневных дел и трудности с речью.

Что нужно делать?

Если человек демонстрирует стабильные, без улучшения, симптомы, которые указывают на деменцию, очень важно поставить правильный диагноз. Есть состояния, иногда напоминающие деменцию, — депрессия (см. *Депрессия*), низкая активность щитовидной железы, болезнь Паркинсона. Инфекции, запор, некоторые лекарства (сильные болеутоляющие или транквилизаторы) также могут вызывать временную спутанность сознания.

Если поставлен диагноз деменции, важно подтвердить его, поскольку определенность позволяет человеку (и его семье) составить планы на будущее, получить правильный уход и лечение. Многие терапевты направляют пациента с подозрением на деменцию к специалисту, обычно к психиатру или неврологу, для постановки точного диагноза и составления плана лечения.

Обследование

Обычно диагноз деменции ставится на основании симптомов и психических способностей пациента, поскольку для определения любых распространенных причин этого заболевания не существует специальных тестов. Чтобы получить как можно больше информации, врач побеседует с пациентом и, возможно, с тем, кто хорошо его знает (с членом семьи или другом), а также проведет физическое обследование и возьмет кровь на анализ, чтобы исключить редкие излечимые формы заболевания. Психолог может провести несколько всесторонних тестов памяти и работы мозга.

Точный диагноз болезни Альцгеймера, мультиинфарктной деменции или деменции с тельцами Леви сложно поставить на ранних стадиях. Иногда помогает сканирование мозга или глубокий тест памяти, но чаще диагноз ставится только после наблюдения состояния пациента в течение нескольких месяцев.

Лечение

В случае деменции лечение связано с укреплением сохранившихся способностей и предотвращением ухудшения самочувствия. Вот некоторые общие правила:

- ❖ не курить и не потреблять слишком много алкоголя (оставаться в рамках рекомендуемого недельного максимума: 14 единиц для женщин и 21 единица для мужчин);
- ❖ регулярно заниматься несложными физическими упражнениями и сбалансированно питаться;
- ❖ не снижать мозговой активности (поддерживать интерес к хобби, делать «гимнастику для мозга» — читать или решать кроссворды);
- ❖ регулярно проверяться у врача и следить за общим состоянием здоровья, например за давлением.

Существует четыре основных подхода к лечению.

Укрепление способностей. Психологи и трудотерапевты знают различные способы компенсации потери памяти: например, техники по улучшению запоминания, такие как дневник, записная книжка или размещение карточек с надписями на входной двери («Не забудь ключи»).

Трудотерапевт дает советы по различным вспомогательным средствам и приспособлениям: например, одежда, которую легко надевать, или прибор, сигнализирующий о переполненной ванне.

Индивидуальный подход. К последствиям деменции относятся галлюцинации (восприятие несуществующих реально объектов), депрессия, ложные подозрения (заблуждения, например, будто кто-то украл сумочку) и поведение, создающее проблемы для членов семьи (блуждание по дому, тревожность, агрессия и бессонница).

Прежде всего следует собрать максимум информации о человеке, его образе жизни и связанных с проблемой обстоятельствах, чтобы рассмотреть ее в индивидуальном контексте. Иногда наблюдение за симптомами в течение какого-то времени может указать на их причину. Например, человек испытывает периодическую зубную боль. Тщательное наблюдение говорит о том, что боль возникает во время еды, а это может свидетельствовать о выпавшей пломбе и, как результат, о зубной боли.

Медикаменты. Поведенческая терапия всегда предпочтительнее медикаментозной. Лучше избегать приема транквилизаторов или сильных успокаивающих средств. Однако иногда небольшие дозы, выписанные с осторожностью и регулярно пересматриваемые, необходимы для

снижения стресса у пациентов и их родных. Антидепрессанты часто улучшают настроение тем, кто пребывает в депрессии.

Препараты для улучшения памяти. За последние десять лет на рынок поступило несколько лекарств, в том числе донепезил (арисепт), галантамин (реминил) и ривастигмин (экселон), принадлежащих к одному классу — ингибиторам холинэстэразы. В клинических испытаниях они вызывали небольшое улучшение в работе памяти; примерно у одного из пяти пациентов возникли заметные улучшения.

У этих лекарств существуют такие побочные эффекты, как тошнота, головная боль и боли в животе, но эти проблемы встречаются не так часто.

Советы семье и друзьям

- ❖ Не сдавайтесь, если врач не соглашается с наличием проблемы. Если вас она беспокоит, обратитесь к другому врачу. Чем раньше поставят диагноз, тем лучше.
- ❖ Перед посещением специалиста составьте список (или ведите дневник) отклонений, которые вы заметили.
- ❖ Когда диагноз поставлен, свяжитесь с организациями, предлагающими помощь и поддержку таким пациентам.
- ❖ Постарайтесь наладить общение с терапевтом и другими специалистами. Лучше знать имя врача, с которым вы можете связаться.
- ❖ Планируйте будущее, включая такие аспекты, как долгожданный отпуск, завещание и улаживание вопросов с доверенностью.

- Не держите информацию в тайне от друзей и родственников. Знание диагноза поможет им привыкнуть к изменениям в личности, поведении и общей деятельности больного.
- Свяжитесь с социальными службами — они помогут вам в повседневных делах и домашнем уходе.
- Следите за своим здоровьем. Уход за человеком с деменцией требует много сил, в том числе и моральных. Вы должны получать льготы по уходу за больным и непременно иметь возможность отдыхать.

Доктор Нори Грэхэм
и доктор Джеймс Уорнер

Заключение доктора Персоуда

Недавно было обнаружено, что даже в пожилом возрасте такие занятия, как чтение, настольные игры, игра на музыкальных инструментах, танцы, физические упражнения и прогулки, снижают риск развития деменции.

По мере старения следует с большей серьезностью и вниманием относиться к душевному и физическому самочувствию, не сдаваясь на милость возраста и не рассматривая его в качестве неизбежной причины ухудшения здоровья.

Регулярная проверка давления, работы сердечно-сосудистой системы и уровня холестерина в крови играет важную роль, поскольку забота о сердце означает и заботу о мозге: деменция часто возникает от «мини-инсультов» в системе циркуляции крови, подверженной риску из-за сердечных заболеваний.

Мы знаем, что депрессия в молодые годы может служить предвестником депрессии в будущем, поэтому забота об эмоциональном здоровье с течением лет не утра-

чивает своей актуальности. Когда мы стареем, выходим на пенсию и теряем привычные социальные роли, забота о себе и поиск новых или более длительных причин для положительного отношения к жизни становятся крайне важными факторами общего хорошего самочувствия.

Литература

Dementia at Your Fingertips (второе издание), Harry Cayton, Nori Graham and James Warner, Class Publishing, 2001.

Dancing with Dementia: My Story of Loving Positively with Dementia, Christine Bryden, Jessica Kingsley Publishers, 2005.

Dementia Reconsidered, Tom Kitwood, Open University Press, 1997.

Аутизм и синдром Аспергера

Мальчик, не желавший, чтобы его обнимали

Когда Джеймс был младенцем, родители радовались каждому его движению, будь то улыбка или способность их узнавать. В то время *он был похож на любого другого малыша.* Однако, когда ему исполнилось полтора года, все стало меняться. Он больше не лепетал при виде родителей и не реагировал на их объятия. Его мама говорит: «Такое впечатление, что он больше не узнавал нас и не интересовался общением, как это было раньше».

Джеймс пристально смотрел на свет и в угол потолка. Врач объяснил, что такую стадию проходят многие дети и в целом ребенок выглядит здоровым и благополучным. Родителей это убедило (в конце концов, развивался он нормально). Но в последующие два-три месяца Джеймс не издал ни звука. Он стал замкнутым, его беспокоил громкий шум, однако продолжал нормально есть и набирал вес.

К его второму дню рождения родители уже понимали, что развитие Джеймса протекает не так гладко, как у других знакомых детей. Врач направил их к педиатру, который некоторое время наблюдал за тем, как Джеймс играет, а потом поинтересовался у родителей, не возникало ли у членов их семей сходных проблем. Отец вспомнил, что один из кузенов Джеймса занимался в школе по особой программе и поздно начал говорить. Педиатр заметил, что Джеймс не интересуется игрой в обычном смысле и не исследует комнату подобно большинству детей. Предоставленного самому себе малыша вполне удовлетворяла возня с куском ткани и клочками бумаги. Он не стремился заинтересовать родителей тем, что делал, и это их очень расстраивало.

Педиатр объяснил, что, поскольку Джеймс развивается не так, как большинство детей, необходимо провести несколько тестов. Родители спросили: не глухой ли он? Возможно, у него какие-то странные приступы? Педиатр сказал, что проверит слух, сделает сканирование мозга, тест на эпилепсию и возьмет кровь на анализ.

Все результаты были в пределах нормы. А Джеймс по-прежнему не говорил и оставался замкнутым. Родители стали подозревать, что у их сына, скорее всего, аутизм. Педиатр согласился, что настало время это выяснить, и направил их в детскую и семейную службу психического здоровья, где работали психиатры, психологи, специалисты по языку и речи. В течение двух визитов врачи провели все необходимые обследования.

Наконец психиатр пришел к выводу, что у Джеймса действительно аутизм, но при правиль-

ной поддержке ему и его родителям можно существенно помочь. Он предложил им почитать материалы сайта Национального общества аутистов, где приводились многочисленные истории семей, столкнувшихся с такой же проблемой.

Когда Джеймсу пришла пора учиться, родители нашли школу, где был класс для детей с трудностями в обучении. Преподаватели объяснили ученикам проблему Джеймса так, чтобы они смогли ее понять, и дети проявили о нем большую заботу. Джеймс в свою очередь демонстрировал значительные успехи. Он начал говорить, хотя в основном односложно, указывая на то, чего он хочет, или повторяя слова, сказанные ему другими.

Психиатры наблюдали за Джеймсом на протяжении многих лет. Он так и остался одиночкой, но нельзя сказать, что он несчастлив. Внимательно относясь к его потребности в постоянстве и учитывая нелюбовь к громким звукам, родителям удавалось не расстраивать сына. Жизнь с Джеймсом была непростой, но наполненной смыслом.

Что такое аутизм и синдром Аспергера?

Аутизм и синдром Аспергера — это отклонения в развитии людей (нестандартные или слаборазвитые социальные способности), связанные с работой мозга. Обычно аутизм заявляет о себе в первые три года жизни. Синдром Аспергера — менее серьезное заболевание и может довольно долго оставаться незамеченным.

Книга *Странное Ночное Происшествие с Собакой* является попыткой проникнуть в сознание молодого чело-

века с синдромом Аспергера, а один из наиболее известных образов аутиста создан Дастином Хоффманом, сыгравшим Рэймонда Бэббита в фильме *Человек Дождя*. Обычные люди редко бывают столь одарены математически, как персонаж Хоффмана, но аутисты действительно хорошо оперируют числами и формами. Человек Дождя болен до такой степени, что вынужден жить в психиатрической клинике, хотя большинство людей с аутизмом гораздо лучше приспособлены к жизни в обществе. Рэймонд скорее карикатура, а не точный портрет аутиста.

Как это выглядит?

У людей с аутизмом или синдромом Аспергера возникают сложности:

- ❖ в общении;
- ❖ в речи;
- ❖ в поведении.

Эти отклонения можно заметить вскоре после рождения, но чаще они становятся очевидны после одного-двух лет нормального развития.

Общение

Дети. Больные дети обычно не обращают внимания на других людей, нечувствительны к их потребностям, мыслям и эмоциям. Они не поддерживают обычный зрительный контакт, не используют в общении мимику и мало жестикулируют.

Им тяжело сотрудничать, делиться или использовать что-то по очереди с другими. Они предпочитают играть в одиночестве и не выражают интереса к образной игре. Легче всего им взаимодействовать с взрослыми. Обще-

ние и создание дружеских отношений для них затруднительно. У детей с синдромом Аспергера наблюдаются менее серьезные проблемы.

Взрослые. Взрослые с аутизмом и синдромом Аспергера также отмечены сложной формой общения. Им нелегко устанавливать отношения, и чаще всего они живут в одиночестве. Некоторые остаются с родителями и родственниками, другие предпочитают жить в интернатах, персонал которых понимает их состояние. Интернаты предназначены для людей с наиболее тяжелыми проблемами и в основном содержатся за счет таких благотворительных организаций, как Национальное общество аутистов.

Выбор работы и вида отдыха людьми с аутизмом или синдромом Аспергера типично отражает их предпочтение уединенного образа жизни.

Речь

Неспособность четко выразить свою мысль — самый травмирующий аспект аутизма.

Дети. Проблемы в общении часто являются тем сигналом, который в первую очередь настораживает родителей. Почти все больные дети имеют трудности с пониманием и речью; в наиболее тяжелых случаях они могут так никогда и не заговорить. Начав говорить, они либо повторяют только что услышанное, либо выражают свои мысли необычным образом.

Детей с синдромом Аспергера значительно легче обучить говорить, но их способ общения может казаться формальным или механическим.

Взрослые. Большинство взрослых владеет речью или взаимодействует с окружающими каким-то иным образом,

но некоторые, особенно с тяжелым вариантом аутизма, так никогда и не начинают разговаривать. Иногда их речь оказывается уникальной, словно они изъясняются на своем собственном языке. Обычно в разговоре доминирует интересующая больного тема, о которой он может говорить так, что другим будет неприятно и даже утомительно его слушать.

Речь взрослого с синдромом Аспергера часто механическая, лишенная эмоций и ритма.

Необычное поведение

Дети. Дети с аутизмом предпочитают повторяющиеся, знакомые занятия и сопротивляются переменам. У них могут быть необычные интересы, например географические карты или электронные приспособления. Они бывают крайне чувствительны к вкусам, запахам и звукам. Некоторых детей очень расстраивает громкий шум.

В наиболее тяжелых случаях дети демонстрируют странные движения: хлопки в ладони или верчение пальцами. Попытки прекратить это занятие могут вызвать яростные протесты и огорчение. Расстраиваясь, дети начинают биться в истерике, становятся гиперактивными или наносят себе увечья. Некоторые обладают особыми талантами в области рисования, музыки или вычислений.

Взрослые. У взрослых отмечаются схожие проблемы, и во многих случаях их привычки оказываются глубоко укорененными. Изменения в традиционном распорядке и образе жизни этих людей следует проводить очень аккуратно.

Одним из признаков аутизма и синдрома Аспергера является неспособность понимать точку зрения других людей и их эмоции. Например, если член семьи расстроен или грустит, человек с синдромом Аспергера искрен-

не не понимает причин такого состояния. Важно, чтобы в семьях не забывали об этом и не оценивали подобное поведение как бессердечность и отсутствие сострадания. Это природная особенность — таким образом эти люди воспринимают мир.

В чем причины аутизма и синдрома Аспергера?

Мы мало знаем о причинах этих заболеваний, но оба состояния имеют генетическую природу. Большинство экспертов сходятся на недоказанности версии, будто аутизм вызывает негативное влияние вакцины. Проводилось тщательное исследование больших групп детей, однако многие родители все равно убеждены, что их детям навредила вакцина.

Аутизм бывает вызван некоторыми случаями слабоумия (см. *Слабоумие и психическое здоровье*), включая синдром Мартина — Белла. Люди с таким типом аутизма имеют особые проблемы и нуждаются в серьезной помощи.

Нет доказательств, что аутизм и синдром Аспергера становятся все более распространенными заболеваниями, просто за последние двадцать лет их настолько хорошо изучили, что диагноз объединяет большее число людей.

Что нужно делать?

Диагноз и обследование

Родители, учителя и врачи должны обратить внимание на то, что развитие ребенка протекает ненормально, и

организовать необходимое обследование. Обычно оно проводится специалистами, которые оценивают медицинские, психологические и языковые аспекты развития, а также определяют общее состояние ребенка. В это обследование могут входить анализ крови и оценка других показателей, а также психологическое тестирование.

Первым важным шагом является постановка правильного диагноза. Это помогает разобраться в поведении ребенка и понять, какую помощь ему следует оказывать.

Обучение и речь

Обучение, языковая и речевая терапия — лучший способ гарантировать максимальное развитие ребенком своего потенциала. Тип необходимых занятий определяется после детального обследования. В зависимости от того, какие требуются обучающие средства, ребенка можно учить либо в обычной школе, где существует программа поддержки детей с проблемами в общении, либо в специальной школе для детей с аутизмом.

Планирование домашней жизни: советы специалиста

Родители окружают ребенка любовью, пониманием и обеспечивают стабильность, в которой тот нуждается. Многие считают, что домашняя жизнь проходит более спокойно, если используются стратегии, применяемые в работе учителями и другими специалистами. Однако поведение ребенка может сильно варьировать в зависимости от его окружения. В этом случае родителям необходим совет клинического психолога или детского психиатра.

Социальные службы

Социальные службы могут предоставить семье практическую помощь и поддержку, в том числе помогая по до-

му и ухаживая за ребенком во время отпуска родителей, а также дать советы по уходу и получению льгот по инвалидности. Многие семьи ценят помощь местных отделений Mencap или Общества аутистов.

Альтернативная терапия

Семьи с готовностью прибегают к таким методам «лечения», как плавание с дельфинами, а также к другим необычным, но соблазнительным возможностям. Доказательств эффективности большинства этих методов практически не существует.

Однако некоторые методы (например, богатая рыбьим жиром диета) могут оказаться полезны. Следует подвергать сомнению любые утверждения о «чудесном исцелении». В группах поддержки часто встречаются семьи, пробовавшие различные подходы к лечению. Они вполне могут поделиться своим опытом.

Медикаменты

Лекарств от аутизма не существует, но некоторые средства могут принести пользу. Важно лечить связанные состояния (например, эпилепсию). Среди больных аутизмом и синдромом Аспергера широко распространены депрессия и тяжелая форма тревожного расстройства (см. *Депрессия*; *Тревожное расстройство и паническая атака*).

Многие молодые люди с синдромом Аспергера впадают в депрессию и испытывают тревогу в связи со своими проблемами. В этом случае помогает лечение препаратами — ингибиторами обратного захвата серотонина (ИОЗС). У некоторых пациентов возникают серьезные навязчивые идеи, к которым может присоединиться тревожность во время общения. Здесь также помогут лекарства.

Окружающим важно понимать и уважать потребность такого человека в стабильности и порядке, помогать ему при возникновении других проблем со здоровьем, обучать, развивать его речь и следить за тем, чтобы люди, регулярно общающиеся с ним, учитывали необычную природу его психики.

Советы семье и друзьям

- Не верьте никому, кто обещает «чудесное исцеление» от аутизма.
- Вступите в группу поддержки.
- Задавайте больше вопросов врачам и педагогам.
- Уважайте потребность человека в порядке и стабильности.

Однако:

- Привычный порядок и навязчивые действия можно изменить, будучи последовательными и мягкими.
- Помните: если определенный порядок или навязчивость исчезли, на их месте может появиться что-нибудь другое.
- Некоторые привычки или навязчивые действия могут оказаться для человека ценными. Подумайте о способах их выражения через рисунок, музыку или интерес к числам.

Профессор Грег О'Брайен

Заключение доктора Персоуда

В последнее время в средствах массовой информации возник большой интерес к аутизму. Поводов для этого

много, в том числе и споры относительно того, может ли являться непредвиденной причиной его возникновения широко используемая вакцина.

По мнению некоторых экспертов, количество случаев аутизма растет. Неизвестно, отражает ли это увеличение уровень образования и, следовательно, более качественную диагностику расстройства или указывает на какую-то новую внешнюю причину его возникновения.

Перед постановкой диагноза требуется внимательное обследование ребенка специалистами, и эту необходимость следует подчеркнуть именно сейчас, в наше время. Из-за повышенного интереса к проблеме средств массовой информации современные родители начинают беспокоиться об аутизме больше, чем беспокоились о нем их родители. Главная проблема, связанная с расстройством, — необходимость взаимодействовать не только с системой здравоохранения, но и с системой образования, а потому стресс, связанный с аутизмом, может оказаться невероятным.

Новые психотерапевтические подходы предлагают эффективную помощь в лечении аутизма, однако они нуждаются в большем финансировании, поскольку в случае такого заболевания проблемы затрагивают всю семью, причем гораздо глубже, чем это происходит при возникновении большинства других детских проблем.

Литература

The Curious Incident of the Dog in the Night-time, Mark Haddon, Vintage, 2004.

Биполярное расстройство

Женщина, которая со всеми ссорилась

Когда у Сьюзен впервые возникла депрессия, ей было двадцать восемь лет. Врач выписал ей антидепрессанты. Однако несколько месяцев спустя Сьюзен вдруг стала чрезвычайно беспокойной, она не могла нормально спать, а временами возникало невероятное возбуждение. Сознание «полнилось идеями», как улучшить работу, хотя она не могла ни на чем сосредоточиться. Через два года, после повторной депрессии, приступов беспокойства и лечения антидепрессантами, Сьюзен решила оставить работу, предполагая, что это ей поможет.

Она приступила к новой работе в банке, но цикл начался заново, и полгода спустя она уволилась и вернулась домой. Ее направили к психиатру.

Во время первого своего визита к врачу Сьюзен объяснила, что находится в фазе беспокойства. Она была очень раздражительна: «Сейчас я ссорюсь со всеми и каждым». За две недели она серьезно прибавила в весе, так как у нее вырос аппетит. Она чувствовала, что не способна себя кон-

тролировать, испытывала крайнее возбуждение и не могла спать.

У Сьюзен было счастливое, стабильное детство. Ее родители до сих пор были живы и продолжали любить ее. Двоюродная сестра, по словам Сьюзен, страдала от маниакальной депрессии (или биполярного расстройства), а ее мать пережила депрессию несколькими годами ранее, но сейчас была здорова.

После нескольких визитов психиатр заметил перемены в настроении Сьюзен и согласился, что она демонстрирует признаки биполярного расстройства, где периоды депрессии сменяются периодами возбуждения. Она начала принимать вальпроат натрия, который помог стабилизировать ее настроение. Сьюзен вернулась к работе в банке и теперь собирается покупать дом.

Что такое биполярное расстройство?

Раньше биполярное расстройство называли маниакальной депрессией. При этом заболевании люди испытывают депрессивное состояние (см. *Депрессия*), сменяющееся периодами приподнятого настроения. Эти перепады более заметные и яркие, чем обычные перемены настроения, свойственные каждому из нас. Часто эпизоды доставляют неприятные ощущения, даже если человек испытывает душевный подъем, поскольку он не может контролировать свое состояние и становится раздражительным. Иногда он чувствует себя очень счастливым, но окружающие воспринимают его излишне возбужденным.

Такие перепады настроения практически не связаны с тем, что происходит в жизни человека. Наоборот, они

создают проблемы в повседневной жизни. Например, на стадии депрессии человек может оказаться неспособным встать и пойти на работу, а в фазе повышенного настроения демонстрирует нехарактерное для себя поведение: тратит много денег или принимает безрассудные, глупые решения под влиянием минутных эмоций.

Часто ли это встречается? Биполярным расстройством страдают от одного до четырех человек из ста.

Кто может заболеть? Биполярное расстройство немного чаще встречается у женщин, чем у мужчин, и обычно начинается в промежутке от двадцати до тридцати лет. У людей после шестидесяти биполярное расстройство возникает крайне редко. Оно может встречаться у членов одной семьи и возникает у представителей всех рас и культур.

Как это выглядит?

На стадии депрессии настроение человека находится в упадке, становится сложно получать какое-либо удовольствие от того, что раньше служило источником положительных эмоций. Иногда человеку хочется плакать, хотя, если депрессия глубокая, плакать ему довольно трудно. Иногда он желает умереть и даже подумывает о самоубийстве.

Его аппетит ухудшается, возникают проблемы со сном, начинаются боли. Напряжение и беспокойство порождают взволнованность. Способность к концентрации и уровень жизненной энергии снижаются, и человек может полностью утратить уверенность в себе.

В фазе повышенного настроения он испытывает воодушевление или начинает раздражаться и злиться, особенно на тех, кто его окружает. Его мысли быстро сменяют друг друга, голова полнится грандиозными планами (например, заработать много денег или организовать новое дело). Чаще всего он ощущает переизбыток энергии и уверенности и совершенно не хочет спать.

В тяжелой форме или маниакальном состоянии человеку кажется, что он обладает необычными способностями, состоит в близких отношениях с кинозвездами или членами королевской семьи. Ценность его суждений снижается, и он начинает проявлять безрассудное поведение в финансовой или сексуальной сфере. Это поведение может привести к серьезным проблемам, которые ему предстоит разбирать по окончании маниакальной стадии.

Иногда у людей наблюдается сочетание депрессии и возбуждения одновременно; мы называем это смешанным состоянием.

Обычно между эпизодами существует промежуток времени, когда человек чувствует себя вполне нормально. Этот период может длиться от нескольких месяцев до нескольких лет.

В чем причина биполярного расстройства?

Определенную роль в этой болезни играют гены: ребенок человека с биполярным расстройством также будет болеть с вероятностью 5 — 10 процентов.

Мы не знаем, что именно вызывает перепады настроения, но предполагаем, что это связано с действием некоторых веществ мозга. Инициировать болезнь могут

стресс и такие жизненные события, как тяжелая утрата или финансовые трудности, хотя рецидивы часто возникают вообще без каких-либо очевидных причин.

Что нужно делать?

Важную роль в лечении маниакально-депрессивных состояний и предотвращении рецидивов, то есть возвратов болезненных эпизодов, играют лекарства. Также справиться с этим заболеванием помогает психотерапия или разговорная терапия.

Предотвращение рецидивов

Чаще всего в подобных случаях выписывают литий. Литий принимают долго, даже если человек полностью выздоровел, а риск рецидива значительно снизился. Это лекарство используется с конца 1940-х годов.

Перед началом приема лития проводится оценка физиологического состояния пациента, чтобы убедиться в нормальной работе сердца, почек и щитовидной железы. Пока человек принимает лекарство, каждые три месяца следует делать анализ крови, отслеживая его уровень в организме. Побочные эффекты включают в себя набор веса, жажду и нарушения функций щитовидной железы, однако, если возникнут проблемы, это покажет анализ крови.

К другим лекарствам для предотвращения рецидивов относятся карбамазепин, вальпроат натрия и ламотригин.

Депрессивная фаза

Иногда во время депрессивной фазы пациента лечат антидепрессантами, но здесь существует риск возникновения чрезмерного возбуждения.

Маниакальная фаза

На этой стадии заболевания пациенту выписывают стабилизаторы настроения, такие как литий или вальпроат натрия. Иногда врачи выписывают антипсихотические препараты, особенно если человек излишне возбужден и беспокоен. Помимо этого, применяются снотворные средства или мягкие транквилизаторы — диазепам или лоразепам.

Психотерапия

Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) (см. *Психотерапевтические и медикаментозные методы лечения*) способна предотвратить рецидив, особенно депрессивный. КПТ направлена на изменение образа мышления и поведения. Эти перемены помогают пациенту разобраться в своих мыслях и действиях, научиться управлять ими и почувствовать себя лучше. В отличие от других разговорных методов лечения, КПТ сосредотачивается на проблемах и сложностях, возникающих здесь и сейчас.

Необходимо помочь человеку понять природу заболевания и научить его распознавать рецидивы на ранней стадии, чтобы вовремя принять предупреждающие меры. Если болезнь создает напряженность в семье, следует прибегнуть к супружеской, семейной или межличностной терапии (см. *Психотерапевтические и медикаментозные методы лечения*).

Альтернативная терапия

Некоторым пациентам помогает рыбий жир омега-3 в сочетании со стабилизаторами настроения. Не стоит использовать зверобой, поскольку он может резко изменить настроение в сторону маниакальной фазы и понизить эффективность других лекарств.

Прекращение лечения

Если человек чувствует себя хорошо, а симптомы не появлялись в течение нескольких лет, у него возникает искушение снизить дозу или вообще прекратить лечение. Однако биполярное расстройство — продолжительное заболевание, и лечения от него не существует, хотя оно поддается эффективному контролю с помощью лекарств. Прекращение их приема может вскоре повлечь рецидив. Если у пациента есть намерение прекратить прием лекарства, следует делать это постепенно, есть большая доля вероятности, что он снова почувствует себя плохо.

Особые положения

- Беременность — очень серьезная ситуация. Большинство стабилизаторов настроения могут навредить еще не родившемуся ребенку, а потому необходимо использовать противозачаточные средства, чтобы избежать беременности. Если пара желает зачать ребенка, следует обратиться к специалисту за консультацией.
- При кормлении грудью вальпроат и карбамазепин считаются безопасными препаратами, однако литий следует использовать крайне осторожно, а безопасность ламотригина вызывает сомнения. При кормление грудью у матери возникает дефицит сна, так что к этому периоду стоит отнестись серьезно, поскольку может произойти рецидив.
- Решив прекратить прием лития, необходимо снижать его дозу минимум на протяжении двух недель; при резком сокращении дозы существует риск «возвратной мании».
- Если применяется больше одного стабилизатора настроения, их дозировку следует тщательно выверять,

поскольку лекарства могут взаимодействовать друг с другом.

- Следует сообщать врачу о приеме какие-то других препаратов, поскольку многие широко распространенные лекарства снижают эффективность стабилизаторов настроения.

Советы пациентам

- Четкое соблюдение плана лечения — необходимое условие хорошего самочувствия.
- Прислушивайтесь к своему телу и сознанию. Так вы сможете заметить едва уловимые перемены в настроении, качестве сна или поведении прежде, чем это станет очевидно окружающим. Вы получите возможность раньше начать лечение и с большей вероятностью предотвратить рецидив. Например, в начале рецидива один человек меняет одежду на более яркую, а другой начинает чаще посылать текстовые сообщения. Иногда понимание привычек наступает постепенно и может развиться лишь после нескольких рецидивов.
- В начале лечения полезно вести дневник самочувствия: он позволит следить за процессом выздоровления и понять, до какой степени лекарства контролируют перепады настроения.
- Если вы употребляете такие средства, как марихуана, они могут отрицательно повлиять на настроение. Этого следует избегать.
- Не злоупотребляйте алкоголем, особенно на ранних стадиях лечения.
- Старайтесь избегать смены часовых поясов. Нехватка сна по другим причинам (например, из-за вечеринки)

также может дестабилизировать ваше состояние и спровоцировать рецидив.

- ❖ Постарайтесь наладить общение с другими людьми, страдающими биполярным расстройством. Общение может проходить неформально, в амбулаторных условиях. Многие организации предоставляют более структурированную помощь и информацию для пациентов с биполярным расстройством и их родственников.
- ❖ Попытайтесь разобраться в своем заболевании, ищите о нем информацию или вступите в одну из организаций поддержки, чтобы быть в курсе последних научных достижений в этой области.

Советы семье и друзьям

- ❖ Не старайтесь уберечь человека от стрессов. Каждый сам определяет степень своей уязвимости — это абсолютно индивидуально. Чрезмерная защита усиливает реакцию на стигматизацию и раздражение (даже гнев), свойственное некоторым людям с психическими заболеваниями.
- ❖ С разрешения больного члена семьи вы можете вести независимый дневник его настроения и записывать *свои наблюдения*, что наверняка пригодится психиатру. Наблюдения должны основываться на том, что вы видели, а не на том, что человек вам рассказал. Такой дневник помогает понять, насколько хорошо контролируется болезнь.
- ❖ Помогайте человеку придерживаться выработанного плана лечения и оставаться в контакте с врачом или другими специалистами по психическому здоровью.

Профессор Патриция Кейси

Заключение доктора Персоуда

Биполярное расстройство — проблема не менее серьезная, чем шизофрения, но хотя встречается оно не реже шизофрении, в прессе (по непонятным причинам) его освещают значительно хуже.

Одно из последствий такого невнимания заключается в том, что даже врачи не получают достаточных знаний для постановки диагноза биполярного расстройства и подбора лечения, какие они получают, изучая шизофрению. Это означает, что биполярное расстройство — одно из психических заболеваний, которое наиболее часто пропускают, и не всегда ставят диагноз там, где он необходим. Ситуация крайне удручающая, поскольку при правильном лечении прогноз может оказаться очень хорошим.

Недавно была выдвинута идея, что антидепрессанты не только не помогают, но даже представляют опасность для больных биполярным расстройством, так что лечение этого заболевания требует тщательной работы специалистов и постоянного пересмотра.

Пациенты с биполярным расстройством часто бывают очень чувствительны к мельчайшим жизненным неурядицам и только выиграют от недавно разработанного психологического подхода, созданного для повышения их адаптационных механизмов и развития самостоятельного распознавания рецидивов на ранней стадии.

Литература

An Unquiet Mind, Kay Redfield Jamison, Picador, 1997.

Гендерная дисфория

Мужчина, который на самом деле был женщиной

С пяти лет Борис тайно от всех переодевался в женскую одежду, а в подростковом возрасте это занятие стало вызывать сексуальное возбуждение. Через некоторое время степень сексуального возбуждения снизилась, а переодевание стало для него способом «выразить свою женскую сторону».

Когда Борис женился, то рассказал жене о переодеваниях, и в течение нескольких лет у них не возникало проблем. Однако постепенно у жены стало вызывать беспокойство то количество времени и те эмоции, которые Борис в это вкладывал, и их сексуальная жизнь ухудшилась.

В конце концов брак Бориса распался, и он обратился в клинику, специализирующуюся на гендерной идентичности, заявив, что хочет провести остаток жизни в женской роли. Его попросили бросить курить и воплотить свое желание в реальность, начав жить открыто в роли женщины.

Борис сменил имя на Мишель. Ее (его) работодатель проявил понимание, и вскоре после этого

она начала принимать женские гормоны. Мишель прекрасно чувствовала себя в женской роли, удивляясь, почему не сделала этого раньше. Два года спустя она провела операцию по смене пола, получила официальное заключение и новое свидетельство о рождении, где была указана принадлежность к женскому полу.

Женщина, которая на самом деле была мужчиной

Бернадетт всегда выглядела мужественно и боролась за изменение правил в школе, требуя, чтобы ей разрешали носить брюки. В подростковом возрасте Бернадетт привлекали девочки, и окружающие считали ее мужеподобной лесбиянкой. Она была в этом не уверена, потому что на самом деле чувствовала себя мужчиной. У нее были отношения с лесбиянками, но все они быстро заканчивались, поскольку женщины воспринимали Бернадетт не как мужеподобную женщину, а как мужчину. Она все больше ощущала себя мужчиной и в конце концов обратилась в клинику, специализирующуюся на гендерной идентичности.

Бернадетт предложили начать жизнь в качестве мужчины, и она сделала это с большей легкостью, чем ожидала, выбрав себе имя Джеймс. Он (она) начал принимать мужские гормоны, и через несколько месяцев к нему начали относиться как к молодому человеку (чуть моложе, чем он был на самом деле).

Прожив в мужской роли около года, Джеймс завел отношения с женщиной, которые развивались гораздо лучше, чем его прежние отношения с лесбиянками. Он сделал мастэктомию (операцию по удалению молочных желез), хотя его груди всегда были маленькими, но выглядели не как мужские.

Через год Джеймсу сказали, что он может сделать операцию по формированию искусственного пениса. Они с подругой не были уверены в необходимости такой сложной операции и решили обдумать это более тщательно. Джеймс получил официальное заключение о смене пола и изменил его в своем свидетельстве о рождении на мужской.

Что такое гендерная дисфория?

Расстройство гендерной идентичности (гендерная дисфория) заключается в том, что человек не может полностью принять свой гендерный статус мужчины или женщины и испытывает острую неудовлетворенность им.

Такое чувство возникает по самым разным причинам. Оно может являться частью депрессии (см. *Депрессия*) или биполярного расстройства (см. *Биполярное расстройство*), появляться при злоупотреблении наркотиками или быть элементом психического заболевания. В редких случаях оно оказывается синдромом частичной андрогенной нечувствительности (наследственное заболевание, при котором половое развитие младенцев, биологически являющихся мальчиками, оказывается неполным) или другого эндокринного или хромосомного нарушения.

Если исключены все другие причины этого состояния, если человек находится в нем по крайней мере два года, можно считать его транссексуалом. Транссексуалами оказываются самые разные люди.

Большинство транссексуальных биологических мужчин на раннем этапе развития психиатры описывали как трансвеститов двойной роли, а до того — как трансвеститов-фетишистов (см. *Сексуальные расстройства*). Меньшее их число описывалось как очень женственные мужчины — геи.

Большинство транссексуальных биологических женщин на раннем этапе развития воспринимались окружающими как мужеподобные лесбиянки. Лишь небольшому количеству транссексуалов, мужчин и женщин, ставили в детстве диагноз гендерной дисфории.

За детьми с такими отклонениями наблюдают в клинике гендерного развития в Тэвистоке и Национальном тресте Портмана в Лондоне. У взрослых больше возможностей получить помощь благодаря национальным клиникам в Лондоне, Шеффилде, Ноттингеме и Лейстере. Существуют и частные клиники. Наибольший опыт имеют члены Международной ассоциации гендерной дисфории Гарри Бенджамина, в которой состоят психиатры (иногда вместе с дипломированными психологами) и эндокринологи, специализирующиеся на подобных расстройствах.

Лечение

Риски безнадзорного и незаконного лечения

Люди, считающие себя транссексуалами, как правило, начинают принимать гормоны прежде, чем поменяют свою гендерную роль или обратятся за помощью к про-

фессионалам. Они добывают гормоны на черном рынке или из других источников. Это крайне безрассудно, поскольку гормональное лечение без подтвержденного диагноза может нанести большой урон и лишить возможности дальнейших исследований на наличие синдрома частичной андрогенной нечувствительности.

Нелегальное гормональное лечение почти всегда стоит дорого. Кроме того, оно представляет опасность из-за неконтролируемой природы препарата, отсутствия достоверной и грамотной оценки здоровья пациента или возможного взаимодействия гормонов с другими лекарствами. В лучшем случае покупатель потребляет безвредный препарат, который вообще не содержит активных гормонов.

Безнадзорное лечение высокими дозами эстрогенов вызывает быстрый рост молочных желез, но через некоторое время он прекращается. В результате появляются маленькие твердые груди конической формы. Дальнейшее гормональное лечение не увеличивает их размер.

Профессиональная помощь

Ничто не может помешать человеку изменить свою социальную гендерную роль в любое время, когда он пожелает. Для этого не требуется никаких официальных разрешений, при этом не нарушается никаких законов. Пациенты, изменившие свою гендерную роль на момент прихода в клинику, имеют некоторое преимущество перед теми, кто этого не сделал, поскольку врачи принимают во внимание время их пребывания в новой гендерной роли.

Прежде чем начинать какое-либо лечение, следует установить правильный диагноз. Для этого требуется опытный врач, как бы сам пациент ни был уверен в своем состоянии. Первоначальное обследование предпола-

гает полное изучение истории пациента, причем особое внимание уделяется гендерному развитию и сексуальности.

Затем следует подробный медицинский осмотр, делается анализ крови, чтобы проверить общее самочувствие и убедиться в отсутствии синдрома частичной андрогенной нечувствительности, а также других эндокринных нарушений. Для этого необходимо, чтобы в крови человека не оказалось искусственно введенных гормонов. Результаты анализа важны еще и потому, что частичная андрогенная нечувствительность затрагивает детей мужского пола по линии сестры пациента.

Первый этап лечения связан с обратимыми изменениями. Только если вмешательство такого рода прошло успешно, предпринимаются трудно обратимые или полностью необратимые шаги.

Почти всегда до начала приема гормонов пациент должен изменить свою социальную гендерную роль. К этому относится перемена имени на имя противоположного пола путем официального заявления, а также изменение имени в других официальных документах, не требующих медицинского подтверждения смены пола. (Для замены водительских прав и паспорта необходимы документы из официальной гендерной клиники.)

Пациент должен проявлять активность в представлении своей новой гендерной роли. Ему следует рассказать об этом своим друзьям и близким и объяснить, что теперь его следует воспринимать в новом статусе. Окружающие не обязаны искренне верить в то, что пациент действительно стал другого пола, но он должен иметь возможность представлять себя в новой роли, а другие должны к нему соответственно относиться.

В случае успешности первого шага начинается гормональная терапия, если ее сочли безопасной с медицин-

ской точки зрения. У пациента должно быть хорошее здоровье, и он не должен курить, поскольку у курильщиков очень велик риск развития тромбов.

Обычно гормоны выписывает терапевт, поскольку это лечение, скорее всего, будет пожизненным. Лечение, проводящееся под тщательным контролем, не увеличивает риск общей смертности, однако прием эстрогенов повышает риск образования тромбов. Сообщения о возникновении раковых заболеваний вследствие приема гормонов касались случаев незаконного применения препарата или лечения без медицинского контроля.

Хирургия

Пациентов направляют на операции по изменению пола, если они живут в своей новой гендерной роли не меньше года. После этого биологическим женщинам может быть назначена мастэктомия.

Обычно пациенты должны улучшить или хотя бы не продемонстрировать спада в своей социальной, профессиональной и психологической жизни. Работоспособным взрослым следует провести минимум год в своей новой гендерной роли, желательно работая полный рабочий день. Это может быть оплачиваемая или добровольная работа, учеба в университете или профессиональное обучение.

Тот, кто работать не может, должен показать адекватную (с учетом своих ограничений) социальную адаптацию в новой роли. Все это время пациентам следует регулярно наблюдаться у врача для отслеживания прогресса и активно работать с любой возникающей проблемой. Хотя здесь в трудной ситуации может помочь психолог, в местных отделениях зачастую отсутствуют специалисты, достаточно компетентные для работы с транссексуалами.

Операции на гениталиях часто проводятся после того, как пациент два года успешно проживет в новой роли. После операции по смене пола пациенты продолжают принимать гормоны, чтобы сохранить свой новый женский или мужской облик и предотвратить возникновение остеопороза. Дозу обычно снижают до половины или одной трети от той, что была до операции.

У биологических мужчин существует некоторый риск тромбоэмболии, но, поскольку в их гормональных препаратах не содержится прогестерон, риск развития рака груди отсутствует.

Долговременные прогнозы оказываются положительными при учете того, что пациентов тщательно отбирают на операцию по смене пола. Наиболее хорошие перспективы у тех, кто обратился к врачу в молодом возрасте, а также у пациентов, которых сексуально привлекают люди того же биологического пола, что и у них.

Заключение

Расстройство гендерной идентичности чаще встречается у мужчин и является необычной и очень болезненной проблемой, особенно если это транссексуализм.

Раньше транссексуалы могли считать себя (и воспринимались другими) женственными мужчинами — геями, мужеподобными лесбиянками или трансвеститами. Наиболее качественная помощь предлагается в специализированных клиниках, поскольку в них имеется психологическая, эндокринологическая, а также речевая экспертиза.

Наиболее важным первым шагом является постановка правильного диагноза, поскольку на расстройство гендерной идентичности может быть похож целый ряд дру-

гих состояний. Чтобы убедиться в безопасности любого лечения, необходимо пройти медицинское обследование. Для этого может понадобиться сделать ряд анализов.

Главный принцип подхода — обратимые изменения прежде необратимых.

До начала гормонотерапии пациенты должны изменить свою жизнь так, чтобы их приняли как людей, живущих в другой гендерной роли. Если этот этап прошел успешно и если здоровье позволяет, начинается гормональная терапия. Гормонотерапия делает женщин похожими на мужчин. У биологических мужчин изменения не так заметны.

Операция по смене пола проводится только в тех случаях, если пациенты удачно наладили свою жизнь в иной гендерной роли. Операция на гениталиях более эффективна у мужчин, нежели у женщин.

С точно поставленным диагнозом и тщательно спланированной скоростью изменений общий результат лечения может оказаться очень хорошим. После лечения пациенты продолжают гормонотерапию. Те из них, кто родился в Великобритании, могут изменить пол в своем свидетельстве о рождении.

Доктор Джеймс Барретт

Литература

Приведенные здесь статьи опубликованы на сайте *www.gendertrust.org.uk*

Transitioning in the Workplace: A Guide for Employers
Transitioning in the Workplace: A Guide for Employees
A Guide to Transsexualism
Standards of Care for Transsexuals
A Guide to Sex Reassignment Surgery

Депрессия

Мужчина, считавший, что лучше ему умереть

Гарри женат, у него трое детей. Много лет он работает на нефтяной вышке в Северном море и последние несколько лет руководит группой, работая две недели через две. Гарри всегда позитивно настроен, подтянут, здоров и редко видится с врачами.

Однако в последние несколько месяцев Гарри чувствует, что ему все надоело; он испытывает постоянную усталость, проявляет раздражительность в общении с семьей и коллегами. Иногда он думает, что лучше ему умереть, но понимает, что тогда его жене и детям придется несладко. Он говорит: «Мне все время хочется плакать, причем безо всякой на то причины». Уставший, раздраженный, он плохо спит и совсем потерял аппетит. Ему трудно сосредоточиться. Он больше не видит смысла в жизни и беспокоится о том, что расстраивает членов своей семьи. Тревожится он и в связи с возвращением на работу, поскольку не сошелся с другим руководителем группы, сменяющим его через каждые две недели.

Жена старается поддерживать его, но Гарри держит ее на расстоянии, чтобы не обременять своими отрицательными эмоциями. Он и его врач пришли к выводу, что на некоторое время работу следует оставить и взять двухнедельный больничный. Врач считает, что у Гарри депрессия и он почувствует себя лучше после начала приема лекарств. Сам Гарри говорит, что «готов ко всему, если только это поможет», и врач выписывает ему антидепрессанты, договорившись о следующем визите через две недели.

Спустя две недели Гарри сообщает, что ему немного лучше. Дней с хорошим настроением стало больше, чем с плохим, хотя иногда его охватывает сильное раздражение, особенно в магазинах. Он не позволяет себе расслабиться, занимаясь в тренажерном зале по соседству или работая в саду. Врач продлевает ему больничный еще на две недели.

На следующей встрече Гарри жалуется на ухудшение самочувствия, возникшего, как ему кажется, после разговора с менеджером о скопившихся в его отсутствие проблемах. Он говорит, что очень напряжен и «много беспокоится по пустякам». Врач считает, что Гарри предъявляет к себе слишком высокие требования, и настоятельно советует обсудить с женой все, что с ним происходит. Он продлевает больничный еще на месяц и снова выписывает антидепрессанты.

Спустя две недели Гарри чувствует себя прекрасно. После разговора с женой ему стало гораздо лучше. Он только что вернулся после нескольких дней отпуска, впервые за много лет проведенного вместе с семьей вдали от дома. Ему рассказали, что второй руководитель группы

увольняется, и это отличная новость. Гарри намерен вернуться на работу через две недели, когда закончится его больничный.

Что такое депрессия?

Депрессия — широко распространенное заболевание, но, к счастью, существуют эффективные и разнообразные формы лечения этого недуга. Люди часто стесняются рассказывать о нем, считая это признаком слабости. Депрессия часто возникает в сочетании с тревожным расстройством (см. *Тревожное расстройство и паническая атака*), а иногда ее трудно отличить от обычных физических заболеваний, особенно тех, что вызывают боль и утомление. Депрессия часто усиливается из-за жизненных проблем, и ее бывает сложно отличить от состояния, в котором человек просто несчастлив.

Почему люди испытывают депрессию?

Иногда причины депрессии понятны: обманутые надежды, разочарование или серьезная утрата. Но бывает так, что депрессия возникает без видимых причин — человеку просто плохо, и он не знает почему.

- Депрессия после тяжелой утраты [см. *Утраты (скорбь)*], развода или увольнения совершенно нормальна. Обычно через некоторое время человек смиряется с произошедшим, но есть люди, которые застревают в депрессивном состоянии, не чувствуя никакого улучшения.
- Если человек одинок и у него нет друзей, если он находится в состоянии стресса (см. *Стресс*), беспокоится или испытывает физическое переутомление, он с большей вероятностью может впасть в депрессию.

- Часто депрессия сопровождает физическое заболевание. Люди погружаются в состояние депрессии после вирусной инфекции (гриппа, ангины).
- Любой человек может оказаться в депрессии, но некоторые люди страдают больше других, что зависит от особенностей организма и жизненного опыта.
- Депрессия свойственна многим из тех, кто злоупотребляет алкоголем (см. *Алкогольная зависимость*). Трудно выяснить, что возникает сначала — алкоголизм или депрессия.
- Женщины испытывают депрессию чаще мужчин. Возможно, дело здесь в том, что мужчины реже открывают свои чувства, более замкнуты или выражают эмоции через агрессию или в алкогольном опьянении.
- Депрессия может передаваться по наследству.

Что такое маниакальная депрессия?

Примерно один из 10 людей, страдающих тяжелой депрессией, переживает периоды душевного подъема и гиперактивности. Это называется маниакально-депрессивным расстройством, которое является фазой биполярного расстройства (см. *Биполярное расстройство*).

Депрессия — это не проявление слабости?

Депрессия наступает даже у самых твердых людей и не является признаком слабости. Депрессию переживали и весьма влиятельные личности. Уинстон Черчилль называл ее «черным псом».

Как это выглядит?

В депрессивном состоянии у человека плохое настроение и недостаток энергии, он не находит удовольствий в жиз-

ни. Ему сложно сконцентрироваться на привычных занятиях, он начинает тревожиться о том, что раньше его не волновало, и иногда считает себя полным неудачником.

В этом состоянии иногда нарушается сон: человек часто просыпается рано утром и больше не в силах заснуть. У него наблюдаются изменения аппетита: он ест либо меньше, либо больше обычного, из-за чего меняется его вес. У человека пропадает интерес к сексу. У него могут появиться мысли о самоубийстве и даже планы по его реализации (см. *Самоубийство и самоповреждение*).

Что нужно делать?

Самопомощь

- Не скрывайте эмоций: если у вас случилось что-то плохое, расскажите кому-нибудь о своем состоянии. Разговор о болезненном переживании может предотвратить депрессивное состояние.
- Сделайте что-нибудь, например займитесь физическими упражнениями. Это поможет остаться в хорошей форме и укрепит сон.
- Хорошо питайтесь. Несмотря на отсутствие аппетита, рацион должен быть качественным и сбалансированным.
- Не употребляйте алкоголь — он только усиливает депрессию.
- Старайтесь не волноваться из-за бессонницы. Если не можете заснуть, встаньте, послушайте радио или посмотрите телевизор, лежа на кровати.
- Найдите причину. Если вы поймете, что лежит в основе депрессивного состояния, запишите проблему и подумайте о способах ее решения.

❖ Не теряйте надежды. Помните, что через депрессию проходили многие люди, и вы обязательно справитесь с ней.

Разговорная терапия

Разговор о проблемах с опытным психологом или психотерапевтом помогает человеку сбросить эмоциональный груз и более ясно увидеть свое положение. Существует множество видов психотерапии, хотя в некоторых странах специалистов недостаточно и кому-то приходится несколько месяцев ждать своей очереди.

Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) помогает справиться с негативными мыслями, которые сопутствуют депрессивному состоянию. КПТ помогает изменить образ мыслей человека и модели его поведения. Эти перемены позволяют ему переоценить свои мысли и действия и научиться управлять ими. Следствием этого будет улучшение самочувствия. В отличие от других разговорных методов лечения, КПТ сосредотачивается на проблемах и сложностях, возникающих здесь и сейчас (см. *Психотерапевтические и медикаментозные методы лечения*).

Межличностная (или психодинамическая) терапия помогает избавиться от трудностей в общении с людьми. Разговорная терапия помогает не сразу, иногда человеку нужно пройти от пяти до тридцати сеансов.

Альтернативная терапия

Зверобой продается в аптеках и как натуральное средство доказал свою эффективность в лечении слабой и умеренной депрессии. Он действует аналогично многим антидепрессантам, но при его применении гораздо реже наблюдаются побочные эффекты. Если вы решите

принимать зверобой, посоветуйтесь с врачом, поскольку это средство может вызывать маниакальные эпизоды, в том числе у людей, страдающих биполярным расстройством. Если вы принимаете другие лекарства, также проконсультируйтесь с врачом, потому что зверобой может снизить их эффективность.

Антидепрессанты

Если у человека тяжелая или длительная депрессия, врач может посоветовать курс лечения антидепрессантами. Благодаря им самочувствие пациента улучшается, он снова начинает радоваться жизни и эффективнее справляется с проблемами. От начала приема до заметных положительных результатов может пройти от двух до трех недель (см. *Психотерапевтические и медикаментозные методы лечения*).

Как действуют антидепрессанты?

Механизм их действия мало изучен, однако большинство специалистов полагает, что антидепрессанты стимулируют функции мозга, которые связаны с выделением серотонина и норадреналина. Эти вещества участвуют в межклеточной передаче информации и, по нашему мнению, связаны с возникновением депрессии.

Проблемы с антидепрессантами

Как и все лекарства, антидепрессанты могут создавать побочные эффекты. Самые новые антидепрессанты (ингибиторы обратного захвата серотонина) на короткое время могут ухудшить физическое самочувствие человека или усилить тревожное расстройство. Более старые антидепрессанты (трициклические) вызывают сухость во рту и запор. Если побочные эффекты не слишком тяжелые, врач советует продолжать прием препаратов.

Вместе с препаратом фармацевт должен выдать информационный листок. Многие люди опасаются, что эти лекарства будут вызывать сонливость. Обычно такие средства принимают на ночь, так что эффект сонливости помогает наладить сон. Но если человек чувствует себя сонным в течение всего дня, он не должны водить машину или работать с техникой до тех пор, пока этот эффект не исчезнет.

Принимают антидепрессанты как минимум четыре месяца после улучшения состояния, однако врач может увеличить курс лечения. Если человек резко бросит прием антидепрессантов, то может испытать симптомы отмены: тревогу, диарею, яркие сновидения и даже кошмары. Чтобы избежать этого, надо снижать дозу постепенно, до полного прекращения приема.

Какое лечение лучше подходит?

При умеренной депрессии лучше обратиться к разговорной терапии. При депрессии средней тяжести эффективными оказываются и разговорная терапия, и медикаментозное лечение (иногда их применяют в комплексе). Если депрессия тяжелая, человеку, скорее всего, понадобятся антидепрессанты.

Некоторые люди не хотят принимать лекарства, а другим не нравится психотерапия, так что здесь выбор за пациентом.

Когда человек находится в депрессии, ему сложно принимать какие-либо решения. Ему надо поговорить с семьей или с теми, кому он доверяет. Пусть они помогут ему сделать правильный выбор.

Что будет, если вообще не лечиться?

У четырех из пяти человек, страдающих депрессией, состояние нормализуется без посторонней помощи. На

это, скорее всего, потребуется от четырех до шести месяцев (иногда больше). Однако депрессия очень неприятное явление, которое отрицательно сказывается на работоспособности человека и его взаимоотношениях с окружающими, его состояние вызывает у них беспокойство. Депрессия разрушает уверенность человека в себе и позитивный настрой, а небольшой процент людей в таком состоянии склонны к суициду.

Некоторые приведенные в этой главе методы помогают избавиться от депрессии. Если человек сможет самостоятельно преодолеть ее, это подарит ему ощущение успеха. Однако если депрессия тяжелая или слишком затянулась, то снять ее поможет курс лечения.

Советы семье и друзьям

- Умейте слушать. Не предлагайте советов, если вас об этом не просят.
- Если у депрессии существует очевидная причина, помогите человеку найти решение.
- Человеку в состоянии депрессии может стать лучше, если вы будете с ним рядом. Вы можете подбодрить его, помочь выговориться и не утратить самообладания.
- Попробуйте убедить человека в грядущем улучшении самочувствия, хотя это, возможно, придется повторять ему снова и снова.
- Следите, чтобы он правильно питался.
- Не поощряйте употребление алкоголя.
- Если человеку становится хуже, если он намекает на возможность причинения себе вреда, отнеситесь к этому серьезно. Убедитесь, что о таком настрое известно его врачу.

❖ Постарайтесь уговорить его обратиться за помощью и не отказываться от приема лекарств или встречи с психиатром.

Профессор Крис Доурик

Заключение доктора Персоуда

Продолжаются споры о том, не возросло ли в последнее время количество случаев депрессии, наводя на мысль о неких связанных с нею широко распространенных структурных проблемах современного общества. На самом деле, какой бы ни оказалась правда об увеличении количества случаев этого заболевания, в любой момент времени от депрессии страдает меньшинство населения, хотя это немалое количество людей.

Дело еще и в том, что ни одно жизненное событие, даже самое страшное, не является причиной депрессии. В степени чувствительности к депрессии существует невероятный разброс. Судя по последним данным, ее причиной являются не сами негативные явления, которые происходят в жизни человека, — упадок настроения зависит от того, насколько хорошо или плохо человек справляется с жизненными трудностями или нежелательными переменами.

Научившись иначе реагировать на эти перемены, человек будет отлично справляться с депрессией, а при правильном лечении, поддержке друзей и родственников эта психологическая проблема рано или поздно станет преодолимой. К сожалению, в период депрессии развивается пессимистический взгляд на жизнь, и люди не всегда обращаются за помощью. Крайне важно, чтобы человека с депрессией поощряли лечиться, поскольку

иногда это состояние приводит к одному из самых худших исходов всех психических заболеваний — самоубийству.

Литература

Beyond Depression: A New Approach to Understanding and Management, Christopher Dowrick, Oxford University Press, Oxford, 2004.

Speaking of Sadness: Depression, Disconnection and the Meaning of Illness, David A. Karp, Oxford University Press, New York, USA, 1996.

Диагностика: что у меня, доктор?

Мужчина, которому приказали спрыгнуть с крыши

Джон слышал голоса. Голосов было несколько, и все они обсуждали друг с другом то, чем он занимался, — бесконечные непристойные комментарии, смириться с которыми было почти невозможно. Голоса приказывали ему совершать самые разные поступки: например, прыгнуть с крыши многоэтажной автомобильной парковки. Врач поставил диагноз — шизофрения — и назначил Джону антипсихотические препараты.

Покинув больницу, Джон прекратил принимать лекарство, поскольку из-за него он начал набирать вес и чувствовал вялость и апатию. Он ненавидел свой диагноз, утверждая, что врач ошибся и голоса посланы ему Богом. Он оказывался в больнице еще несколько раз согласно Акту о психическом здоровье, а однажды его забрали прямо из дома, на глазах у некоторых соседей.

Наконец Джону подобрали лекарство, оказывавшее очень незначительные побочные эффекты,

и научили выходить из-под влияния голосов. Однако выяснилось, что из-за такого диагноза окружающие стали относиться к нему иначе, чем ко всем остальным. Особенно это касалось одного соседа, который тут же убегал в дом, если Джон оказывался поблизости.

Джон оставался тем же мягким человеком, каким был всегда, но многие друзья перестали с ним общаться, прочитав статью о больном шизофренией, совершившем убийство в период обострения.

В конце концов Джон утратил уверенность в себе. Он ненавидит всех, кто зовет его шизофреником, практически перестал общаться и только раз в неделю посещает дневной центр, все более замыкаясь в себе.

Женщина, которой приказали броситься в реку

Джули слышала голоса. Их было несколько; они болтали друг с другом, обсуждая то, что она делала, и выдавали непристойные комментарии, которые было сложно терпеть. Голоса советовали ей, что нужно делать, и, после того как она попыталась броситься в реку, устав от их постоянных подначек, ее поместили в больницу. Ей поставили диагноз шизофрении и выписали антипсихотические препараты.

Вернувшись домой, Джули зашла в Интернет в поисках информации, связанной с понятием «психоз». Она хотела узнать, существует ли дру-

гое лечение, поскольку прописанные ей лекарства вызывали сонливость и увеличивали вес. Джули старалась подробно разузнать о своем диагнозе, встретить людей со схожей проблемой и понять, как ей жить дальше. Найденные сведения она сообщила друзьям, чтобы те знали, что с ней происходит.

Джули сохраняла оптимистический настрой, была здорова и располагала очень хорошими рекомендациями, однако, попытавшись сменить работу, столкнулась с отсутствием интереса со стороны работодателей к ее кандидатуре. Поначалу она расстроилась, но в дальнейшем решила работать как внештатный сотрудник, помогая обучать специалистов в области психического здоровья. Хотя она искала не такую работу, это была единственная сфера, где Джули не клеймили в связи с ее заболеванием.

Женщина, любившая веселиться

Каждый вечер Джози встречалась в пабе с друзьями и отлично проводила время. Она выпивала несколько бокалов вина, но на следующий день обычно без труда просыпалась и отправлялась на работу.

Спустя несколько лет Джози обратила внимание на то, что для получения удовольствия ей приходится больше пить. Ей стало сложнее подниматься по утрам, и иногда она брала отгул, неважно себя чувствуя. Она уставала, хуже работала и перестала радоваться своим вечерам так, как это

было раньше. Часто, чтобы «собраться», ей требовалось выпивать и утром.

В конечном итоге Джози набралась смелости и пошла со своим приятелем на встречу Общества анонимных алкоголиков. Она услышала, как люди говорят: «Привет, меня зовут Том (Дик, Гарри...), и я алкоголик», после чего начинали рассказывать о своих проблемах с выпивкой. Когда Джози впервые сказала: «Привет, меня зовут Джози, и я алкоголик», она почувствовала себя освободившейся, словно это признание позволило ей начать разбираться, что же происходит в ее жизни. После серьезной работы над собой она бросила пить.

Годы спустя она все еще думала о себе как об «алкоголике», не позволяя забыть о той власти, что имеет над ней выпивка. Джози не нравилось, когда другие называли ее алкоголиком, но настоящим друзьям она разрешала использовать это слово, поскольку такое отношение помогало ей оставаться трезвой.

Профессиональная диагностика

Когда человек заболевает, его ощущения, движения и мышление начинают меняться по сравнению с тем, какими были до начала болезни. Эти изменения называются симптомами. Если человек не понимает, что с ним происходит, ему следует обратиться к врачу, который поговорит с ним, проведет обследование и, возможно, сделает некоторые анализы. После этого обычно ставят диагноз, то есть определяют состояние, в котором находится пациент. Диагноз помогает понять, что может произой-

ти при отсутствии лечения и что нужно сделать, чтобы человек почувствовал себя лучше. Благодаря диагнозу друзья и члены семьи понимают состояние близкого человека. В случае физического заболевания (например, сломанной ноги или бронхита) люди обычно соглашаются с диагнозом врача, носят гипс или принимают антибиотики, чтобы поправиться.

Однако психические заболевания бывают гораздо сложнее физических. Если человек мыслит странным образом, это может являться следствием очевидной физической причины — алкоголя или, скажем, инсульта. Такие проблемы выявляются путем обследования, вопросов и анализов. Однако странные мысли и поведение могут возникать, когда человек физически здоров, и указывать на психическое заболевание — шизофрению или биполярное расстройство (см. *Шизофрения; Биполярное расстройство*).

Специальных анализов крови для правильной диагностики психических заболеваний не существует, и на помощь врачам приходит множество справочников.

Помимо этого, правильный диагноз зависит от понимания врачом и пациентом той религиозной и культурной среды, в которой они живут. Например, уверенность в том, что с человеком может разговаривать Бог, будет интерпретироваться по-разному в зависимости от происхождения пациента и понимания этого лечащим врачом. Чтобы определить «ненормальность» каких-то мыслей, внутри любой культурной группы должны существовать общепринятые определения о «нормальных» критериях работы сознания. Не каждый член общества обязан с этим соглашаться, и нет границ, обозначающих момент перехода от «нормальных» мыслей к «эксцентричным» (но приемлемым), а от них — к «ненормальным».

В Англии конца XIX века женщин, рожавших детей вне брака, часто считали «морально безумными» и помещали в психиатрические лечебницы. Сейчас такое невозможно. В России во времена коммунистической эпохи людям, подвергавшим сомнению политический режим, ставили диагноз нарушения мыслительных функций мозга и заключали в психиатрические больницы. В США тридцать лет назад гомосексуализм в диагностических справочниках именовался психическим заболеванием.

Другая сложность с диагностикой подобных состояний заключается в том, что во многих странах врачи имеют право лишать человека свободы («сажать в психушку») и лечить насильно, если считают его опасным для себя и окружающих. Ничего подобного не происходит в случае тяжелых или заразных физических заболеваний, даже если это такие серьезные болезни, как ВИЧ или туберкулез.

Некоторые из тех, кому был поставлен диагноз психического заболевания, после выздоровления могут согласиться, что в больницу их положили не зря. Но есть и другие, кто не желает подобного вмешательства в свою жизнь, не соглашается с диагнозом и утверждает, что со здоровьем все в порядке.

Наконец, любой диагноз несет множество дополнительных нагрузок, как положительных, так и отрицательных. Рождество — это не только христианский праздник, но и особые блюда, музыка, походы в гости к тем, кто вам нравится или кого вы терпеть не можете, переедание, посещение церкви, офисные вечеринки, плохие (или хорошие) телепрограммы и множество других самых разных вещей.

Точно так же слово «псих» может указывать на обладателя симптомов шизофрении (галлюцинаций и бредовых заблуждений), на фильм *Психоз* или на людей, на-

курившихся марихуаны, на знаменитого футболиста или человека, странно ведущего себя в автобусе, на убийцу, о котором вы прочитали в газете, и так далее. В исследованиях, касающихся отношения общества к психически больным, диагноз, поставленный психиатром, *всегда* ухудшает мнение об этих людях.

Мнение общества

К сожалению, некоторые диагнозы связаны с негативным отношением к стереотипным образам. До XX века практически не существовало возможности вылечить многие психические расстройства, и тяжелобольных людей помещали в психиатрические лечебницы, часто на всю жизнь.

Обычно семья очень стыдилась, если кто-то из ее членов был «сумасшедшим», «прятала» его и не упоминала за пределами дома. Эта традиция усугубилась викторианскими романистами, в чьих историях время от времени безумие играло главную роль, такие сюжеты обычно вводились для того, чтобы напугать читателя. Многие из тех, кто прочел повесть Роберта Луиса Стивенсона о докторе Джекиле и мистер Хайде, считают, что речь идет о больном шизофренией. На самом деле это не так. В романе Шарлотты Бронте *Джейн Эйр* есть «сумасшедший» персонаж, которого прячут и охраняют, однако он все равно сбегает, чтобы совершить нападение и поджечь дом. Состоятельные люди, следуя тогдашней моде, за плату посещали большие психиатрические клиники и смотрели на несчастных пациентов, живущих в примитивных условиях.

В наше время врачи располагают эффективными методами лечения психических расстройств. Иногда больные

действительно кого-нибудь убивают или калечат, но значительно большее количество людей убили или покалечили те, чье психическое здоровье не вызывало сомнений. В 2004 — 2005 годах в Британии полицейские машины во время спешки сбили насмерть практически столько же человек, сколько погибло от рук психически больных.

Большинство людей с психическими заболеваниями — совершенно обычные люди. Диагноз препятствует им в поиске работы, им запрещают делать то, что дозволено другим (например, быть присяжными, служить в армии или в полиции). Таких людей могут избегать соседи, считая опасными (см. *Стигматизация и дискриминация людей с психическими заболеваниями*).

Влияние диагноза на пациента

У большинства людей диагноз физического или психического заболевания меняет всю жизнь. Если у человека развивается диабет, ему необходимо пересмотреть диету и образ жизни. Диагноз психического заболевания меняет реакцию на данную личность окружающих, которые занимают положительную или негативную позицию, что проиллюстрировано на трех примерах в начале статьи.

Впрочем, опыт Джози, которая слишком много пила, показывает, что благодаря диагнозу она приняла и преодолела свою проблему. Диагноз Джули также помог ей (и ее друзьям) разобраться в трудностях и оставаться здоровой. К сожалению, она убедилась, что, когда дело касается поиска новой работы, диагноз только мешает.

Знание о диагнозе и связанных с ним стереотипах является первым шагом к уменьшению предубеждений, царящих в нашем обществе.

Джени Антониу и доктор Питер Бирн

Заключение доктора Персоуда

Диагноз играет положительную роль, если приводит к разработке плана управления болезнью, помогая человеку совладать с ней. Если не предпринимается немедленных мер по лечению и поддержке, если диагноз имеет отрицательный подтекст, стоит спросить, есть ли вообще смысл в его постановке.

Многие психиатры и психологи оказываются в странной ситуации, пытаясь скрывать диагноз от пациентов, хотя те чаще всего желают его знать. Диагноз может успокоить пациента, внушить ему, что кто-то понимает его состояние, но иногда простое слово, обычный термин, не дает подобного эффекта.

С одной стороны, диагноз помогает человеку избежать ответственности за совершаемые поступки, но с другой стороны способен подтолкнуть нужные службы к использованию своих ресурсов.

Что бы вы ни думали о диагнозах, они имеют очень сильное воздействие, которое необходимо использовать внимательно и мудро.

ЗНАЕТЕ ЛИ ВЫ...

Знаете ли вы, что голоса в голове появляются не только из-за психических заболеваний (шизофрении, депрессии и биполярного расстройства), но и вследствие болезни Паркинсона, болезни Альцгеймера, высокой температуры, использования наркотиков, отравления свинцом, нехватки сна, посттравматического стрессового расстройства, прекращения употребления алкоголя и при использовании некоторых лекарств?

Литература

Don't Call Me Nuts: Coping with the Stigma of Mental Illness, Patrick Corrigan and Robert Lundin, Recovery Press, Chicago, USA, 2001.

Changing Minds: Our Lives and Mental Illness, Rosalind Ramsay (редактор), Gaskell Publications, Royal College of Psychiatrists, London, 2002.

Зависимость

Женщина, которая избегает сигаретного дыма

Дивайна курила больше тридцати лет. Курить и правильно вдыхать дым ее научил лучший друг Мика, с которым она встречалась на остановке автобуса 31 по пути в школу и обратно. Первую свою ментоловую сигарету она выкурила в двенадцать лет.

Отец Дивайны умер от рака легких в возрасте пятидесяти шести лет, и наполненные страданием последние годы его жизни прошли на глазах у дочери. Он начал курить еще ребенком, живя на Ямайке. Однако Дивайна никогда не считала, что с ней может произойти то же самое.

Шло время, ее друзья один за другим бросали курить, и она начала чувствовать себя изгоем, осознав, что попала в зависимость от никотина. Она не курила год, но набрала вес и снова начала курить. После долгих лет борьбы, резкого ухода от привычки, никотиновых жвачек и пластырей она наконец бросила курить, обратившись к книге о технике самопомощи.

С тех пор прошло полгода, но Дивайна все еще мечтает о сигарете. Она знает, что это желание не

исчезнет никогда, хотя с каждым днем его влияние слабеет. Существуют ситуации, пробуждающие в ней тягу к сигаретам: например, когда она идет по улице за курящим, спорит с партнером, нервничает на работе, выпивает вечером бокал вина, долго сидит в аэропорту, выходит в антракт после концерта и, самое главное, пьет первую утреннюю чашку кофе.

Дивайна до сих пор избегает вечеринок или встреч в пабах, где, как она знает, будет много курящих. Ее холодильник наполнен фруктами на тот случай, когда ей отчаянно захочется курить. Дважды в неделю она совершает пробежку в соседнем парке вместе с другим бывшим курильщиком. Теперь она чувствует себя гораздо лучше и не просыпается по утрам с ощущением похмелья, понимая, что должна принимать каждый день таким, какой он есть.

Что такое зависимость?

Понять, что такое зависимость, сложно, если вы никогда не были в этом состоянии. Оно может варьироваться от легкого до очень неприятного ощущения и часто возникает у людей, на сознание которых влияют определенные вещества. Они могут быть запрещенными (героин, кокаин, марихуана) или разрешенными (алкоголь и никотин), а иногда их выписывают врачи (диазепам или темазепам) (см. *Наркомания*).

Одни вещества вызывают тяжелую зависимость, другие — совсем незначительную. Высокий процент зависимости — среди людей, употребляющих кокаин или никотин, этот показатель среди людей, употребляющих

алкоголь или марихуану, меньше (менее 10 процентов). Если человек становится зависимым от какого-то вещества, ему трудно отказаться от него и вообще не принимать. Когда человек все же решается прекратить употребление вещества, у него возникает тяга, которая снова толкает его к той же привычке.

Из всех курильщиков, пытавшихся бросить курить, лишь 15 процентов не возвращаются к сигаретам после года воздержания. Это говорит о том, что в состоянии зависимости даже мотивированным курильщикам трудно воздержаться от курения. Более 90 процентов подростков, выкуривающих от трех до четырех сигарет в день, попадут в ловушку их регулярного употребления, которое обычно длится тридцать — сорок лет. Примерно 18 процентов пробовавших кокаин оказываются от него в зависимости. Никотин вызывает еще более сильное привыкание, чем кокаин, и оба этих вещества обладают самой высокой степенью зависимости среди других распространенных наркотиков.

Как это выглядит?

Тяга к веществу — крайне неприятное состояние, обычно сопровождающееся напряженностью, тревогой, беспокойством, раздражительностью, реакцией короткого замыкания или сильным чувством голода. Часто появляются такие физические симптомы, как мышечное напряжение, пот, ускоренное сердцебиение, головокружение или головная боль. Тревога или стресс из-за жизненных неурядиц могут усиливать тягу.

Тяга становится сильнее, когда у человека нет доступа к веществу, от которого он зависит. Однако некоторые люди воспринимают тягу как приятное ощущение, схо-

жее с эффектом самого вещества, которое они перестали употреблять. Чаще всего это происходит в случае стимулирующих наркотиков — кокаина и амфетамина.

Когда возникает тяга?

Тяга возникает, когда человек перестает употреблять вещество, вызывающее зависимость. Воздержание от некоторых веществ может вызывать тягу спустя несколько часов после последнего приема, но чаще для этого требуется несколько дней. Когда человек прекращает принимать наркотики, тяга достигает пика через два-три дня, после чего постепенно снижается. Некоторые испытывают тягу в течение многих недель и месяцев после того, как исчезли симптомы отмены.

Тяга может возникать благодаря внешним напоминаниям (сигналам), когда человек видит курящих людей, рекламу алкоголя или проходит мимо паба. Сигналы бывают и внутренними, например стресс или депрессия.

Что нужно делать?

Тяга исчезает во время использования необходимого вещества, однако такое воздействие не устраняет зависимости. Когда влияние наркотика прекратится, тяга может вернуться. Таким образом, наркотик ненадолго помогает, но по мере выработки организмом устойчивости человеку для облегчения тяги требуется все больше наркотика.

Работа с этой проблемой ставит цель — лечение как зависимости, так и тяги.

Наркотическая зависимость лечится медикаментозно, но не меньшую роль играет разговорная терапия с участием психолога или психотерапевта. Попавшим в зависимость часто приходится изменить свой образ жизни,

привычки проводить определенным образом свободное время, зарабатывать и распоряжаться личной жизнью.

Лечение направлено на изменение внешнего поведения и взаимоотношений с наркотиком, чтобы употреблять его менее вредным способом или полностью от него отказаться.

Тяга снижается, когда человек перестал принимать наркотик и прошел через симптомы отмены. Первые несколько дней или недель после прекращения приема тяга может оставаться очень сильной, но, если человек не возвращается к наркотику, его состояние нормализуется. Не следует забывать, что время — лучший целитель.

Самопомощь

Простейший подход к уменьшению тяги — не попадать в ситуации, в которых что-то напоминает о наркотиках, в том числе избегать вида самих наркотических веществ, связанных с ними воспоминаний, людей и мест. Иногда это легче сказать, чем сделать, но благодаря тщательному планированию степень искушения можно минимизировать. Например, если человек пытается бросить пить, а его приглашают на вечеринку, где будет алкоголь, следует подумать, имеет ли смысл принимать такое приглашение.

Когда избежать коварной ситуации невозможно, как устоять перед искушением? Некоторые пишут на карточке причины, по которым они решили бросить пить, и те проблемы, что вызваны в их жизни алкоголем. Они носят карточку с собой и, если возникает желание выпить, читают ее, напоминая себе о серьезных причинах не возвращаться к горячительным напиткам. Иногда этот способ называют «сёрфинг желания».

Еще одним эффективным методом является отвлечение сознания более приятными мыслями или переход к какому-нибудь не связанному с наркотиком занятию,

например к физическим упражнениям или походу в кино. Иногда человеку стоит обратиться к другу или члену семьи, не употребляющему это вещество, и поговорить о своей проблеме, а еще лучше — о чем-нибудь совершенно постороннем.

Оказать поддержку могут и организаторы групп самопомощи, таких как Анонимные алкоголики или Анонимные наркоманы. Полезно пообщаться с людьми, прошедшими через такие же трудности, и услышать их советы или получить помощь.

К другим техникам преодоления тяги относятся релаксация, глубокое дыхание, массаж, гипнотерапия, акупунктура, упражнения и потребление сахара. Многие небезуспешно ими пользуются.

Человеку стоит узнать, какие организации располагаются по месту его жительства. Если описанные выше методы не годятся, это не значит, что ему нельзя помочь. Надо воспользоваться чем-то другим.

Некоторые люди страдают так сильно, что на несколько недель или месяцев им лучше оказаться в среде, где вещества, от которого они зависят, нет вообще.

Альтернативная терапия

Были исследованы очень немногие альтернативные способы лечения; стоят они дорого, но часто никакой пользы не приносят. Мы знаем о них очень мало.

Медикаментозное лечение

Существует ряд препаратов, использующихся людьми с зависимостью для преодоления тяги (см. *Психотерапевтические и медикаментозные методы лечения*).

Никотин

Все табачные продукты содержат никотин. Никотиновая заместительная терапия (НЗТ) помогает снизить тягу.

Продукты НЗТ можно купить в обычных аптеках или получить по рецепту. Они выделяют в организм никотин, благодаря чему тяга уменьшается без необходимости курить. Это и называется заместительной терапией. Никотин может находиться в пластыре, который наклеивают на кожу, в жевательной резинке, которую жуют и держат во рту, и в назальном спрее, который надо вдыхать. С течением времени применение НЗТ постепенно снижается и прекращается, а тяга к никотину сводится к минимуму.

Бупропион не является формой НЗТ, но может снижать тягу к курению.

Алкоголь

У некоторых людей акампросат снижает риск рецидива. Мы не знаем принципов его действия, но он уменьшает силу и частоту тяги, хотя и не избавляет от нее полностью.

Считается, что налтрексон уменьшает приятное действие алкоголя. Он используется редко и только специалистами по лечению от зависимости.

Дисульфирам (антабус) также применяется при лечении алкогольной зависимости, но это лекарство тягу не снижает.

Героин

Тяга к героину может снизиться благодаря замене героина на наркотик, имеющий сходный эффект (заместительная терапия). Для этого часто используют метадон и бупренорфин. Оба вещества снижают влечение к опиатам, но, поскольку их действие подобно героину, в какой-то момент, когда человек решает прекратить их прием, он снова столкнется с синдромом отмены и тягой. Эти неприятные эффекты можно уменьшить постепенным снижением дозы.

Кокаин
К сожалению, ни одно вещество не снижает тягу к кокаину, но исследования в поисках нужного средства продолжаются.

Бензодиазепины (диазепам, темазепам)
Эффективного лечения от тяги к бензодиазепинам не существует. Обычно в этом случае лекарство кратковременного действия (темазепам или лоразепам) заменяют лекарством долговременного действия — диазепамом. Судя по всему, постепенный отказ от лекарства долговременного действия проходит легче.

Разговорная терапия

Большинство организаций, работающих с попавшими в зависимость людьми, имеют терапевтические службы. Их целью является информирование и поддержка человека в его борьбе с зависимостью.

Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) (см. *Психотерапевтические и медикаментозные методы лечения*) помогает человеку изменить свои мысли, чувства и поведение, влияет на модели его мышления и действий. Эти перемены помогают человеку разобраться и научиться управлять своими мыслями и поступками, благодаря чему улучшается его самочувствие. В отличие от других разговорных методов лечения, КПТ сосредотачивается на проблемах и сложностях, возникающих здесь и сейчас. Терапия, направленная на укрепление мотивации, побуждает человека к положительным переменам, а профилактика рецидивов помогает определить причины их возникновения, управлять ими и эффективно с ними справляться.

Один из многообещающих методов воздействия называется работой с сигналами. В процессе этой терапии зависимый от наркотиков или алкоголя человек оказыва-

ется лицом к лицу с теми сигналами, что связаны у него с бывшим употреблением этих веществ (вид и запах любимого алкогольного напитка, изображение наркотика, шприцы), в безопасной, поддерживающей обстановке — например, в больнице. Существуют доказательства, что несколько дней такой терапии снижают тягу и риск рецидива у людей, зависимых от алкоголя. Однако этот подход является экспериментальным и широко не применяется.

Куда обратиться за помощью?

Все зависит от того, где человек живет. Помощь можно найти по Интернету и в телефонном справочнике.

В первую очередь большинству людей следует обратиться к терапевту, который должен предоставить информацию о службах, существующих по месту жительства. Врач сам может предложить лечение или направить пациента к специалистам. Лечением зависимости и тяги занимается как Национальная служба здравоохранения (НСЗ), так и частные и благотворительные организации, в учреждениях которых большинство людей найдет помощь и поддержку.

Если человек хочет бросить курить, ему поможет терапевт или фармацевт. Средства никотиновой заместительной терапии продаются в аптеках, как по рецепту, так и без него. НСЗ располагает клиниками для курящих, которым требуется дополнительная помощь.

Зависимость от наркотиков и алкоголя может лечить и терапевт, однако существует значительное число благотворительных, национальных и частных организаций, предлагающих специализированную помощь. Заместительная терапия с использованием метадона широко распространена в Британии; более популярной стано-

вится и разговорная терапия. Люди, нуждающиеся в стационарном лечении и реабилитации, должны иметь возможность получить их, обратившись в местную организацию по проблемам зависимости или к медицинским чиновникам, отвечающим за эту сферу деятельности.

Общества Анонимных алкоголиков и Анонимных наркоманов имеют группы и места для встреч по всей Великобритании; их адреса легко можно найти в телефонной книге или в Интернете.

Советы семье и друзьям

Тяга бывает очень сильной, и вы наверняка заметите перемены в поведении такого человека. Он может проявлять раздражительность, вспыльчивость, невнимательность, напряженность, его настроение становится подавленным. В этом случае поддержка друзей и родных становится незаменимой.

Тяга может возникать краткими вспышками и исчезать без необходимости применения вещества. Иногда человеку помогает разговор о том, что он чувствует, или переключение внимания на другую тему. Постарайтесь выслушать его или, если это представляется удобным, спросите, чего именно ему бы хотелось.

Посоветуйте человеку опробовать некоторые приведенные выше методы. Когда его настроение будет подходящим, поговорите о возможной зависимости и обращении к врачу. Так вы поможете ему сделать первый полезный шаг к получению профессиональной помощи.

Доктор Билли Боланд
и профессор Колин Драммонд

Заключение доктора Персоуда

Преодоление тяги — один из самых трудных вопросов тернистой области психологических дисфункций, однако не следует забывать, что он является частью общей проблемы, касающейся способов борьбы со стрессами. Многим пациентам сложно понять, что страдание связано не с тем, что именно с ними происходит, а с тем, как они к этому относятся и насколько хорошо справляются с ситуацией.

Пациенты часто обращаются к врачам с просьбой облегчить симптомы тяги и разочаровываются, если современная медицина не помогает.

Конечно, легче всего предложить человеку «держаться», особенно если вы сами никогда не сталкивались с сильной тягой. Однако в действительности людям следует учиться выдерживать определенный уровень страдания. Здесь помогут приведенные выше методы, в том числе отвлечение. Не следует полагать, что от боли можно избавиться только с помощью лекарств.

Как это ни странно, во всем мире наиболее успешные результаты в работе с тягой демонстрирует не медицинский, а социальный подход, представленный Обществами Анонимных алкоголиков и Анонимных наркоманов.

Литература

The Craving Brain: A Bold New Approach to Breaking Free from Drug Addiction, Overeating, Alcoholism, Gambling, Ronald A. Ruden and Marcia Byalick, Harper Paperbacks, 2003.

Overcoming Problem Drinking, Marcantonio Spada, Constable and Robinson, 2006.

Искаженный образ тела

Мужчина, который старался спрятаться

Бретту двадцать пять лет. Не так давно ему поставили диагноз: искаженный образ тела. Бретт работает графическим дизайнером, живет один и в настоящее время не имеет личных отношений. Будучи застенчивым мальчиком, в школе он подвергался насмешкам со стороны одноклассников, что продолжалось в подростковом возрасте и перешло во взрослую жизнь. Окружающие смеялись над его прыщами и непопулярностью.

Проблема возникла, когда Бретту исполнилось пятнадцать: кто-то на школьной вечеринке назвал его нос крючковатым. Придя домой, Бретт подошел к зеркалу и начал тщательно изучать свой нос, на котором действительно обнаружилась небольшая горбинка. Со временем постоянное изучение своей внешности превратилось в привычку. Теперь он заглядывает в зеркала и другие отражающие поверхности от пятнадцати до двадцати раз в день.

Когда Бретт идет по улице, он всегда смотрит в землю, полагая, что так люди не обратят внимания

на его нос. В разговоре с окружающими он избегает зрительного контакта и часто притворяется, что чешет лицо, таким образом закрывая нос от собеседника. Ему бывает очень неприятно, если людям удается увидеть его профиль. Он всегда выбирает место, которое не позволяет смотреть на его лицо под углом и избегает фотографироваться. В поезде он часто меняет сиденья, считая, что пассажиры рядом с ним критически оценивают его нос. Бретт всегда сравнивает его с носами окружающих, не бывает на общественных мероприятиях и по возможности держится подальше от людей.

Он полагает, что остальные живут гораздо лучше просто потому, что их нос другой формы. Он мечтает сделать пластическую операцию, но на это у него нет денег. Мысль о том, чтобы больше не прятать лицо и не смотреться в зеркало, приводит Бретта в ужас — сердечный ритм ускоряется, ладони начинают потеть. В конце концов он решает обратиться за помощью.

Искажение образа тела обычно излечивается с помощью когнитивно-поведенческой терапии (КПТ), хотя в некоторых случаях требуется прием антидепрессантов — ингибиторов обратного захвата серотонина. КПТ способна исправить такие черты поведения Бретта, как постоянную проверку своей внешности в зеркале и опущенный взгляд. Терапевт привлечет внимание Бретта к вещам, доставляющим ему удовольствие, и вместо того, чтобы тревожиться, он сможет заняться тем, чего долгое время избегал. Также ему предложат присоединиться к терапевтической группе, участники которой имеют аналогичное расстройство.

После того как Бретт прошел курс КПТ, он продолжает иногда сравнивать детали своего тела с деталями тел окружающих людей, однако теперь понимает, что, каким бы привлекательным ни был чей-то нос, жизнь у этого человека не обязательно лучше. Хотя процесс сравнивания не прекратился, Бретт научился сопротивляться своей поведенческой привычке, наблюдать и постепенно от нее избавляться.

Раз в две недели он посещает встречи группы, где ему напоминают о положительных изменениях в его жизни. Теперь он может ходить по улице, не закрывая нос рукой, и бывает на общественных мероприятиях. Бретт общается с людьми, которым поставлен аналогичный диагноз, помогая им изменить свою жизнь так, как это сделал он.

Что такое искаженный образ тела?

Искаженный образ тела (ИОТ) — это состояние, при котором человек чрезмерно озабочен своей внешностью. Он сравнивает себя с другими людьми, тревожится из-за собственного физического несовершенства и много времени проводит перед зеркалом, пытаясь скрыть то, что, по его мнению, является недостатком.

При диагностике ИОТ специалисты ищут признаки подлинной душевной боли, обращают внимание на неспособность к общению и работе, а также на другие поведенческие особенности, мешающие людям полноценно жить. Помимо этого врачам необходимо убедиться, что такая повышенная озабоченность определенным аспектом своего тела не вызвана иными психическими

проблемами, например нервной анорексией (см. *Пищевого поведения расстройства*).

Чаще всего пациентов с ИОТ беспокоят нос, кожа, волосы, глаза, веки, рот, губы, челюсть и подбородок. Однако причиной тревоги может оказаться любая часть тела, а иногда беспокойство касается нескольких его частей.

Пациенты жалуются на кажущиеся или подлинные, но незначительные изъяны лица, на размер частей тела (слишком маленькие или слишком большие), толщину волос, прыщи, морщины, шрамы, видимые сосуды, бледноту или покраснение кожи, асимметрию и непропорциональность. Иногда жалоба крайне расплывчата и может сводиться к тому, что пациент просто считает себя уродом.

Одни пациенты с ИОТ часами стоят перед зеркалом, а другие вообще к нему не подходят (иногда закрывая его или снимая со стены), чтобы избежать неприятных ощущений от созерцания своей внешности. ИОТ — невидимое (мнимое) расстройство, и многие люди не обращаются к специалистам за помощью. Если они все же приходят к врачу, то могут демонстрировать симптомы депрессии или социофобии (см. *Депрессия*; *Фобии*) и не рассказывают о своей главной проблеме до тех пор, пока их об этом не спросят.

Страдающие ИОТ часто скрывают свои трудности, полагая, что окружающие сочтут их тщеславными и эгоцентричными. Важно, чтобы друзья и семьи таких пациентов понимали чувства своих близких, поскольку в глазах самого человека «дефекты» вполне реальны и влияют на него разрушительно.

Качество жизни пациентов с ИОТ оставляет желать лучшего. Зачастую у них нет работы, они занимают низкое социальное положение, живут изолированно или

вообще не выходят из дома. У таких людей высок риск самоубийства.

Многие пациенты обращаются за помощью к пластическим хирургам или специалистам по кожным заболеваниям (дерматологам). Примерно 5 — 10 процентов из тех, кто приходит к пластическим хирургам, попадают под диагноз ИОТ. Такие пациенты часто недовольны проведенной операцией, а симптомы ИОТ не исчезают или даже ухудшаются. В целом, людей с такими отклонениями не следует направлять на пластические операции, поскольку исследование показывает, что такое вмешательство не помогает и не облегчает их жизнь.

Когда забота о собственной внешности переходит в состояние ИОТ?

Пациенты с ИОТ обычно избегают общественных и публичных ситуаций, чтобы не испытывать дискомфорт и не беспокоиться о том, что люди дадут им негативную оценку. Иногда они все же общаются, но чувствуют себя при этом крайне неловко.

Чтобы скрыть кажущийся дефект, они маскируются, используя косметические средства, определенным образом зачесывая волосы, меняя позу или выбирая скрывающую фигуру одежду.

Помногу часов в день они проводят в размышлениях о своем кажущемся недостатке и задают себе вопросы, на которые невозможно ответить («Почему я родился таким?», «Почему у меня такой большой и кривой нос?»). У них возникают навязчивые привычки, которые обычно отнимают много времени. К ним относятся:

- проверка внешности в зеркале и других отражающих поверхностях;
- поиск подтверждения мнения о своей внешности;
- ощупывание кожи;

- ❖ стрижка или причесывание волос для придания им «нужного» положения;
- ❖ очистка кожи, чтобы та была гладкой;
- ❖ сравнивание себя с фотомоделями и людьми на улице.

Как возникает ИОТ?

В области развития ИОТ проводилось очень мало исследований. Существует две различные модели его возникновения — биологическая и психологическая.

Согласно биологической модели, человек имеет генетическую предрасположенность к психическому заболеванию и, следовательно, более высокую вероятность развития ИОТ. Еще одним фактором риска может оказаться эстетическая чувствительность, на что влияет хорошее образование или работа в сфере искусства и дизайна.

Спровоцировать расстройство могут стрессы и тяжелые жизненные ситуации, особенно в подростковом возрасте, например насмешки или насилие. Иногда в начале развития расстройства в мозгу человека возникает дисбаланс некоторых веществ.

Психологическая модель предполагает, что к развитию ИОТ приводит низкое самоуважение и оценка своей личности исключительно по внешним данным. Люди могут испытывать тревогу из-за своего одиночества и изоляции.

Когда расстройство уже возникло, его начинает питать чрезмерное внимание и фиксация на недостатке или представлении о собственной непривлекательности. Это приводит человека к мысли о том, как исправить недостаток и избежать неприятных ситуаций, а также к частым проверкам своей внешности в зеркале. Он может постоянно сравнивать себя с окружающими и пытаться подтвердить свое мнение о дефекте у других людей.

Как это выглядит?

Многие пациенты с ИОТ излишне озабочены своими небольшими или воображаемыми недостатками, обычно связанными с областью лица, но могут испытывать тревогу и из-за других частей тела. К наиболее распространенным недостаткам относятся:

- прыщи, шрамы, тонкие волосы, морщины и видимые сосуды;
- асимметрия тела;
- некоторые части тела кажутся слишком маленькими или слишком большими;
- некоторые части тела непропорциональны по отношению к другим.

Это может привести к:

- беспокойным мыслям и мнимым представлениям о недостатке;
- постоянной проверке своей внешности в зеркале или, напротив, нежеланию в него смотреть;
- ощущению своей непривлекательности или конкретным жалобам на воображаемые недостатки;
- стремлению подтвердить свое мнение о недостатке;
- просьбе о направлении к дерматологу или пластическому хирургу.

Что нужно делать?

В случае ИОТ рекомендуется два вида лечения.

Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) — психологическая помощь, направленная на изменение образа мышления и поведения пациента. Эти перемены помо-

гают ему почувствовать себя лучше. В отличие от других разговорных методов лечения, КПТ сосредотачивается на проблемах и сложностях, возникающих здесь и сейчас. Вместо того чтобы искать глубинные истоки проблем и симптомов, ставится цель поправить текущее состояние пациента (см. *Психотерапевтические и медикаментозные методы лечения*).

КПТ помогает людям с ИОТ войти в ситуации или совершить действия, которые вызывают у них тревогу, чтобы разобраться, заключается ли проблема в самой *внешности* или в *беспокойстве* относительно внешнего вида.

При поддержке врача пациент оказывается в пугающей или тревожной ситуации (например, когда его нос видят в профиль) и учится справляться с беспокойством, пока оно постепенно не угаснет. КПТ помогает пациенту избавиться от привычки сравнивать себя с другими людьми и от постоянных мыслей о мнимом недостатке.

Часто КПТ требует от человека самостоятельной работы над некоторыми аспектами лечения: ведение дневника или составление списка вызывающих стресс действий и ситуаций и другое.

Антидепрессанты. Взрослым пациентам иногда выписывают антидепрессант флуоксетин. Исследование показало, что в случае ИОТ флуоксетин действует эффективнее других ингибиторов обратного захвата серотонина. Чтобы понять степень его воздействия, лекарство необходимо принимать минимум три месяца. Если флуоксетин не помогает, выписывают другой ингибитор или кломипрамин.

Основной проблемой с ингибиторами является то, что после их отмены высока вероятность рецидива, так что, хотя лекарство и помогает, принимать его придется

несколько лет. Наиболее частые побочные эффекты ингибиторов — тошнота, желудочно-кишечные расстройства, боль в брюшной полости, беспокойство и тревога, вялость, нарушение сна и головная боль.

Не существует доказательств, что от ИОТ помогают лекарства, использующиеся в лечении психотических расстройств, даже если у пациентов наблюдаются ложные представления (которые являются также симптомами психоза).

Какое лечение выбрать?

- Если ИОТ сопровождается умеренными симптомами, пациенту следует прибегнуть к краткой (ограниченной во времени) КПТ, чтобы в них разобраться.
- Если ИОТ сопровождается более серьезными симптомами, пациенту придется сделать выбор между ингибиторами обратного захвата серотонина и КПТ. Эти подходы часто применяются в комлексе.

Советы семье и друзьям

Правильно

- оказывать практическую и эмоциональную поддержку;
- разобраться в развитии заболевания и узнать о методах лечения;
- задавать врачам любые вопросы для улучшения понимания проблемы;
- если требуется, помочь врачам в ходе обследования;
- избегать каких бы то ни было разговоров о внешности.

Неправильно

- обвинять человека с ИОТ в тщеславии и самовлюбленности;

- ❖ сравнивать его с другими людьми или знаменитостями;
- ❖ говорить с ним о своей внешности или о внешности других людей;
- ❖ подтверждать его точку зрения или вступать в дискуссию относительно того, заметен или нет его недостаток; следует понять, почему человек ищет такого подтверждения и улучшает ли оно его самочувствие в долговременной перспективе.

И пациент, и члены его семьи только выиграют, если врач или психотерапевт станет работать с ними со всеми, а не только с тем, кто страдает ИОТ.

Джессика Колон
и доктор Дэвид Вил

Заключение доктора Персоуда

Связанная с ИОТ проблема часто состоит в том, что на горизонте маячит пластический хирург, однако после операции многие люди не замечают особых физических изменений во внешности человека, озабоченного незначительными особенностями своего тела или лица.

Впрочем, иногда операция действительно снижает переживания человека, испытывающего тревогу из-за своей внешности, но врачи не способны с точностью предсказать, кому операция поможет, а кому нет.

Существует множество трагических историй о тех, кто злоупотреблял излишним хирургическим вмешательством и оказывался еще более разочарованным результатами. Это одна из наиболее сложных проблем, поскольку суть ее связана с конфликтом между пациентом и врачом: пациент полагает, что у него физическая проблема, а врач убежден, что проблема в психологии. Обе

стороны должны сформировать рабочие отношения, основанные на более тонком подходе, и разобраться, когда метод работает, а когда нет. Следует также понять, на ком лежит ответственность за последствия столь важного и необратимого процесса, как хирургическая операция.

Литература

The Broken Mirror: Understanding and Treating Body Dysmorphic Disorder, Katharine Phillips, Oxford University Press, New York, USA, 2005.

Feeling Good About the Way You Look: A Program for Overcoming Body Image Problems, Sabine Wilhelm, Guilford Publications, New York, USA, 2006.

The BDD Workbook: Overcome Body Dysmorphic Disorder and End Body Image Obsessions, James Claiborn and Cherry Pedrick, New Harbinger Publications, Oakland, California, USA, 2002.

Истерия

Женщина, которую парализовал стресс

Перл упала на фабрике, где работала, неожиданно утратив способность двигать правой ногой. На машине «Скорой помощи» ее увезли в больницу с подозрением на инсульт. Хотя Перл не могла шевелить ногой, при сканировании мозга и позвоночника признаков инсульта не обнаружили. Невролог при обследовании не нашел физической причины возникшей слабости.

В последнее время Перл чувствовала себя подавленной, плохо ела, а по ночам ее мучили боли. Она удивилась, услышав от невролога, что никаких «физических» проблем он не нашел. Она не связывала такое состояние со стрессом, хотя работала сверхурочно, чтобы выплатить долги, оставленные ее бывшим партнером. Сестра Перл недавно эмигрировала в Австралию.

Перл начала проходить курс физиотерапии и встретилась с психологом, выписавшим ей антидепрессанты. Во время бесед она рассказала, что на работе ее запугивает начальник, а она не может ему противостоять. Она чувствовала себя беспо-

мощной и каждый день заставляла себя идти на работу, несмотря на усталость и ощущение несчастья.

Судя по всему, жизнь Перл в последнее время была крайне сложной: конфликты на работе, финансовые проблемы, недавно прерванные близкие отношения, потеря регулярного общения с сестрой. Она стала жить довольно одиноко и постепенно погрузилась в депрессию. Как это обычно и происходит в таких ситуациях, Перл не связывала свои симптомы со стрессом, так что возникший паралич казался ей самостоятельным явлением.

В последующие дни у нее восстановилась двигательная функция ноги, а через несколько недель улучшились настроение, сон и аппетит. Сеансы физиотерапии и психотерапии продолжались и после того, как Перл покинула больницу. В конечном итоге Перл вернула себе полную подвижность. Во время терапевтических сеансов она обсуждала свои проблемы, связанные с недостатком уверенности и неумением справляться с тревогой. Вскоре Перл почувствовала себя достаточно хорошо, чтобы найти новую работу, и встретилась с юристом, который помог ей выработать ежемесячный план долговых выплат.

Что такое истерия?

В прошлом термин «истерия» использовался для обозначения внезапной потери работоспособности какой-то части тела. Впервые это явление было описано более трех тысяч лет назад и тогда относилось к разряду не-

объяснимых физических симптомов. В наше время врачи редко используют термин «истерия», поскольку его повседневное значение — внезапная утрата контроля над своими эмоциями — может показаться оскорбительным. Вместо этого для описания состояния, в котором симптомы неврологического заболевания на самом деле вызваны эмоциональным стрессом, применяется словосочетание «конверсионное расстройство» или «диссоциативное расстройство». Также используются и другие обозначения:

- психогенное или стрессовое расстройство (подчеркивается роль эмоций);
- функциональное, неорганическое или необъяснимое с медицинской точки зрения (подчеркивается отсутствие физического заболевания) состояние;
- соматическое, соматоформное расстройство или соматизация (от греческого *soma* — тело).

При постановке такого диагноза существует риск пропустить физическое заболевание. Диагноз истерии начал вызывать споры в шестидесятые годы XX века, когда было высказано предположение, что многим пациентам его ставят неправильно и на самом деле у них неврологическое заболевание. Однако проведенные с тех пор исследования показывают, что обычно врачи ставят верный диагноз. Это важно, поскольку без правильного лечения такое состояние может оказаться не менее тяжелым, чем физическое заболевание.

Прежде чем оказаться на приеме у психиатра, пациенты с этими симптомами обычно наблюдаются у невролога или терапевта. Если психологическую причину симптомов не распознали на ранней стадии, это приводит к ненужным физическим обследованиям и даже к неверному лечению.

Как это выглядит?

Обычно мы осознаем свою способность двигаться и испытывать эмоции. Но иногда, особенно в состоянии стресса (см. *Стресс*), эта осознанность в отношении какой-то функции пропадает. Это может показаться странным, но есть распространенные примеры: вы ведете машину по знакомой дороге и внезапно понимаете, что практически не помните свою поездку; иногда вы не слышите, как вас зовут, если поглощены каким-то занятием.

Симптомы истерии возникают внезапно, иногда в связи со стрессовым событием. В некоторых случаях физическую болезнь исключают после обычного осмотра, но часто требуется более тщательное обследование. Нарушения могут касаться любых функций нервной системы. Наиболее распространенные симптомы приводятся ниже.

Движение

Парализованными оказываются мышцы руки или ноги. Паралич может быть полным или частичным и варьируется по степени выраженности. Внешне это может выглядеть как инсульт, но сканирование мозга показывает его отсутствие.

Онемение

Онемение часто проявляется в виде фрагментарной нечувствительности, поражающей одну сторону тела. Принцип этого онемения отличается от того, который возникает при повреждении нервов или заболеваниях нервной системы. Сканирование мозга и позвоночника не выявляет аномалий.

Речь
Пациенту трудно говорить, он может заикаться или полностью утратить речевые функции. Для описания неприятного ощущения в горле употребляется термин «истерический комок».

Память
Потеря памяти часто следует за крайне травмирующим событием или непереносимым жизненным стрессом и может быть связана с фугой (лат. *fuga* — бегство, бег) — так называются кратковременные эпизоды двигательного возбуждения в форме элементарных стремительных движений и действий. Потеря памяти бывает полной, когда человек забывает все (в том числе и собственную личность), или частичной, касающейся только травмы.

Функциональная эпилепсия
Эти приступы выглядят как эпилептические припадки, но не имеют присущей настоящим приступам эпилептической мозговой активности, которая измеряется электроэнцефалограммой. Обморок, панические атаки, посттравматическое стрессовое расстройство и нарушения сна также могут выглядеть как припадок (см. стр. *Тревожное расстройство и паническая атака; Посттравматическое стрессовое расстройство; Сна нарушения*).

Деперсонализация
Деперсонализацией называется расстройство сознания, связанное с потерей чувства собственного «я», своего тела, трудностями в переживании эмоций. Дереализация похожа на это состояние, это нарушение восприятия, при котором окружающий мир воспринимается как нереальный или отдаленный, лишенный своих красок. Ее может испытывать и нормальный человек в случае край-

ней усталости или испуга. Если у человека расстройство, это неприятное ощущение иногда возникает без каких-либо очевидных причин.

Множественная личность
Это психический феномен, при котором человек обладает двумя или более различными личностями, причем каждая имеет собственное восприятие и взаимодействие с окружающей средой. Чаще всего такой диагноз ставят в США, и он имеет противоречия — по мнению многих психиатров, на самом деле отклонение вызывают некоторые виды психотерапии.

Боль
Эмоциональное самочувствие меняет восприятие боли. Если человек очень возбужден, он некоторое время может вообще не ощущать боли, что иногда происходит во время сражений.

К сожалению, случается и обратное: человек чувствует боль, когда у него нет никаких травм. Головной мозг реагирует на сигналы от нервов спинного мозга, ложно воспринимая их как болевые импульсы. Такую боль человек ощущает вполне реально, и она оказывает на него разрушительное действие.

Соматизация
Симптомы возникают в нескольких участках тела без всяких физических причин. Неврологические симптомы часто сопровождаются болью, тошнотой и вздутием живота, а также сексуальными проблемами, импотенцией или нерегулярными месячными. Это состояние может длиться много лет, и самые разные врачи, обследующие за это время пациента, не способны поставить какой-то определенный диагноз, связанный с физиологией.

Истерические или функциональные симптомы воспринимаются столь же реально, как и симптомы физиологического происхождения. Пациент с конверсионным расстройством действительно не способен двигать рукой или ногой. Симптомы не создаются специально, и чаще всего пациент не понимает их связи со стрессом.

Люди с соматизацией расстраиваются, если врачи не находят физических объяснений заболевания, поскольку, как им кажется, не в порядке именно их тело.

Каковы причины истерии?

Причины истерии точно не известны.

- ❖ Истерия может наблюдаться у членов одной семьи, так что отчасти у нее генетическая природа.
- ❖ Если у человека есть неврологическое заболевание, риск возникновения истерии увеличивается.
- ❖ Появлению симптомов могут предшествовать какие-то стрессовые события.
- ❖ Истерия часто бывает последствием детских травм, таких как сексуальное и эмоциональное насилие.
- ❖ Истерия нередко возникает у людей, испытывающих сложности с признанием или выражением своих проблем и чувств.

Недавно у людей с функциональным параличом исследовали снимки мозга. Результаты показали: если человек пытается шевелить пораженной частью тела, в связанных с эмоциями областях лобной доли мозга возникает необычное возбуждение. Предполагается, что в таком состоянии мозг стремится подавить или разорвать связь между участками, которая необходима для активации самого движения.

Такие открытия задают полезное направление для оценки этих удивительных проблем, никак не вписывающихся в привычное понимание окружающего мира. Судя по всему, стрессовый опыт способствует разъединению частей мозга, связь между которыми необходима для выполнения определенного задания — двигательного или эмоционального. Повреждение носит непостоянный характер. Связь между важными частями мозга со временем восстанавливается, так же как и утраченная функция.

В процессе исследования ученые проводили сканирование мозга людей, намеренно симулировавших свои симптомы. Снимки показали иную модель активизации участков мозга. Это открытие поддерживает идею, согласно которой пациенты с функциональными расстройствами не создают свои симптомы намеренно.

Истерию могут сопровождать и другие психические проблемы: часто встречаются депрессия (см. *Депрессия*), тревожное расстройство, посттравматическое стрессовое расстройство и расстройства личности (см. *Расстройства личности*).

Можно ли вылечиться?

Как правило, истерия излечима. Часто человек поправляется вообще без лечения, когда событие, вызвавшее стресс, проходит. Снизить силу стресса и вернуть утраченную функцию поможет дополнительная поддержка работодателя или членов семьи. Если же быстрого выздоровления не происходит, следует прибегнуть к лечению.

В случае продолжения стресса или сохранения стрессовых условий от симптомов трудно избавиться полно-

стью. Соматизация — длительный процесс, который чаще всего возобновляется в тяжелые периоды жизни.

Что нужно делать?

Исследовалось не так уж много принципов лечения функциональных симптомов, и для каждого пациента предполагается индивидуальный выбор. Существует несколько подходов к лечению истерии.

Физическая терапия. Она предназначена для восстановления нормальных физиологических функций и представляет собой курс физиотерапевтических упражнений для парализованной конечности или дыхательных упражнений для человека с заиканием. Снизить уровень стресса может и активная получасовая прогулка трижды в неделю.

Когнитивно-поведенческая терапия. Эту разновидность разговорной терапии можно использовать, чтобы избавиться от непродуктивного образа мышления и постепенно, безопасным методом, увеличить активность (см. *Психотерапевтические и медикаментозные методы лечения*).

Расслабляющие упражнения помогают снизить уровень стресса и избавить пациента от некоторых телесных ощущений, которые принимают за признаки болезни.

Психодинамическая психотерапия направлена на разрешение проблем, заложенных в детстве, и сложностей в общении с другими людьми (см. *Психотерапевтические и медикаментозные методы лечения*). Если человеку

трудно говорить о своих чувствах, ему поможет практическая методика КПТ или физиотерапия.

Антидепрессанты способствуют лечению некоторых функциональных симптомов, даже если не существует четкого указания на депрессию. Люди с соматизацией проявляют чувствительность к побочным эффектам лекарств, но это временное явление. Иногда требуется назначить более низкую дозу. Низкие дозы трициклических антидепрессантов старого типа уменьшают хроническую боль.

Успокоительные средства используются для создания глубокой расслабленности. Это состояние позволяет обсуждать сложные темы и иногда восстанавливать утраченную функцию.

Гипнотерапия действует аналогично успокоительным средствам и так же эффективна.

Акупунктура широко используется в Китае. Хотя на Западе ее применяют не так часто, некоторым пациентам она помогает. Акупунктура способствует снижению стресса.

Самопомощь

Правильно

- ❖ считать симптомы временными;
- ❖ ходить только к одному врачу;
- ❖ при необходимости просить практической помощи;
- ❖ поговорить о своем самочувствии с человеком, которому вы доверяете;
- ❖ регулярно упражняться;
- ❖ при стрессе делать расслабляющие упражнения;
- ❖ оставаться активным.

Неправильно

- ❖ настраиваться на будущую инвалидность;
- ❖ использовать алкоголь и другие наркотики для улучшения состояния;
- ❖ сторониться людей.

Советы семье и друзьям

Помните, что психосоматические симптомы — не симуляция. Ваш друг или родственник действительно утратил возможность совершать какие-то действия. Такой тип симптомов обычно является реакцией на тот или иной вид стресса, и есть способы, которыми вы можете помочь.

Правильно

- ❖ проявлять терпение;
- ❖ оказывать поддержку;
- ❖ убеждать, что здоровье обязательно вернется в норму.

Неправильно

- ❖ обвинять человека в притворстве;
- ❖ чрезмерно сосредотачиваться на симптомах.

Профессор Майкл Копельман
и доктор Гевин Маккей

Заключение доктора Персоуда

Истерия попадает на первые страницы газет, если в центре внимания журналистов оказывается человек, который не помнит своего прошлого и находится в больнице, а врачи пытаются найти о нем любую информацию.

Иногда это истерическая амнезия, глубокая потеря памяти, которая возникает в результате какого-то эмоционального потрясения. В чем бы ни состояли эти сложности, они редко бывают отражены в сенсационных и упрощенческих статьях, повествующих о жизни этого человека. Возможно, в результате подобных статей истерия обрела в глазах публики яркую негативную окраску, ассоциируясь с обманом или манипуляциями. Но в реальности люди испытывают очевидные и зачастую очень серьезные проблемы, требующие профессиональной помощи со стороны психологов.

Литература

www.trauma-pages.com — справочные страницы Дэвида Болдуина со ссылками на информацию о травматических стрессовых расстройствах и диссоциации.

www.painandhealth.org — сайт со ссылками на различные ресурсы и адреса организаций, работающих с болью.

www.epilepsyfoundation.org — информацию о неэпилептических припадках можно найти в разделах: answerplace, medical, seizures, types, nonepileptic, weinonepilepsy.

Клинические состояния

Редкие психические заболевания

Заболевания, описанные в этой главе, имеют между собой мало общего, кроме одного: все они встречаются крайне редко, но причиняют пациентам и их родным невероятные страдания. Нетрудно понять боль женщины, у мужа которой развился синдром Капгра: муж отказывается признать жену, убежденный в том, что ее заменил точный двойник.

Некоторые расстройства находятся под внимательным прицелом полиции (нарушающие закон люди с психическими заболеваниями могут оказаться в руках системы правосудия) и оказывают влияние на все общество. Например, женщина средних лет, страдающая синдромом Клерамбо, годами преследовала своего знакомого, пока в конце концов не напала на него с ножом, в результате попав под суд. Другая женщина с синдромом Мюнхаузена пыталась задушить своего четырехлетнего ребенка.

Эти клинические состояния делятся на психотические расстройства, для которых характерны бредовые представления (странные, нереалистичные идеи), а также слуховые, зрительные или обонятельные галлюцинации (то есть восприятие несуществующих объектов), и непсихотические расстройства.

Случаи, приведенные в этой главе, взяты из клинического опыта автора. Они описывают не реальных пациентов, а сочетание подлинных симптомов, которыми могут страдать люди, и иллюстрируют, как проявляются в реальной жизни эти необычные заболевания.

Психотические состояния

Синдром Капгра

Синдром Капгра (бред отрицательного двойника) — необычное состояние, в котором больной убежден, что человека (обычно близкого или родственника) заменил его точный двойник. Синдром хорошо известен и является наиболее распространенным примером в группе подобных состояний — бредовых синдромов нарушения узнавания.

Синдром Капгра редко возникает сам по себе, обычно являясь элементом другого серьезного психического заболевания. Существуют попытки объяснить расстройство нарушениями в передаче нервных импульсов в мозге, однако примерно в 70 процентах известных случаев любые клинически очевидные мозговые дисфункции отсутствуют.

Случай из практики. Сорокапятилетнего мужчину направили в психиатрическую клинику в связи с психотическим заболеванием — он испытывал галлюцинации и был убежден, что против него что-то замышляют. В больнице он начал заявлять, что посещавшая его жена, с которой они прожили двадцать лет, не его жена, а ее двойник, добавив: «С ней что-то случилось — ее подменили. Я очень люблю свою жену, но не эту женщину-двойника».

Синдром Клерамбо

Синдром психического автоматизма — расстройство, при котором больной (обычно женщина) внезапно развивает бредовое представление, будто мужчина, с которым она могла иметь очень краткое общение или вообще никакого, в нее влюблен. Такое состояние может возникать само по себе, и в этом случае расценивается как первичная эротомания, но часто является элементом другого психического заболевания, параноидной шизофрении или биполярного аффективного расстройства (см. *Биполярное расстройство; Шизофрения*). Тогда оно расценивается как вторичная эротомания.

Объектом такого бредового представления может оказаться человек высокого социального статуса — врач или адвокат. В наш век массовых коммуникаций нет ничего необычного в том, что объектом является хорошо известная публичная личность.

Некоторые пациенты вносят в жизнь другого человека настоящий хаос, постоянно забрасывая его письмами и досаждая телефонными звонками. Другие могут преследовать и даже нападать на него. Психологический стресс и внутреннее напряжение, в котором живут люди, ставшие объектом подобной одержимости, могут оказаться невероятными [см. *Ревность патологическая; Преследование (сталкинг)*].

Случай из практики. Одинокая женщина, которой исполнился сорок один год, служила секретаршей в юридической конторе и внезапно влюбилась в женатого, весьма уважаемого адвоката, работавшего в соседней фирме. Ей казалось, что, проходя мимо окна офиса, он посылает ей тайные знаки, говорящие о нежных чувствах в ее адрес.

Она «знала», что он планирует бросить жену и детей, чтобы поселиться с ней в одном доме. Через некоторое время она принялась досаждать этому адвокату, посылая откровенные письма, а однажды заявилась к нему домой и устроила скандал на глазах у жены.

Синдром Отелло

Синдром Отелло (патологическая ревность) представляет собой заболевание, центральным симптомом которого является бредовое заблуждение, будто супруга (партнер) изменяет или когда-то изменяла больному. Чаще всего этот синдром возникает у мужчин, которые начинают искать малейшие намеки на подтверждение своей правоты. Например, они могут постоянно испытывать партнера, чтобы «поймать» его; проверка — верный признак патологической ревности: проверка, еще проверка, перепроверка — постоянная проверка (см. *Ревность патологическая*).

Человек с таким синдромом часто чрезвычайно подавлен, испытывает отчаяние и раздражительность. Синдром Отелло представляет собой исключение из правила, согласно которому большинство психических заболеваний в редких случаях сопряжены с насилием. При данном расстройстве существует высокий риск насилия (включая убийство партнера).

Состояние может возникнуть само по себе, но обычно является симптомом другого психического расстройства: параноидного состояния, депрессивного заболевания, психопатического склада личности или алкоголизма.

Случай из практики. У пятидесятилетнего мужчины возникло убеждение, что жена изменяет ему, когда она отправилась с друзьями в однодневную поездку. Он

«знал», что у нее завязались отношения с дружелюбным соседом. Свидетельством измены послужили неуловимые изменения в ее поведении, замеченные после того, как она вернулась из похода по магазинам.

Он начал активно проверять, действительно ли она ездила за покупками: например, сверял штрих-коды на купленных вещах с кодами магазинов, которые, по ее словам, она посещала, проверял нижнее белье на предмет обнаружения сексуальной активности и часами допрашивал жену, стремясь добыть «признание».

Психоз двойной (Folie à deux)

Термин *folie à deux* («совместное безумство двоих») относится к нескольким синдромам, при которых симптомы психических расстройств (обычно параноидные заблуждения) переносятся с одного человека на другого или сразу на нескольких. Основная черта — общее бредовое представление двух и более человек, живущих вместе и относительно изолированно от внешнего мира. Эти представления чаще всего связаны с идеями преследования или ипохондрией.

Обычно истинное психическое заболевание — шизофрению (см. *Шизофрения*) или бредовое расстройство — находят только у одного человека. При раздельном длительном проживании аналогичные симптомы у второго могут исчезнуть.

Большинство людей с подобным расстройством чаще всего являются родственниками, в основном сестрами. Если отношения не единокровные, в них бывают включены муж и жена.

Случай из практики. Две сестры (Сара семидесяти шести лет и Сьюзен семидесяти двух лет) были помещены в больницу с общим бредовым представлением, будто

соседи пытаются отравить их, закачивая газ через дымоход. За много лет до этого Саре поставили диагноз параноидной шизофрении. Сьюзен ранее была признана психически здоровой.

Синдром Котара (бред Котара)

Нигилистически-ипохондрический депрессивный бред в сочетании с идеями громадности. Полная форма расстройства выражается в том, что человек отрицает собственное существование и существование внешнего мира. При неполных формах человек может считать, что части его тела перестали функционировать, гниют и разлагаются.

Обычно, но не всегда, синдром рассматривается как признак психотической депрессии. Часто подобные нигилистические идеи имеют грандиозные масштабы (будто бы по желанию больного может исчезнуть мир или остановиться время).

Случай из практики. У вдовы семидесяти лет возникли черты депрессивного расстройства: упало настроение, появилось сильное чувство вины, безнадежность, ощущение собственной ничтожности. Кроме того, ее беспокоило странное восприятие тела: женщина считала, что превращается в животное, в собаку. Скоро она начала заявлять: «У меня нет тела, я мертва».

Синдром Экбома (дерматозный бред)

В этом состоянии пациенты страдают от бредового представления о заражении паразитами. Они убеждены, что насекомые (вши или личинки мух) плодятся у них под кожей или обитают во всем теле. Такой бред может являться элементом другого психотического заболевания — шизофрении или сильной депрессии

(см. *Шизофрения; Депрессия*), но иногда возникает и сам по себе.

Часто человек детально описывает поведение паразитов, представляет «доказательства» в виде фрагментов кожи или какого-нибудь мусора. Наиболее распространено это заболевание среди женщин старше сорока лет.

Случай из практики. Женщину в возрасте сорока трех лет после первого визита к дерматологу направили к психиатру. Она жаловалась на подкожный зуд, который, по ее мнению, вызывали мелкие насекомые, заполонившие ее дом двумя годами ранее. Она тщательно чистила и опрыскивала свое жилище и постоянно мыла кожу антисептиками.

Непсихотические расстройства

Синдром Ганзера

Расстройство характеризуется симптомом в виде «разговора не по существу» и «приблизительных ответов» на простые и знакомые вопросы, данные в сумеречном состоянии сознания. Классические случаи возникают у заключенных в ожидании суда или в похожих ситуациях, когда человек сталкивается с ситуацией невыносимого эмоционального или физического ограничения, которого невозможно избежать.

Основа этого состояния не слишком понятна, но, судя по всему, оно возникает в результате психологических процессов, происходящих на бессознательном уровне. Этот синдром ограничен во времени, и, когда вызвавшие стресс события завершаются, человек возвращается к норме.

Случай из практики. Мужчина пятидесяти трех лет, находившийся в заключении в ожидании суда за убийство жены, начал проявлять повышенную обеспокоенность, спутанность сознания и без конца бродил по своему крылу в тюрьме. Наблюдавший его психиатр заметил, что он встревожен и сбит с толку.

Когда мужчину спросили, какой сейчас месяц (декабрь), он ответил: «Среда». Когда его попросили произвести простую математическую операцию, он дал приблизительные ответы: 4 + 2 = 7; 5 – 2 = 2. Ему выписали малые дозы транквилизаторов, и его психическое состояние улучшилось, после чего он смог предстать перед судом.

Синдром кувад

Синдром кувад — это истерический невроз, при котором будущий отец переживает разнообразные физические симптомы, ошеломляюще схожие с состоянием беременной жены. Эти симптомы возникают в процессе беременности партнерши или во время родов.

Наиболее распространенными симптомами являются нарушения желудочно-кишечного тракта, в том числе потеря аппетита, тошнота, рвота и понос. Иногда возникают странные пристрастия и тяги, свойственные беременным, а в редких случаях может наблюдаться вздутие живота.

Причина такого состояния неизвестна. Традиционно психиатры понимают его в контексте бессознательных эмоциональных сил — например, чрезмерной идентификации с беременной матерью. Большинство людей в таком состоянии не нуждается в лечении, и основная часть этих случаев проходит незаметно.

Случай из практики. Мужчина двадцати четырех лет обратился к врачу во время первой беременности своей же-

ны, когда та была на седьмом месяце. Он рассказал об утренней тошноте, а в процессе осмотра у него обнаружилось вздутие живота. Живот уменьшался, когда он спал.

Синдром Мюнхаузена

Это симулятивное расстройство, при котором человек преувеличивает или искусственно вызывает у себя симптомы болезни, чтобы подвергнуться медицинскому обследованию. Человек попадает в больницу с острым физическим заболеванием, которое на поверку оказывается имитацией. Человек рассказывает правдоподобную, часто драматичную историю, однако выдуманную от начала и до конца.

Синдром Мюнхаузена — пример «искусственного» расстройства, когда детали болезни намеренно и тщательно создаются больным по патологическим мотивам. Такое состояние часто связывается с патологической ложью и другими личностными нарушениями.

В одной из разновидностей этого синдрома взрослый (обычно родитель или опекун) намеренно выдумывает признаки заболевания у зависимого от него ребенка. В последующие годы эта изобретенная проблема начинает вызывать множество споров, поскольку врачам бывает сложно выделить у детей какое-то определенное расстройство из плохо понятных, но настоящих физических заболеваний.

Случай из практики. Мужчина тридцати двух лет за три года более двенадцати раз попадал в больницу с жалобой на острую боль в животе и прошел через четыре операции на брюшной полости. Ложась в больницы под разными именами, он немедленно выписывался, как только чувствовал, что врачи начинают подозревать ложную основу его симптомов.

Синдром Жиля де ла Туретта

На самом деле синдром Туретта — моторное расстройство, которое, так уж случилось, отнесли в категорию психических. Для него характерны сочетания тикообразных подергиваний мышц лица, шеи и плечевого пояса, непроизвольных движений губ и языка с частым покашливанием, а также непроизвольные, часто грубые высказывания, которые появляются в детстве или в подростковом возрасте.

Ненормальные движения обычно начинаются с мышц лица, особенно тех, что расположены вокруг глаз или рта. Тики не исчезают и постепенно распространяются дальше, затрагивая мышцы шеи, корпуса, рук и ног.

В недавние годы большинство исследователей этого состояния сосредоточились на поиске потенциальной дисфункции мозга, а не на психологическом или эмоциональном аспекте расстройства.

Случай из практики. Одиннадцатилетний мальчик вызвал обеспокоенность школьных учителей, поскольку периодически ругался, кричал, гримасничал и сыпал оскорблениями. Кроме того, он делал на стене вульгарные надписи. Подобные черты поведения наблюдались на протяжение всего периода учебы, несмотря на лечение, проводившееся специалистом по подростковым психическим заболеваниям. После двадцати лет тики и непроизвольные гримасы постепенно исчезли, но периодически появлялись, если в жизни пациента происходили какие-то стрессовые события.

Состояние одержимости

Для состояния одержимости характерно наличие убеждения, бредового или иной природы, согласно которому человек (а иногда и окружающие) уверен в том, что его

симптомы, пережитый опыт и поведение указывают на влияние и контроль сверхъестественных сил или существ — злых духов, демонов, призраков или дьявола.

Такое убеждение может возникать при многих психических расстройствах: органических психозах, шизофрении (см. *Шизофрения*), депрессивном психозе, расстройстве личности (см. *Расстройства личности*). Некоторые авторы (особенно те, что не являются врачами) различают «истинную», или «подлинную», одержимость и «синдром одержимости», возникающий во время физического или психического заболевания.

Психиатры не выносят суждений относительно реальности демонической одержимости, однако признают важность духовного измерения в жизни большинства своих пациентов.

Неудивительно, что мучение и напряженность, связанные с тяжелыми психическими заболеваниями, иногда выливаются в патологические мысли, заблуждения и другие ненормальные состояния, в которых прослеживается сверхъестественное содержание.

Случай из практики. Двадцатитрехлетний мужчина много лет интересовался сатанизмом и иными оккультными течениями, а также регулярно использовал наркотики (кокаин и ЛСД). Он начал жаловаться, будто к нему приходило некое существо и приказывало совершать акты насилия по отношению к окружающим.

Что нужно делать?

Для состояний, относящихся к категории психотических, наилучшим подходом является лечение базовой проблемы. В случае шизофрении и схожих расстройств следует выбрать новые атипичные антипсихотические препараты.

Синдром Капгра требует тщательного расследования, в том числе сканирования мозга, для исключения органического заболевания. При синдроме Котара может возникнуть необходимость в электрошоковой терапии, поскольку больной часто страдает от депрессивного психоза.

Лечение состояний из категории непсихотических более сложное. Здесь лучше выбрать разговорную терапию (см. *Психотерапевтические и медикаментозные методы лечения*). Следует заметить, что многие проявления синдрома Туретта хорошо поддаются медикаментозному лечению.

Советы семье и друзьям

Совет семьям здесь тот же, что и при любых других психических расстройствах, — его легко найти на страницах этой книги. Специфические советы будут зависеть от состояния пациента. За исключением синдрома Отелло (где наиболее безопасным выбором будет разделение пары), во всех остальных случаях ключевую роль играет поддержка и понимание со стороны близких. Также требуется полное и тщательное объяснение состояния больного компетентным психиатром.

Однако следует заметить, что некоторые синдромы из описанных в этой главе создают чрезвычайно стрессовые обстоятельства в семьях пациентов и их «жертв»: например, члены семьи могут страдать от постоянных непристойных высказываний больного синдромом Туретта, а близкие человека, ставшего «жертвой» пациента с эротоманией, — от длительного напряжения.

Доктор Адриан Болл
и доктор Дэвид Инок

Заключение доктора Персоуда

В результате стигматизации, связанной с психическими и психологическими заболеваниями, многие обладатели подобных симптомов хранят их в тайне, не обсуждают с окружающими и не разбирают их. Вследствие этого они начинают считать себя единственными, у кого существуют такие проблемы. Многие пребывают в твердой уверенности, что их психический синдром исключителен. На самом же деле, хотя описанные здесь необычные психические синдромы действительно крайне редки, большинство психологических проблем имеет удивительно широкое распространение в общей популяции.

Является ли психологический симптом распространенным или редким, не так важно, как кажется, поскольку даже редкие заболевания могут хорошо поддаваться лечению. Следует как можно раньше обратиться к специалисту и не откладывать поход к врачу из страха, что проблема, с которой человек столкнулся, окажется уникальной.

Литература

Tourette Syndrome: The Facts, Mary Robertson and Simon Baron-Cohen, Oxford University Press, 1998.

Enduring Love, Ian McEwan, Jonathan Cape, London, 1997 (синдром де Клерамбо).

From the Edge of the Couch, Dr Raj Persaud, Bantam Books, London, 2004.

Uncommon Psychiatric Syndromes, (4th ed.), M. David Enoch and Hadrian N. Ball, Hodder Arnold, London, 2001.

Пищевого поведения расстройства

Девушка, сбросившая вес для адаптации в жизни

Дебби была младшим ребенком в семье преподавателей. Ее старший брат всегда был непослушным, поздно возвращался домой и не слишком прилежно учился в колледже. Дебби, в свою очередь, считалась «умницей» и «хорошей девочкой». Она радовала родителей высокими отметками, убранной комнатой и с готовностью помогала матери, когда у той случались «плохие дни».

Родители Дебби не слишком ладили, и со стороны отца она всегда ощущала некоторую холодность, особенно будучи подростком, когда стала более застенчивой и робкой.

Когда Дебби перешла в шестой класс, она стала терять уверенность в себе. В более раскрепощенном окружении оказалось очень трудно адаптироваться. В новой группе ее ровесниц внешность, мода и мальчики котировались выше успеваемости, и она больше не чувствовала себя

«защищенной» и «особенной», как это было раньше. Она испытывала чувство «одиночества, страха» и неуверенности в будущем. Дебби считала, что обсуждать эти чувства с другими невозможно; ей казалось, она не имеет права испытывать какие-то потребности или просить о помощи.

Дебби начала ездить на велосипеде в колледж и обратно, преодолевая восемь миль в день. Учителя заметили у нее потерю веса, а она вновь начала чувствовать себя «особенной» и «ответственной» за собственную судьбу. С обычным для себя максималистским подходом она вынесла из новых ощущений все что можно, снизив количество и разнообразие пищи.

Прошло не так много времени, и Дебби начала ездить на велосипеде по 16 миль ежедневно, съедая лишь четыре печенья с вареньем на завтрак и маленькую тарелку супа вечером. Мать начала беспокоиться о скорости, с которой ее дочь снижает вес, но на Дебби в ее стремлении к ужесточению правил относительно еды и упражнений не действовали никакие доводы. Управление весом освобождало ее от эмоциональной боли, дарило чувство успеха и контроля над тем, что представлялось ей хаотичным, пугающим миром. Когда у нее прекратились месячные, Дебби сочла это знаком «успеха» и силы воли.

Учеба Дебби в колледже ухудшилась, в семье возникли конфликты из-за питания. Наконец, руководитель ее группы встревожился из-за такой серьезной потери веса, и Дебби временно исключили из колледжа, направив в местное отделение пищевых расстройств.

Девушка, которая много ела

Джемма была средним ребенком в семье бизнесменов. Дети всегда были модно одеты и вовремя накормлены, посещали хорошие школы, но на близкое общение, веселье и игры времени оставалось не так уж и много. Пока родители работали, за Джеммой и ее двумя братьями присматривали вечно меняющиеся няни. Няня, к которой Джемма испытывала чувство особой близости, ушла, когда девочке исполнилось двенадцать, и эта потеря глубоко потрясла ее.

Родители Джеммы предполагали, что она сама займет место няни и поможет присматривать за братьями, но Джемма чувствовала себя одинокой и не готовой к тому, чтобы с ними справляться. Желая успокоить нервы, она начала есть. Поначалу это помогало легче переносить одиночество и пустоту, но потом она начала чувствовать себя «толстой», «нелюбимой» и «неуправляемой».

Когда члены семьи заметили, что Джемма толстеет, она постаралась контролировать вес через диету, однако приступы голода лишь увеличивали объемы поглощаемой пищи. В школе у нее была подруга, вызывавшая приступы рвоты, как только чувствовала себя «объевшейся»; Джемма подумала, что такой подход вполне может оказаться решением ее проблемы.

Вскоре она ела помногу, а затем провоцировала у себя рвоту. Такое происходило до четырех раз в день. Перед началом еды она ощущала легкое возбуждение, во время еды не чувствовала ничего, а после рвоты испытывала утомительные,

болезненные эмоции: отвращение к себе, пустоту, одиночество и стыд.

Стремление есть росло, и к двадцати пяти годам Джемма наедалась и вызывала рвоту в любое время, когда ей было одиноко, тревожно, когда от нее отворачивались и даже когда испытывала избыток положительных эмоций. Она боялась своих чувств, считая, что, с точки зрения окружающих, они слишком сильные, и старалась их подавить.

Джемма стала тратить много денег на одежду, что давало ей аналогичный заряд энергии, за которым скоро следовали упадок настроения и ощущение пустоты.

Вступив в новые отношения, она предприняла попытку изменить привычный образ жизни. Вместе с подругой Джемма пошла к терапевту, открыто и честно рассказав ему о своих проблемах, хотя поначалу беспокоилась, как говорить с врачом о таком необычном поведении, считая себя единственным в мире человеком, который столько времени проводит за едой и рвотой. Узнав, что и другие сталкиваются с похожими трудностями, она почувствовала себя более уверенно. Терапевт направил ее в отделение, занимающееся расстройствами пищевого поведения.

Что такое анорексия и булимия?

Нервная анорексия и нервная булимия — два главных нарушения пищевого поведения. Люди с анорексией интенсивно теряют вес, строго ограничивая себя в пище. Они контролируют вес чрезмерными упражнениями, рвотой или слабительными средствами. Больные

анорексией очень боятся набрать вес, но практически никогда не считают себя истощенными.

Люди с булимией, напротив, съедают очень много за короткие промежутки времени, а затем вызывают у себя рвоту или принимают чрезмерное количество слабительного, чтобы избавить организм от только что поглощенной пищи. Вес больных булимией обычно остается в рамках нормы.

Симптомы нарушения пищевого поведения могут варьироваться от незначительных (редкие случаи переедания и рвоты) до угрожающих жизни (серьезное истощение при анорексии). Примерно 90 процентов людей с расстройствами пищевого поведения — женщины. Анорексия часто начинается в середине подросткового периода, булимия — чуть позже, но подобные нарушения могут возникать в любом возрасте.

Анорексия и булимия считаются двумя различными заболеваниями, но на самом деле многие пациенты не вписываются в какую-то одну категорию. Они демонстрируют множество симптомов обоих расстройств или всего несколько симптомов одного из них. Примером этого может являться переедание. Случается, что люди переедают, но не пытаются компенсировать это рвотой.

Тем, кто страдает нарушениями пищевого поведения, из-за чувства стыда бывает трудно об этом говорить. Часто они скрывают такие симптомы, как переедание и рвота. Они могут не обращаться за помощью, если «испуганная» часть их натуры привыкла к заболеванию.

Близкие больных часто испытывают растерянность, не понимая, как помочь человеку с анорексией и булимией. В случае анорексии забота со стороны родных играет значительную роль в восстановлении здоровья пациента.

Ниже приводятся ключевые детали и методы лечения отдельно по анорексии и булимии, но у людей с такими расстройствами нередко наблюдается сочетание различных симптомов.

Анорексия

На что обращать внимание

При нервной анорексии человек настолько ограничивает себя в приеме пищи, что его вес снижается до отметки, которая говорит о заболевании.

- Человек стремится контролировать и ограничивать свое питание до такой степени, что начинает слишком интенсивно терять вес. Мысль о его увеличении пугает, и человек отказывается признать наличие серьезного недостатка в весе.
- В начале заболевания он можете чувствовать себя бодро и энергично, несмотря на то что ест мало.
- Он становится скрытным, пытаясь оградить себя от внимания окружающих. Например, он наполняет свою тарелку большим количеством салата, и людям кажется, что у него нормальная порция, но он тайком выбрасывает еду или притворяется, что уже поел.
- Поскольку человек ограничивает организм в его базовой потребности, то часто думает о еде. Иногда он с удовольствием готовит и кормит других.
- При продолжительном ограничении питания и снижении веса у человека исчезают все другие потребности. Снижается уровень энергии и концентрации, и больше времени проходит в одиночестве.
- В конечном итоге при любых намеках на перемены он испытывает депрессию и волнение с высокой степенью тревожности. Иногда у него возникает

гипертрофированное чувство вины и стыда, а также неподдельное ощущение отчаяния и безнадежности.

Часто такой человек оказывается максималистом и стремится к совершенству во всем. Он ожидает от себя и от других слишком многого, но нередко это поведение маскирует низкую самооценку.

- Он может уделять чрезмерное внимание деталям и проявлять крайнюю дотошность, боясь совершить ошибку. Его привлекают простота, ясность и четкие правила. Такое повышенное внимание к деталям иногда предполагает отсутствие понимания общей картины.
- В большинстве областей он ждет от себя слишком многого. Эти завышенные ожидания часто скрывают глубинный страх неудачи или отказа, а также комплекс неполноценности.
- У него часто наблюдается искажение образа тела; он считает себя больше, чем он есть на самом деле.

Помимо строгих правил, касающихся вопросов еды, человек вырабатывает и другие жесткие принципы или завышенные стандарты. Иногда он придерживается жестокого и негибкого режима физических упражнений, следуя ему, даже если болен или травмирован, уделяет чрезмерное внимание собственной гигиене или постоянно думает о каких-то идеях или планах.

Страдающий анорексией может быть вашим другом. Чаще всего это девушка; она застенчива, скрытна, стремится к успеху и всегда готова порадовать вас.

- Она получает удовольствие, если может порадовать окружающих, и хочет им нравиться.

- Она может не просить о помощи и отказываться от нее, если помощь предлагают.
- Часто ей бывает сложно выразить свои эмоции. Она может недооценивать эмоциональную сторону жизни и чувствует себя комфортнее в «рациональной» дискуссии.

Отрицательные последствия для здоровья

Голодание и методы снижения веса связаны с реальной опасностью для здоровья. ***Из всех психических заболеваний у анорексии самый высокий уровень смертности.*** Некоторые проблемы становятся очевидны очень скоро (слабость или обмороки), другие — спустя длительное время (остеопороз и повреждения внутренних органов), а третьи опасны из-за скрытого протекания (дисбаланс солей в крови, в том числе калия, что отрицательно влияет на работу сердца и мозга).

Некоторые из таких нарушений выявляются лишь после медицинского обследования или анализа крови. Если вы (или ваш знакомый) страдаете анорексией, очень важно пройти медицинский осмотр.

Последствия голодания при анорексии заключаются в следующем.

- Повышается чувствительность к холоду. Больной анорексией носит много одежды даже в солнечный день, а его кожа кажется синеватой и пятнистой.
- Чрезмерный рост волос на теле, особенно на спине и щеках.
- Нарушение сна. Частые пробуждения в течение ночи.
- Плохая циркуляция крови, замедленный пульс, низкое давление, обмороки.
- Истощение костной ткани (остеопороз).
- Нерегулярные месячные или их полное прекращение.

- Вялый процесс пищеварения, приводящий к ощущению наполненности желудка и запорам.
- Подверженность анемии и инфекциям.
- Повреждения мышц и нервов. Человек может испытывать переутомление, как после подъема по ступеням.

Если человек использует дополнительные методы контроля веса, опасность возрастает.

- В состоянии крайнего истощения искусственно вызванная рвота, злоупотребление слабительными, мочегонными или диетическими таблетками увеличивают опасность для здоровья. Все это влечет за собой изменения в солевом и водном балансе организма, приводя к эпилептическим припадкам, нарушению работы сердца и даже внезапной смерти. Наблюдается отрицательное влияние на зубы, сердце, почки и пищеварительный тракт.
- Если человек активно упражняется при анорексии, он может падать в обмороки, терять сознание, а также быть склонным к переломам костей.
- Голодание разрушает мышцы и вынуждает организм поедать запасы собственной плоти.

Булимия

На что обратить внимание

Основными признаками булимии являются переедание и искусственно вызванная рвота.

- Человек поглощает большое количество еды за короткие промежутки времени. Это переедание.
- Чаще всего он старается скомпенсировать переедание тем, что избавляется от съеденной пищи, для чего ис-

кусственно вызывает рвоту, принимает диетические лекарства, слабительные или мочегонные средства.

- Его вес может быть нормальным, недостаточным или избыточным. Раньше такой человек мог страдать полнотой или болеть анорексией.

Такое поведение часто скрывает внутренние проблемы, связанные с убеждениями и неумением владеть своими эмоциями.

- Обычно такой человек имеет низкую самооценку. В прошлом у него могли быть жизненные сложности, и ему очень трудно справляться с текущими проблемами. Он считает себя хуже других, терзается сомнениями или испытывает страх, что люди от вас отвернутся.
- Часто у него крайне болезненное отношение к собственному организму, и ему не нравится, как он выглядит; он старается не смотреть на себя в зеркало. Сравнение собственного внешнего вида с внешним видом окружающих служит главным критерием оценки достоинств.

Может оказаться, что булимией болен кто-то из ваших друзей. Чаще всего это девушка, которая, несмотря на свойственный таким людям перфекционизм, бывает слегка неорганизованной и импульсивной.

- Примерно четверть больных булимией демонстрируют и другие крайности поведения. К ним относятся чрезмерная трата денег, нежелательные сексуальные связи, злоупотребление алкоголем или наркотиками, воровство в магазинах или даже нанесение себе травм: человек может резать себя или прижигать. Такие привычки приносят быстрое облегчение состояния, но в долговременной перспективе ведут к ощущению беспомощности и безнадежности.

- У больного булимией часто наблюдается сложное отношение к эмоциям: он либо боится, что они окажутся чересчур сильными, либо охвачен такими тяжелыми чувствами, как беспокойство, скука или опустошенность.

Отрицательные последствия для здоровья

Практика контроля веса при булимии создает множество проблем для физического здоровья (см. выше: *Анорексия*). Если вы или кто-то из ваших знакомых болен булимией, очень важно обследоваться у врача.

Что нужно делать?

Самопомощь

Книги по самопомощи помогут человеку с нарушением пищевого поведения пройти через первые этапы понимания того, что с ним происходит и как справиться с проблемой. Существуют руководства для близких и родственников, где советуется, как лучше разговаривать с больным человеком, чтобы подтолкнуть его к переменам и погасить конфликт.

Разговорная терапия

Существует множество подходов к лечению пищевых расстройств, и благодаря хорошей поддержке многие пациенты поправляются. При анорексии эффективны многие методы, но при булимии наилучшим выбором будет когнитивно-поведенческая терапия (см. *Психотерапевтические и медикаментозные методы лечения*).

Первый шаг — укрепление мотивации к переменам

Нарушения пищевого поведения — это способ справиться со сложными чувствами и убеждениями, поэто-

му мысль о расставании с такими способами контроля может вызвать у человека страх и привести в замешательство. На ранней стадии лечения важно сосредоточиться на мотивации — помочь больному оценить свое расстройство, увидеть выгоду в изменении поведения, расширить взгляды и объяснить, как можно жить иначе.

Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ)

КПТ способна повлиять на принципы мышления и поведения. Эти перемены помогают человеку разобраться в своих мыслях и действиях, научиться управлять ими и в конце концов почувствовать себя лучше. В отличие от других разговорных методов лечения, КПТ сосредотачивается на проблемах и сложностях, возникающих здесь и сейчас.

При булимии эта терапия является наилучшим выбором; часто к ней обращаются и при анорексии. Терапевт и пациент должны работать вместе. Лечение ограничено во времени (обычно от 15 до 20 недель), его цели ставятся в самом начале (например, увеличение разнообразия или количества съеденной пищи, снижение частоты эпизодов переедания и рвоты).

В ходе первой стадии человек работает со своим терапевтом, стремясь разобраться в развитии расстройства пищевого поведения и принципах управления им. Так он получает возможность составить общую «формулировку», где прослеживается возникновение нарушений и подчеркиваются важные глубинные убеждения и жизненные правила, которые укрепляют болезнь. Примеры убеждений могут быть такими: «Я плохая и недостойна любви», «Если я не буду идеальной, я потерплю неудачу», «Если я потеряю частичный контроль, то утрачу контроль вообще».

На стадии перемен врач с пациентом начинают подвергать сомнению вредные или не соответствующие действительности убеждения и ломают вредные циклы (например, цикл переедания — рвоты). Врач предлагает пациенту полезные инструменты, способствующие переменам: дневник для наблюдения и работы с тяжелыми мыслями, письма для исследования болезненных тем прошлого, а также техники по отвлечению внимания.

К концу терапии человек составляет план по поддержанию прогресса в будущем (см. *Психотерапевтические и медикаментозные методы лечения*).

Познавательно-аналитическая терапия (ПАТ)

ПАТ является совместной, ограниченной во времени терапией (при нарушении пищевого поведения проводится 20 — 30 сеансов). Человек и врач работают вместе, разбираясь в негативных моделях поведения и мышления и отыскивая способы правильных отношений с собой и окружающими.

После нескольких первых сеансов врач дает пациенту письмо «переформулировки», в котором описывает зарождение трудностей, методы их поддержки и цели терапии. По окончании цикла сеансов они обмениваются «прощальными письмами», где рассказывают о достигнутом прогрессе, описывают чувство печали вследствие завершения терапевтических отношений и говорят о том, что пациент должен быть внимательным в будущем.

По сравнению с КПТ, ПАТ стремится помочь человеку осознать бесполезные межличностные отношения и способы отношения к самому себе. Она исследует и объясняет ранний жизненный опыт и его вклад в развитие нарушений пищевого поведения.

Межличностная терапия
Эта ограниченная во времени целеполагающая терапия в основном сосредотачивается на отношениях с окружающими, позволяя человеку разобраться в своих жизненных ролях и целях (см. *Психотерапевтические и медикаментозные методы лечения*).

Психодинамическая терапия
Этот вид терапии представляет собой фокусированную, ограниченную во времени разновидность психоаналитической терапии. Ее целью является понимание вклада ранних взаимоотношений и жизненного опыта в текущие конфликты и сложности. Эта разновидность терапии занимает много времени, требуя от человека раскрытия сознательных и бессознательных процессов, управляющих принципами его взаимоотношений.

Основным стимулом для изменений являются отношения между пациентом и терапевтом, а также то, что пациент выносит из этого общения и сформированной связи (см. *Психотерапевтические и медикаментозные методы лечения*).

Семейная терапия

Эта форма терапии включает в себя пациента и его семью. Существуют разные виды семейной терапии, где либо участвует вся семья, либо врач общается отдельно с родителями, либо проводятся встречи небольших групп семей.

Целью всех этих подходов является использование совокупных усилий близких родственников, их навыков и понимания личности пациента для помощи в преодолении заболевания. Семейную терапию рекомендуют подросткам с анорексией и тем, кто поддерживает тесные связи с семьей (см. *Психотерапевтические и медикаментозные методы лечения*).

Группы поддержки для близких

Жить рядом с человеком, страдающим нарушением пищевого поведения, крайне тяжело как на бытовом уровне, так и на эмоциональном. Поэтому для его близких и родных существуют специальные группы поддержки, которые ведут либо специалисты по расстройствам пищевого поведения, либо добровольцы. Эти семинары позволяют людям делиться опытом, обсуждать непростые эмоции и отношения, а также давать советы о правилах питания. Специалисты в этих группах могут предложить полезную информацию, помощь и поддержку.

Медикаментозное лечение

При булимии, если даже человек не находится в депрессии, антидепрессанты (ингибиторы обратного захвата серотонина) способны понизить его стремление к перееданию и рвоте. Они могут подстегнуть выздоровление, и пациент только выиграет от разговорной терапии. Но без исследования глубинных проблем все положительные изменения, достигнутые лекарственным способом, со временем исчезнут.

Какое лечение выбрать?

Все приведенные выше методы имеют между собой много общего. Стоит исследовать их более детально, используя библиотеку или Интернет. Вот несколько полезных советов.

- Если у вас булимия, лучшим выбором будет КПТ.
- Если вы молоды, живете с семьей или поддерживаете с ней тесную связь, при анорексии вам поможет семейная терапия.
- Если вы хотите разобраться в текущих проблемах (в расстройстве пищевого поведения) и разработать практические стратегии для разрушения вредных

моделей поведения и образа жизни, вам поможет КПТ.

- ❖ Если вас привлекает более аналитический подход, ставящий во главу угла самопознание, исследование нарушения пищевого поведения через поиск его источников в прошлом, а также через понимание, возникающее из ваших отношений с терапевтом, вам подойдет ПАТ (ограниченная во времени целеполагающая терапия) или психоаналитическая терапия.
- ❖ Если вы чувствуете, что ваши пищевые проблемы связаны с текущими межличностными отношениями, вам поможет ПАТ или межличностная терапия.

Советы семье и друзьям

Книги по самопомощи (в конце статьи) отлично подходят как для страдающих нарушениями пищевого поведения, так и для их друзей и родственников.

- ❖ Общайтесь с человеком, выражая спокойную, последовательную поддержку, даже если он не желает ее принимать. Помните, что перспектива перемен может пугать его. Здесь помогает мягкое руководство, отсутствие споров и контролирующего поведения.
- ❖ Пищевое расстройство скрывает глубокую боль и печаль. Вы поможете человеку, прислушавшись к его чувствам, тревогам и мыслям, показав, что заботитесь о нем.
- ❖ Старайтесь следить за тем, чтобы он регулярно и хорошо питался. Если это ему сложно, не злитесь и не старайтесь его контролировать — просто будьте рядом, давая понять, что вы о нем заботитесь.
- ❖ Если больной переедает и вызывает у себя рвоту по несколько раз в день, если у него наблюдается серьез-

ный недобор веса, постарайтесь убедить его обратиться к врачу (см. выше: *Отрицательные последствия для здоровья*).

- Помните — выход есть. Благодаря терапии многие люди поправились или значительно улучшили свое самочувствие. Постарайтесь убедить человека обратиться к терапевту и предложите вместе сходить на первую встречу.

Профессор Ульрике Шмидт
и доктор Хелен Стартап

Заключение доктора Персоуда

Нарушения пищевого поведения — любимая тема прессы, возможно потому, что и сама пресса помешана на внешнем облике людей. Другая причина может заключаться в признаниях нескольких знаменитых женщин, страдающих серьезными расстройствами пищевого поведения. Озабоченность прессы идеальными женскими телами, как у супермоделей, вносит значительный вклад в процесс, который можно назвать новой эпидемией нарушений пищевого поведения.

Основная причина этих проблем до сих пор вызывает споры. Впервые булимия была описана лишь в 1979 году, положив начало обсуждению совершенно нового заболевания, которое ныне стало широко распространенным.

Все большую популярность завоевывают журналы, посвященные мужским телам и соответствующему внешнему виду, и что интересно, растет число мужчин с нарушениями пищевого поведения и искаженным образом тела. Некоторые мужчины с такой страстью начинают «качаться», что готовы злоупотреблять стероидами, в результате чего возникают серьезные побочные эффекты

для психического и физического самочувствия — так называемая стероидная жажда.

Некоторые считают, что потере веса могут предшествовать важные физические изменения в теле больного, а биологическими или органическими причинами этих расстройств пренебрегают в пользу психологических.

Каким бы ни был окончательный ответ о причинах нарушений пищевого поведения, перед нами пример, когда широко распространенные культурные факторы (такие, как стандарты желательной формы тела) продолжают играть в причинах и лечении этих заболеваний более значимую роль, чем в случае других психических расстройств.

Литература

Книги по самопомощи для больных анорексией

Overcoming Anorexia Nervosa. A Self-help Guide Using Cognitive Behavioural Techniques, Christopher Freeman and Peter Cooper (редакторы), Constable and Robinson, 2001.

Breaking Free from Anorexia Nervosa: A Survival Guide for Families, Friends and Sufferers, Janet Treasure, Psychology Press, 1997.

Книги по самопомощи для больных булимией

Bulimia Nervosa and Binge-Eating: A Guide to Recovery, Peter Cooper and Christopher Fairburn, Constable and Robinson, 1993.

Getting Better Bit(e) by Bit(e), Ulrike Schmitd, Janet Treasure and Tom Treasure, Psychology Press, 1997.

Послеродовая депрессия

Женщина, которая не могла привыкнуть к своему ребенку

Узнав, что она беременна, Джоанна пришла в ужас. Ее сыну Джейми едва исполнился год, а на работу она вернулась, когда ему было шесть месяцев. Джейми отдали в ясли, и хотя они с Мартином обсуждали возможность рождения второго ребенка, в их планы входило подождать еще пару лет.

Он разозлился, когда жена сказала ему о беременности, и пару дней они были в ссоре. Он пытался поддерживать Джоанну, но беспокоился о деньгах: семья только что переехала в новый дом, и зарплата Джоанны была необходима, чтобы свести концы с концами.

Время шло, и она постепенно примирялась с таким положением вещей, однако ей трудно было забыть, как после рождения Джейми ее активность снизилась и она несколько месяцев была отрезана от друзей. Ее поддерживала мать, помогая вернуться к нормальному укладу жизни. Но теперь, после переезда, мать была гораздо дальше, а в новом районе Джоанна никого не знала. Работа по-

могала ей не упасть духом, но она боялась и думать о том, что будет, когда ее придется оставить. Она работала до седьмого месяца, и в конце концов ей стало тяжело подолгу сидеть за столом. Теперь Джоанна оставалась дома, где дни тянулись бесконечно, хотя она пыталась занять себя подготовкой к рождению ребенка.

Роды прошли хорошо, и в больнице Джоанна чувствовала себя превосходно. Дома ее встретила мать, переехавшая к ним на пару недель, и у Мартина появилось немного свободного времени. Они советовали ей отдохнуть, но Джоанне было сложно успокоиться, несмотря на то что она постоянно чувствовала себя уставшей.

После того как мать уехала, Джоанна стала тревожиться, что не справится со своими обязанностями. Джейми требовал все больше внимания, а младенца Майкла надо было кормить трижды за ночь. Когда Мартин уезжал на работу, забирая Джейми в ясли, Джоанна лежала в кровати, думая обо всем том, что ей предстоит сделать в течение дня. В конечном итоге она была вынуждена подниматься ради Майкла, но вскоре снова чувствовала себя измотанной. Вечерами, когда ребенок засыпал, она мечтала только об одном — добраться до постели, и злилась, что Мартин не замечает, как ей тяжело.

Однако Мартин замечал. Джоанна казалась раздраженной и расстроенной. Он не хотел ее огорчать, но вопросы о том, как она себя чувствует, приводили лишь к спорам. Домашние заботы превратились для нее в неприятные рутинные обязанности, и хотя Майкл и Джейми всегда получали надлежащий уход, Мартин чувствовал, что она

не слишком радуется детям. Временами Джоанна казалась рассеянной и забывчивой, а пару раз по возвращении домой он заставал ее плачущей, хотя она не говорила, что произошло.

Патронажная сестра, следившая за здоровьем Джоанны, также считала, что с ней что-то не так. Джоанна была нетерпелива, часто задавала вопросы о весе и кормлении Майкла. Медсестре казалось, что Джоанна, мать уже двоих детей, окажется более самостоятельной, но та, судя по всему, мало верила в свои способности.

В свой четвертый визит сестра затронула тему послеродовой депрессии. Сперва Джоанна разозлилась, заявив, что медсестра, вероятно, считает ее совсем беспомощной. После уверений в обратном она впервые согласилась, что переживает глубокую депрессию, в течение дня испытывает опустошенность и не понимает, как можно исправить ситуацию. С каждым днем домашние дела казались ей все большим наказанием. Она думала, что ее самочувствие создает проблемы для Джейми и Майкла, и рассказала, какую чувствует вину, поскольку не может быть хорошей матерью своим детям.

После долгого разговора медсестра посоветовала Джоанне регулярно навещать врача, который предоставит ей возможность поговорить обо всех своих тревогах и разобраться, как изменилось ее мышление под воздействием депрессии. Также она посоветовала Джоанне объяснить Мартину, как она себя чувствует и что он может для нее сделать.

Джоанна пришла к терапевту с вопросом, могут ли ей предложить что-нибудь еще. Хотя она

знала, что ее состояние не улучшится в мгновение ока, для нее стало большим облегчением впервые обсудить с кем-то свои проблемы. Джоанну порадовало, что медсестра спокойно восприняла ее тревоги, сказав, что знает многих женщин с такими же трудностями, которым помогли аналогичные подходы. Это стало хорошим началом.

Что такое послеродовая депрессия?

Взяв любую газету или журнал, сложно не наткнуться на статью о кинозвезде, актере или другой знаменитости, в которой описывается их ухудшившееся после родов настроение. Такие истории помогают женщинам пройти через схожий опыт, не чувствуя себя одинокими, и при необходимости обратиться к специалистам.

В то же время общество предъявляет к беременным женщинам и матерям высокие требования. Господствует представление, будто это прекрасное время и вы должны просто излучать счастье. Однако подобная точка зрения далека от реальности привыкания к новому ребенку и последующим изменениям привычного образа жизни, особенно для женщин, ставших матерями впервые.

Высокие ожидания вынуждают тех, кто уже, вероятно, чувствует подавленность, испытывать вину и полагать, что они таким ожиданиям не соответствуют. Женщины могут не рассказывать о своих проблемах и не обращаться за соответствующей помощью. Западное общество с его акцентом на «ядерной семье» часто лишает матерей традиционной поддержки остальных родственников.

Первые две недели после родов более половины всех женщин пребывают в угнетенном состоянии. Обычно

это заканчивается без вмешательства специалистов, благодаря поддержке семьи и друзей.

Значительно более редкое состояние — послеродовой психоз — представляет собой серьезное психическое заболевание, начинающееся спустя несколько дней или недель после родов. Обычно оно требует немедленного лечения, часто в условиях больницы. Женщин, входящих в группу риска, иногда можно определить еще во время беременности и предотвратить болезнь. Срочное лечение и ранняя диагностика необходимы потому, что послеродовой психоз, к сожалению, может вести к детоубийству.

Послеродовая депрессия (ПД) является особым заболеванием, возникающим после родов. Исследование показывает, что вероятность возникновения депрессии после родов на самом деле не выше, чем после какого-либо другого жизненного события (см. *Депрессия*). Симптомы ПД не отличаются от симптомов обычной депрессии. Однако ПД предполагает наличие ребенка, дополнительную нагрузку на женщину и ее семью, а также необходимость в создании связи с новорожденным.

Если излишне сосредотачиваться на ПД, можно пропустить депрессию *во время* беременности. Вопреки популярному убеждению, беременность не «защищает» от проблем с душевным здоровьем, однако большинство женщин не страдает психическими заболеваниями ни во время, ни после беременности.

Как это выглядит?

Депрессивное заболевание поражает одну из десяти женщин в течение года после родов. Депрессия варьируется от умеренной, когда при должной поддержке состояние

улучшается через несколько недель, до тяжелой, когда может потребоваться госпитализация. Симптомы можно рассматривать в контексте того, как они влияют на ваши *чувства*, *мышление* и *поведение*. Они включают в себя следующее:

- ❖ пониженный тонус, особенно по утрам;
- ❖ раздражительность и вспыльчивость;
- ❖ отрицательные, пессимистические мысли;
- ❖ убеждение женщины в том, что она не справляется;
- ❖ чувство вины и самообвинения.

В тяжелом состоянии женщине кажется безнадежным ее будущее; она может считать, что ее детям или партнеру будет лучше без нее. В таких обстоятельствах могут возникать мысли о причинении себе вреда или о самоубийстве.

Депрессия способна вызвать следующие изменения в поведении:

- ❖ плаксивость;
- ❖ нарушения сна;
- ❖ изменения в аппетите и весе;
- ❖ снижение энергии;
- ❖ потерю интереса к занятиям, которые обычно нравились;
- ❖ проблемы с концентрацией и памятью.

Обычно эти симптомы присутствуют как минимум две недели. Трудность состоит в том, что некоторые из них (например, нарушение сна, в других обстоятельствах указывающее на депрессию) иногда возникают как следствие заботы о новорожденном. Определить истинную причину здесь поможет врач или медсестра.

Чаще всего при ПД наблюдаются тревога, чрезмерное беспокойство о здоровье младенца и навязчивые мысли — повторяющиеся, нежелательные, расстраивающие

идеи или образы, преимущественно связанные с ребенком. Мать боится, что он заболеет, получит травму и что она сама причинит ему вред.

Часто это приводит к бесконечным уборкам, запрету на общение с малышом других людей и даже к нежеланию самой матери приближаться к нему из страха навредить. К счастью, женщины в подавляющем большинстве не идут на поводу у таких мыслей. Несмотря на чувство вины и предполагаемое несоответствие ожиданиям, почти все матери в состоянии послеродовой депрессии способны заботиться о своих детях.

Послеродовой психоз обычно начинается вскоре после родов. Это достаточно редкое состояние, в котором часто наблюдается как депрессия, так и противоположное ей крайне приподнятое настроение. У женщины могут возникать ложные убеждения или странные состояния при невозможности распознать собственную болезнь. Опыт этот часто пугает и непонятен ни самой женщине, ни ее близким, но для таких ситуаций существует эффективное и быстрое лечение.

Что вызывает послеродовую депрессию?

У ПД редко бывает какая-то одна причина — обычно присутствует несколько факторов, в том числе генетическая предрасположенность, социальные проблемы и модели мышления, повышающие вероятность депрессии.

Исследование указывает на важнейшую роль социальных факторов. Женщины с отсутствием поддержки или какими-то социальными или экономическими трудностями могут подвергаться большему риску.

Возникавшие ранее психические проблемы также увеличивают риск. Личная или семейная история тяжелых психических заболеваний, особенно биполярного аффективного расстройства (см. *Биполярное расстрой-*

ство), указывает на более высокую вероятность появления послеродового психоза.

Влияет ли ПД на ребенка?

В некоторых случаях депрессия может повлиять на отношение женщины к ребенку. Члены семьи должны поддерживать мать, помочь ей разобраться в проблемах и заботиться о ребенке до тех пор, пока женщина полностью не восстановит здоровье.

Лучшим способом для женщины предотвратить любые долговременные трудности является обращение за помощью в поддержке и в развитии ее отношения к ребенку, даже если она все еще находится в депрессии. Часто в такой ситуации лучшим советчиком и помощником оказывается патронажная сестра.

Можно ли во время беременности определить вероятность возникновения ПД?

Депрессия во время беременности или более ранние психические заболевания — наиболее четкие показатели возможности послеродовой депрессии. Широко распространены и другие факторы (например, отсутствие социальной поддержки), а потому невозможно определить с точностью, какая именно женщина подвергнется депрессии.

Что нужно делать?

Все подходы к лечению обычной депрессии помогают и при ПД. Однако некоторых препаратов следует избегать, поскольку они вызывают такие побочные эффекты, как сонливость, а это влияет на процесс ухода за ребенком и кормления грудью.

Иногда женщина опасается, что у нее заберут ребенка, если она поделится своими трудностями. На самом деле в задачу врачей входит оказание необходимой поддержки, чтобы женщина справилась со своими проблемами в процессе лечения, направленного на улучшение и стабилизацию настроения.

Семья также может предложить практическую помощь, откликаясь на перемены в настроении женщины, в ее мышлении и поведении, а также давая ей возможность поделиться своими тревогами. Обычно терапевты, акушерки и медсестры способны определить депрессию и посоветовать, что делать.

Самопомощь

Существует несколько способов снизить влияние ПД:

- ❖ открыто поговорить о своих проблемах с членами семьи и друзьями;
- ❖ поговорить о них с медсестрой или терапевтом;
- ❖ читать книги по самопомощи при ПД;
- ❖ осознать, что испытывающий депрессию человек не может справиться с ней самостоятельно, особенно с младенцем на руках;
- ❖ если это возможно, отдохнуть от дома.

Альтернативная терапия

Некоторые женщины обращаются к альтернативным или нетрадиционным методам лечения, хотя их эффективность при ПД практически не доказана.

Альтернативные подходы могут применяться вместе с другим лечением, и если женщина их использует, она должна обязательно рассказать об этом своему врачу или медсестре. Альтернативные лекарственные препараты передаются младенцу с молоком, а потому их не рекомендуют женщинам, кормящим грудью.

Разговорная терапия

Большинство женщин с ПД получают помощь от наблюдающих за ними патронажных сестер. Медсестер учат распознавать заболевание и использовать Эдинбургскую шкалу послеродовой депрессии. В местах применения этой шкалы так проверяют *всех* женщин, а не только тех, у кого подозревают ПД. Если отмечается депрессия, медсестра предлагает дополнительную помощь и разговорную терапию (обычно это называется *визитами наблюдения*), что снижает влияние ПД.

Медикаментозное лечение

Небольшому проценту женщин с ПД требуются антидепрессанты. Некоторые антидепрессанты можно принимать и во время кормления грудью. Такое решение врач и женщина должны обсудить вместе, учитывая желание пациентки, ее возраст и здоровье ребенка.

В редких случаях, когда депрессия очень сильная или не поддается традиционным методам лечения, женщину направляют к психиатру. Здесь возникает необходимость в приеме дополнительных лекарств и в разговорных способах воздействия. Иногда женщину кладут в больницу. Во многих районах Великобритании существуют условия для совместного пребывания в больнице матери и ребенка. Это позволяет матери лечиться, а персонал помогает ей поддерживать и развивать взаимоотношения с младенцем.

Какое лечение выбрать?

Выбор лечения зависит от тяжести депрессии, от побочных эффектов лекарств, от того, кормит женщина грудью или нет, а также от ее собственного желания. Все это следует обсудить с терапевтом.

Советы семье и друзьям

Правильно

- выслушивать тревоги и волнения женщины;
- следить за изменениями в ее настроении, мышлении и поведении;
- советовать ей обратиться за дополнительной помощью;
- помогать с работой по дому и уходом за ребенком;
- указывать ей на то, что она может выполнить сама, а не на то, чего она выполнить не может;
- искать помощи для себя, если требуется;
- помнить, что депрессия широко распространена и обычно полностью излечима.

Неправильно

- игнорировать тревогу женщины или преуменьшать ее;
- принимать на себя все заботы: женщина не должна чувствовать, что другие справляются лучше, чем она.

Доктор Роч Кантвелл

Заключение доктора Персоуда

Если поразмышлять о том, как матери заботились о детях в нашем эволюционном прошлом, то, вероятно, в столь непростое время женщины детородного возраста собирались вместе и помогали друг другу. Воспитание ребенка было скорее групповым занятием, в отличие от современной западной традиции, когда мать занимается ребенком едва ли не в одиночестве, — и такая изоляция лишь усиливает ее стресс. Значимую роль здесь играет поддержка как можно большего числа членов ее семьи, соседей и, самое главное, ее партнера.

Послеродовые психологические проблемы матерей нужно воспринимать очень серьезно, поскольку речь идет о здоровье не только женщины, но и младенца. Благодаря новым исследованиям в этой области мы знаем, что подобные трудности могут оказывать долговременное воздействие на растущего ребенка.

Временной период сразу после родов связан у женщины с более высоким риском развития психических заболеваний, нежели любое другое время. Этот этап требует крайне тщательного планирования помощи в случае необходимости поддерживать хорошее психическое здоровье.

Если же все ухудшается до такой степени, что встает вопрос о госпитализации матери и ребенка, их должны наблюдать специалисты, профессионально разбирающиеся в этих проблемах. Ситуация, при которой в Великобритании и во всем мире наблюдается нехватка или отсутствие подобных больничных служб, нуждается в скорейшем исправлении.

Литература

На сайте Королевского колледжа психиатров есть страницы, посвященные психическим заболеваниям, связанным с деторождением: *www.rcpsych.ac.uk*.

Coping with Postnatal Depression, Sandra L. Wheatley, Sheldon Press, 2005.

Посттравматическое стрессовое расстройство

Женщина, чей мир оказался разрушен

Мэри — необычно маленькая, дружелюбная женщина средних лет. Работая уборщицей, она приходила на службу рано утром, но год назад по дороге на работу на нее было совершено нападение. Мэри переходила узкую улицу к автобусной остановке, когда внезапно ощутила, что у нее из рук вырывают сумочку. Незнакомка в черной куртке — женщина с длинными, кудрявыми светлыми волосами — потащила ее за собой.

Мэри сильно ударили по голове, по лицу и завели в здание. В тот момент она думала, что ее собираются убить, и начала звать на помощь. Женщина выхватила сумку у Мэри, которая осталась лежать на земле почти без сознания, по ее лбу стекала кровь. Она помнит, как рядом оказалась полиция и что напавшую на нее женщину увели прочь. Позже преступницу отправили в тюрьму.

Недавно полиция сообщила Мэри, что вскоре грабительница должна выйти на свободу. После этого известия жизнь Мэри начала разваливаться. Она преисполнилась уверенности, что женщина

станет ее преследовать, и даже начала искать себе квартиру в другой части Лондона. Мэри испытывала постоянную депрессию. Завидев женщину с длинными, кудрявыми светлыми волосами, она впадала в панику, из-за чего ей стало сложно покидать квартиру. Она плохо спала, постоянно просыпалась от кошмаров о преследовательнице, чаще ссорилась с дочерью и рассталась со своим приятелем, считая, что они не понимают, через что ей приходится проходить. Мэри часто вспоминала о нападении и не могла расслабиться, если вокруг были громкие звуки. Она чувствовала себя измученной и испуганной, временами думая, что ей вообще не стоит жить.

Наконец Мэри решила обратиться за помощью к врачу, который сразу направил ее к психотерапевту (занимавшемуся психологическим образованием). Тот объяснил ей, что происходит, когда люди попадают в травмирующую ситуацию. Мэри узнала, что большинство из них спонтанно улучшают свое самочувствие безо всякой помощи, однако у других (таких, как она) развивается посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), и им необходимо лечение.

Позже, когда Мэри почувствовала себя спокойнее, она начала посещать сеансы разговорной терапии, сосредоточившись на худших воспоминаниях о нападении. Она вспомнила детали, которые, как ей казалось, были полностью забыты — например, лицо нападавшей женщины и двух мужчин, подоспевших Мэри на помощь.

Кошмары и паника начали отступать, пока наконец не исчезли совсем. Теперь Мэри снова

пользуется общественным транспортом и объясняет: «Я знаю, как она выглядит, и понимаю, что не все женщины с длинными светлыми волосами собираются на меня напасть». Она с радостью продолжает жить в своей квартире и собирается искать новую работу. Кроме того, Мэри помирилась со своим другом и вновь наслаждается обществом дочери.

Что такое посттравматическое стрессовое расстройство?

В жизни каждого из нас случаются болезненные, напряженные ситуации. Обычно мы справляемся с ними без профессиональной помощи. Однако крайне травмирующие события могут намного повысить уровень стресса. Эти события часто связаны с риском для собственной жизни или жизни других людей, особенно родственников и близких. К ним относятся серьезные несчастные случаи, жестокие нападения, изнасилования, террористические атаки, землетрясения и другие природные катастрофы, пытки, война или постановка диагноза смертельно опасного заболевания.

Такие травмирующие события подрывают уверенность в безопасности, которую мы обычно испытываем, и рождают чувство уязвимости. После начальной реакции большинство людей возвращается к нормальному состоянию в течение нескольких недель. Однако некоторым со временем становится только хуже, и у них развиваются симптомы ПТСР. Обычно расстройство диагностируют лишь после нескольких месяцев присутствия симптомов (шесть в Европе, один месяц в США).

Как это выглядит?

Многие люди после травмирующего события охвачены горем, испытывают депрессию, тревожность, чувство вины и злость. Помимо этих вполне понятных эмоциональных реакций есть три основных, возникающих впоследствии типа симптомов.

Внезапные воспоминания и кошмары. Человек переживает случившееся вновь и вновь. Оно возникает как внезапное воспоминание в течение дня или как ночной кошмар. Воспоминания могут казаться невероятно реалистичными, будто все происходит заново. Человек не только видит событие в сознании, но может испытывать связанные с ним эмоции и физические ощущения — страх, потоотделение, запахи, звуки, боль.

Вызывать подобного рода воспоминания могут обычные вещи. Например, если человек попал в автокатастрофу во время дождя, причиной возвращения воспоминаний о ней может оказаться дождливый день.

Уклонение и оцепенение. Постоянное переживание случившегося может настолько выбивать из равновесия, что человек начинает себя отвлекать. Он занимает себя хобби, с головой погружается в работу, разгадывает кроссворды или головоломки. Он избегает мест и людей, напоминающих о травме, и старается о ней не говорить.

Он может справляться с болью, стараясь вообще ничего не чувствовать, пребывая в эмоциональном оцепенении. Он реже общается, и людям становится сложно до него «достучаться». Он может стать рассеянным, из-за чего чаще попадает в неприятности.

Всегда настороже. Человек постоянно настороже, будто его всюду подстерегает опасность, и никак не может расслабиться. Это называется сверхбдительностью. Он тревожится, ему тяжело заснуть. Окружающие замечают, каким нервным и раздражительным он стал.

Другие симптомы могут включать в себя:
- ❖ мышечное напряжение и боли;
- ❖ диарею;
- ❖ нарушение сердцебиения;
- ❖ головные боли;
- ❖ ощущение паники и страха;
- ❖ депрессию;
- ❖ злоупотребление алкоголем;
- ❖ панические атаки;
- ❖ использование наркотиков (включая болеутоляющие лекарства).

Жертвы насилия часто испытывают стыд, из-за чего не обращаются за помощью. Один иранец покинул страну, убежденный, что все знают о случившемся с ним и считают его геем. Его изнасиловали трое военных, угрожавших рассказать об этом его семье. Мужчине было стыдно разговаривать даже со своим сыном-подростком.

Дети

Дети выражают тревогу иными способами. У них наблюдаются внезапные и чрезмерные эмоциональные реакции, а также возврат к поведению, свойственному более младшему возрасту. Они могут видеть тревожные сны о случившемся событии и часто повторяют действия, напоминающие о нем. Например, ребенок, попавший в серьезную автокатастрофу, может постоянно сталкивать игрушечные машинки. Дети тревожатся о

том, что могут скоро умереть. Вместо того чтобы поговорить об этом, они жалуются на расстройство желудка и головные боли; кроме того, у них могут возникать проблемы в школе.

Часто ли встречается ПТСР?

Такое может случиться в любом возрасте и с мужчинами, и с женщинами, хотя лишь некоторые из тех, кто оказался участником травмирующих событий, будут страдать от ПТСР. Расстройство более вероятно, если:

- ❖ травмирующее событие происходит неожиданно;
- ❖ травмирующая ситуация длится долго;
- ❖ человек оказывается запертым и не может уйти;
- ❖ ситуация создана людьми;
- ❖ событие влечет за собой большие человеческие жертвы;
- ❖ есть увечье, человек потерял ногу или руку;
- ❖ ситуация слишком личная (изнасилование или пытки);
- ❖ в событии пострадали дети.

Также ПТСР более вероятно, если:

- ❖ человек считает, что мог умереть;
- ❖ человек почти не имеет социальной поддержки.

В чем причины ПТСР?

Симптомы ПТСР кажутся нормальной реакцией на травму, и их отличительной чертой являются лишь интенсивность и продолжительность. В ситуации реальной опасности такая реакция длится краткое время и может не только оказаться полезной, но даже спасти человеку жизнь. Однако, если симптомы продолжаются и после исчезновения опасности, они усложняют состояние пострадавшего. Например, перед лицом опасности крайне

полезны психологическая готовность и адреналин в крови. Но если такая реакция имеет место снова и снова, человек устает, становится деморализованным и изнуренным. Оцепенение защищает от глубокого восприятия травматического события, но длительное воздействие такой реакции не позволяет жить полной жизнью. На короткое время возникающие в памяти яркие картины напоминают о происшествии, давая возможность обдумать, как справиться с тяжелой ситуацией, но их постоянное присутствие вызывает боль и ощущение невозможности самоконтроля.

Что нужно делать?

Разговорная терапия

Перед началом разговорной терапии человек должен обрести некоторую степень контроля над своей жизнью и чувство безопасности. Изнасилованная и избитая мужем женщина может бояться уйти от него, а потому, прежде чем начать лечиться от пережитой травмы, ей необходимо предоставить убежище, защиту и юридическую помощь.

Вот основные доказанные терапевтические подходы.

Психологическое образование. Подробнее узнав о наиболее распространенных реакциях на травмирующие события, человек получит возможность разобраться в том, что с ним произошло и что именно ему необходимо (см. *Психотерапевтические и медикаментозные методы лечения*).

Когнитивно-поведенческая терапия нацелена на изменение образа мышления и поведения. Эти перемены помогают разобраться в мыслях и действиях, научиться управлять ими и улучшают самочувствие. В отличие от

других разговорных методов лечения, КПТ сосредотачивается на проблемах и сложностях, возникающих здесь и сейчас.

Терапевт объясняет, как и при каких обстоятельствах человек переоценивает угрозу, испытывает чувство вины из-за собственного выживания или обвиняет себя. Он учит расслабляться и справляться со стрессом, благодаря чему человек сможет проработать травму без потери контроля над собой. КПТ более эффективна, если у пациента была лишь одна травмирующая ситуация и до нее он оставался психологически здоровым (см. *Психотерапевтические и медикаментозные методы лечения*).

Десенсибилизация с помощью движений глаз и повторная переработка (ДПДГ) представляет собой технику движения глаз, благодаря которой мозг обрабатывает приходящие воспоминания, — и человек обретает смысл в травмирующих событиях.

Мы не можем сказать, как именно действует ДПДГ, но этот метод помогает превращать травмирующие воспоминания в более привычную вербальную память. Это согласуется с результатами исследования, что у людей, страдающих от ПТСР, речевая область мозга работает хуже. После успешного лечения эта область активизируется вновь. Другая функция мозга, также улучшающаяся благодаря ДПДГ, — фаза быстрого сна, традиционный способ обработки памяти о прошлом, благодаря чему человек лучше справляется со своими воспоминаниями (см. *Психотерапевтические и медикаментозные методы лечения*).

Медикаментозное лечение

При наличии некоторых симптомов используются лекарства. Особенно это полезно в том случае, если человек находится в депрессии, слышит голоса или крайне

встревожен. Можно ограничиться лекарствами, а можно совмещать их с разговорной терапией.

Наиболее распространенные лекарства в данном случае — антидепрессанты, но иногда применяют антипсихотические препараты. Снотворное помогает, хотя только на короткий срок, менее двух недель. Если человек находится в опасной ситуации или не чувствует себя уверенно для сеансов разговорной терапии, лекарства могут оказаться единственным выбором.

Альтернативная терапия

Для лечения ПТСР годится множество методов альтернативной терапии. Хотя нет доказательств, что какой-то из них эффективно избавляет от всех симптомов, ароматерапия, остеопатия, гомеопатия и массаж могут повысить ощущение самоконтроля и помочь расслабиться.

Самопомощь

Правильно

- ❖ стараться жить обычной жизнью;
- ❖ заниматься повседневными делами;
- ❖ обсудить произошедшее с человеком, которому вы доверяете;
- ❖ пробовать упражнения на расслабление;
- ❖ вернуться на работу;
- ❖ регулярно есть и заниматься физическими упражнениями;
- ❖ вернуться туда, где произошло травмирующее событие;
- ❖ уделять время семье и друзьям;
- ❖ аккуратно водить машину — ваша способность к концентрации может снизиться;
- ❖ проявлять общую осторожность — в такое время чаще происходят несчастные случаи;

- ❖ поговорить с врачом;
- ❖ верить в улучшение самочувствия.

Неправильно

- ❖ ругать себя за происходящее — симптомы ПТСР являются не признаком слабости, а нормальной реакцией человека на пугающие события;
- ❖ скрывать свои чувства: если у вас возникли симптомы ПТСР, не держите их в себе, поскольку лечение обычно хорошо помогает;
- ❖ не говорить об этом;
- ❖ ожидать, что воспоминания исчезнут немедленно — на самом деле они могут появляться еще довольно долго;
- ❖ требовать от себя слишком многого — позвольте себе немного побездельничать, пока не свыкнетесь с произошедшим;
- ❖ избегать общения с другими людьми;
- ❖ злоупотреблять алкоголем, кофе или больше курить;
- ❖ переутомляться;
- ❖ пропускать приемы пищи;
- ❖ проводить праздники в одиночестве.

Советы семье и друзьям

Правильно

- ❖ обращать внимание на любые изменения в поведении — плохое качество работы, опоздания, отпуск по болезни, незначительные несчастные случаи;
- ❖ следить за проявлениями гнева, раздражительности, симптомов депрессии, отсутствием интереса и концентрации;
- ❖ дать время пережившему травму на то, чтобы рассказать свою историю;

- задавать общие вопросы;
- позволить выговориться, не перебивать, не делиться собственным опытом.

Неправильно

- говорить человеку, что вы знаете, как он себя чувствует (вы не знаете);
- говорить, как ему повезло, что он остался жив (он разозлится);
- принижать его опыт («на самом деле все не так уж плохо...»);
- советовать, чтобы он просто взял себя в руки.

Доктор Нури Джин-Кос

Заключение доктора Персоуда

Некоторые скептики убеждены, что диагноз ПТСР превращает неизбежные жизненные трагедии в медицинский диагноз и приводит к ненужному лечению, поощряя пребывание человека в роли жертвы. Однако совершенно ясно, что для некоторых психологические последствия травмирующего события длятся чересчур долго, лишая их сил, и эти люди заслуживают помощи.

Литература

Overcoming Traumatic Stress: A Self-help Guide Using Cognitive-behavioural Techniques, Claudia Herbert and Ann Wetmore, Constable and Robinson, 1999.

Coping with Post-Traumatic Stress, Frank Parkinson, Sheldon Press, 2000.

A Shattered World: Mental Health Needs of Refugees and Newly Arrived Communities, John Reading and Meena Raj, CVS Consultants and Migrant and Refugee Communities Forum, 2002.

Преследование (сталкинг)

Женщина, не желавшая, чтобы ей дарили цветы

Аспирантка мисс А. начала получать странные электронные письма с выражением чувств и просьбами о свидании, приходившие к ней как в университете, так и дома. В них стояли подписи «Джон» или «Ты меня вспомнишь», но девушка не могла вспомнить никого из знакомых с таким именем, а потому игнорировала послания.

Через несколько недель к ней подошел один из студентов, с которым она когда-то была знакома. Они немного поболтали, и он спросил, почему она не ответила на его письма, ведь раньше они были хорошими друзьями. А. объяснила, что не желает заводить отношения, и вежливо добавила, что в этом нет ничего личного — просто ей необходимо сосредоточиться на учебе.

После этого поток писем возрос, и ей домой начали присылать цветы. В университете Джон постоянно вился вокруг нее, подходил на улице, пытаясь убедить с ним встречаться, поскольку «он все еще ее любит». Письма становились все более

откровенными и настойчивыми. Наконец А. сама нашла Джона, изучавшего вычислительную технику, и попросила его прекратить присылать ей подарки и письма. Она была возмущена и четко дала понять, что они никогда не были друзьями, что такое внимание ей неприятно и он должен от нее отстать.

Прошло еще несколько недель. Однажды вечером, открыв папки на своем университетском компьютере (где хранилась большая часть ее исследований), А. увидела серию оскорбительных изображений. В течение последующих недель ее домашний и университетский компьютеры регулярно взламывались, материалы уничтожались, изменялись, и к ним добавлялись непристойные картинки.

По ночам у нее в квартире раздавались телефонные звонки, однако в трубке была тишина, к тому же кто-то повредил ее машину, и А. подозревала, что в ее отсутствие в квартиру несколько раз заходили.

Она снова нашла Джона, решив поговорить с ним прямо и откровенно. Он все отрицал и вновь попытался убедить ее с ним встречаться. А. предупредила, что, если Джон продолжит свои домогательства, ей придется сообщить об этом в университет. Своим друзьям А. не рассказывала о происходящем, поскольку ей было стыдно.

Через несколько недель А. получила из университета уведомление, где было написано, что в результате расследования официальной жалобы ей запрещен доступ к университетскому компьютерному оборудованию и посещение определенных мест общежития.

Джон обратился в университет с жалобой, будто А. преследует его и посылает оскорбительные письма, приложенные им в качестве доказательств. Проверив свой почтовый ящик, А. действительно обнаружила десятки адресованных Джону писем.

Неудивительно, что университет с недоверием отнесся к ее истории. Администрация отказалась провести более глубокое расследование, объяснив, что А. еще повезло, поскольку ее не обвинили в сталкинге. Если она хотела продолжать учебу, ей надлежало обратиться к психологу и извиниться перед своей жертвой, Джоном.

К счастью, благодаря вмешательству главы отдела университетской безопасности было проведено более тщательное обследование компьютера. Обнаружилось, что А. обвинили несправедливо.

После начала «добровольного» лечения Джон продолжил демонстрировать странное сочетание эротомании (эротический бред) и стремления к преследованию А. В конце концов у него обнаружились явные черты психоза. А. потребовалась помощь в преодолении постоянной тревоги и восстановлении веры в безопасность и справедливость окружающего мира.

Что такое сталкинг?

Сталкинг, или преследование, заключается в повторяющихся попытках навязать нежелательные отношения или сблизиться с другим человеком, что в результате вызывает у него стресс и отрицательные эмоции.

В своих крайних проявлениях сталкинг немедленно воспринимается как проблема. Например, вполне есте-

ственно назвать преследователем незнакомца, который каждый вечер ходит за вами от работы до дома, стоит под окнами, постоянно звонит и молчит в трубку или пытается насильно вложить вам в руки письма с уверениями в неизменной любви. Но что, если это не незнакомец, а некогда отдалившийся муж, утверждающий теперь, что хочет лишь шанса на примирение?

Сталкинг — поведенческая проблема, заключающаяся в серии действий, каждое из которых само по себе вполне обыкновенно. Но когда грубое и бестактное вторжение в личную жизнь превращается в преследование? Ответ прост: когда оно порождает страх и стресс у объекта повышенного внимания.

Даже если постоянные вмешательства в личную жизнь не вызывают страха, они, возможно, должны считаться сталкингом, если продолжаются, несмотря на ответы, которые любой здравомыслящий человек понял бы как указание на то, что подобное общение нежелательно и вызывает отрицательные эмоции.

Насколько распространен сталкинг?

На каком-то этапе своей жизни преследованию подвергается около 20 процентов населения. Женщин преследуют в два раза чаще, чем мужчин. Жертвы могут быть любого возраста, хотя в основной своей части это подростки и молодежь. Существует статистика, говорящая о том, что в западных странах сталкинг встречается все чаще и чаще.

Примерно в половине случаев сталкинг заключается в кратких эпизодах притеснений, длящихся всего несколько дней. Хотя эпизоды краткие, они могут очень испугать, особенно если злоумышленник — незнакомец и вмешательство в жизнь связано с регулярным сближением или слежкой.

Людей, которых преследуют свыше двух недель, вероятнее всего, продолжат преследовать и далее в течение нескольких месяцев. Обычно наиболее настойчивыми преследователями являются бывшие партнеры, приятели и коллеги.

Как преследование сказывается на жертве?

Исследования показывают, что у жертв сталкинга, особенно продолжительного, возникают серьезные психологические и социальные трудности.

К психологическим трудностям относятся тревога, нарушения сна и депрессия (см. *Тревожное расстройство и паническая атака; Депрессия; Сна нарушения*). Некоторые жертвы оказываются настолько напуганы и подавлены, что начинают подумывать о самоубийстве, стремясь избежать этой тяжелой ситуации.

Нельзя недооценивать влияние сталкинга на жизнь человека. Почти все жертвы длительного сталкинга снижают социальную активность:

- многие уменьшают время работы или прекращают работать вообще;
- некоторые переезжают на другую квартиру, в другой город или страну;
- некоторые начинают больше пить и курить.

Страх за свою безопасность вполне реален, поскольку от 20 до 30 процентов жертв получают угрозы, а на 10 процентов преследуемых совершается физическое или сексуальное нападение.

Кого именно преследуют?

Преследовать могут любого. Для этого не нужно быть знаменитостью или вести себя каким-то привлекательным для преследователя образом. Наиболее высокому риску подвергаются молодые женщины, но иногда жертвами становятся даже пожилые мужчины.

Жертвы преследования часто винят в происходящем себя и говорят: «Если б только я не вышла за него замуж», «Если бы я все рассказала», «Если б я не разговаривала с ним и не пыталась объяснить», «Если бы я все четко растолковал ей».

Однако дело в том, что преследуют людей в основном потому, что они столкнулись не с тем человеком и не в то время. Суть такого поведения кроется в преследователе, а не в его жертве.

Преследователи

Обычно преследователями являются молодые мужчины, но вообще, возраст и пол преследователя могут быть любыми. В целом они относятся к одному из следующих типов.

Отвергнутые начинают преследование после прекращения близких отношений либо в стремлении заключить мир, либо чтобы выразить свой гнев из-за разрыва. Попытки восстановить отношения часто перемежаются гневными обвинениями и мстительными выпадами. Нетрудно понять, почему людям сложно смириться с нежелательным для них завершением отношений. Непонятно другое: почему они месяцами, а иногда годами продолжают преследовать свою жертву? Возможно, такое преследование заменяет им сами отношения — длительный контакт, возникающий в процессе преследования, становится отголоском утраченной близости. Для некоторых зависимых и уязвимых людей конкретная реальность таких отношений, сколь бы проблематичными они ни были, оказывается лучше, чем неопределенность поиска нового спутника жизни.

Искатели близости преследуют понравившихся людей в надежде установить любовные отношения или расска-

зать о своих чувствах. Они могут направить свое внимание на незнакомца или едва знакомого человека, безо всяких на то оснований считая, что тот либо уже любит их, либо рано или поздно влюбится. Эти искатели близости составляют большинство из тех, кто преследует знаменитостей. В отличие от других групп преследователей, обычно это женщины, зачастую страдающие психическими расстройствами. Все они одиноки и отчаянно стараются заполнить подобными отношениями пустоту своей жизни, даже если эти отношения основаны на фантазии или бредовом заблуждении. Почему же они продолжают свои преследования? Видимо, иллюзия любви лучше, чем полное ее отсутствие.

Неумелые поклонники не ищут любви — они ищут свидания или краткой сексуальной связи. Почти во всех случаях это социально неадаптированные мужчины, совершающие неумелые и бестактные попытки познакомиться. Они не обращают внимания на отказ или продолжают настаивать на своем. Представители этой группы надоедают своим жертвам неоднократно, но лишь в редких случаях это длится дольше одного-двух дней.

Обиженные преследователи стремятся напугать и огорчить свою жертву. Преследование начинается в ответ на реальную или воображаемую несправедливость или унижение и ставит своей целью месть. Такой тип преследования часто возникает на работе или если с человеком плохо обошлись в каком-то учреждении. Поведение может продолжаться долго, поскольку дарит преследователю удивительное ощущение силы и контроля.

Преследователи-хищники выслеживают свою жертву до совершения сексуального нападения. Преследование на-

чинается со сбора информации и заканчивается спланированной атакой. Часто оно продолжается дольше, чем это необходимо, чтобы узнать о передвижениях жертвы, поскольку хищник наслаждается своей тайной охотой.

Преследователи-хищники часто предаются фантазиям и мысленно репетируют грядущее нападение, наблюдая за ничего не подозревающей жертвой. Большую часть времени они скрываются, получая удовольствие от намеков на преследование и вызывая подозрительность в своей жертве. Например, они могут забраться к ней в дом и передвинуть вещи, не оставив никаких других следов. Они звонят по телефону и молчат или стучат по ночам в окна. Хищники получают садистское удовольствие от нагнетания страха и мыслей об униженности жертвы, когда над ее опасениями смеются или не обращают на них внимания.

К счастью, это наименее распространенный тип преследователя, однако именно ими являются самые жестокие сексуальные насильники.

Как остановить преследователя?

Около половины преследователей прекращают досаждать своей жертве уже через несколько дней. Они могут переключиться на кого-нибудь другого, но редко возвращаются к одному и тому же человеку дважды.

Преследователи, надоедающие более двух недель, представляют собой серьезную проблему. Те, кто из категории обиженных, иногда останавливаются, столкнувшись с полицией и понимая, что их накажут, если они продолжат вести себя таким образом. На обиженных преследователей хорошо влияет полицейское вмешательство. Однако к официальным предупреждениям в случае

сталкинга прибегают довольно редко. В Калифорнии существуют специальные отделы, где полиция и врачи совместно расследуют случаи, связанные с угрозой преследования.

Искатели близости обычно не реагируют ни на какие предупреждения, даже на судебные санкции. Например, преследователя могут неоднократно заключать под стражу, но как только он оказывается на свободе, то сразу направляется к дому жертвы, заглянув по пути в магазин и купив цветы как свидетельство своей любви.

До суда все преследователи должны пройти психиатрическое обследование. На некоторых из них невозможно повлиять, если причиной поведения является травма мозга, религиозные убеждения или особые личностные качества. Для таких людей единственным вариантом может оказаться тюрьма. Однако большинство преследователей поддаются лечению. Иногда пациента кладут в больницу, поскольку природа его психического заболевания или уровень риска, который он представляет, способны привести к серьезным последствиям для его жертвы.

Работа с преследователями включает следующие моменты.

- Доведение преследователя до понимания природы и последствий своего поведения.
- Подробное объяснение того, что значит быть жертвой.
- Анализ процесса преследования для понимания его ключевых причин. Например, преследование могло начаться после безрадостного вечера и просмотра старых свадебных фотографий. Нет фотографий — преследование идет на спад.
- Поиск причин, по которым преследование продолжается (одиночество, невозможность смириться с потерей любви, постоянная злость), и их исследование с

помощью фокусированной когнитивно-поведенческой терапии (см. *Психотерапевтические и медикаментозные методы лечения*).

- Развитие социальных и межличностных навыков преследователя в надежде на то, что он сможет обрести менее разрушительные отношения.
- Установка гарантий предотвращения рецидивов.

Как пережить преследование

Краткие эпизоды преследования неумелыми поклонниками встречаются довольно часто, особенно в жизни молодых женщин. Часто они пугают и беспокоят, но обычно прекращаются в тот же день.

Длительное преследование, вероятнее всего, будет осуществляться бывшим партнером (отверженным) или тем, кто имеет на человека зуб (обиженным). Возможно возникновение безответной любви искателя близости, особенно если жертва общается на работе с одиноким и нездоровым человеком.

Шансы пережить преследование без серьезного психологического, социального или физического ущерба возрастают, если человек:

Узнаёт о преследовании на ранней стадии. Это не так просто, как может показаться, особенно если преследование начинается после прекращения близких отношений или на работе. Человеку придется признать, что его преследуют, когда неопределенность сменится страхом и беспокойством.

Сообщает преследователю, что подобное общение вызывает тревогу и страх. Такое возможно не всегда, осо-

бенно если человек не знает точно, кто посылает ему неприятные сообщения. Большинство преследователей заслуживают одного, и только одного — четкого предупреждения о том, что их внимание нежелательно и причиняет беспокойство.

Избегает любого прямого контакта или общения с преследователем. Когда человеку становится ясно, что его преследуют, нельзя беседовать, спорить, пытаться убедить и (ни в коем случае!) угрожать преследователю. Нужно один раз четко и ясно заявить, что подобное поведение неприемлемо и должно прекратиться, после чего отказаться от любых прямых контактов. Если это бывший партнер и у этих людей есть общие дети или собственность, отказ от общения усложняется, но тем не менее является лучшим способом поведения в такой ситуации.

Сообщает другим. Положение жертвы часто вызывает чувство вины и стыда, поэтому зачастую пострадавший никому не рассказывает о происходящем. Однако уже на ранних стадиях преследования необходимо рассказать об этом семье, друзьям и коллегам по работе (когда это приемлемо). Если оставить людей в неведении, они могут случайно помочь преследователю. Иногда преследование затрагивает даже близких жертвы, и они должны знать о том, что происходит.

Сохраняет доказательства. Нежелательные письма, ненужные подарки, текстовые и телефонные сообщения следует сохранять. Контакты необходимо записывать в дневник, желательно с указанием имен возможных свидетелей. Это первая стадия восстановления контроля над своей жизнью и подготовка к ответному удару. Сбор

свидетельств преследования позволяет обратиться к помощи закона, когда это становится необходимым.

Использует законную защиту. В большинстве стран существуют определенные виды помощи, прописанные в гражданском и уголовном праве. Сообщение в полицию о преследовании следует подкрепить своим дневником с записями свидетельств и доказательствами преследования. Это вызовет нужную реакцию со стороны правоохранительных органов.

Обращается за профессиональной помощью. Преследование может оказаться тяжелым психологическим опытом, а в своем худшем варианте даже пугающим. Если у жертвы есть хороший терапевт, надо обратиться к нему. Когда преследование превращается в долговременную проблему, надо записаться к психиатру или психологу, занимающемуся жертвами сталкинга.

Входит в группу поддержки жертв сталкинга. Быть жертвой преследователя — одинокий опыт, но встреча с другими людьми, побывавшими в аналогичной ситуации, может немного успокоить, предоставить полезную информацию и облегчить жизнь. Группы поддержки являются для жертв преследования важным шансом на повышение качества жизни.

Профессор Пол Маллен

Заключение доктора Персоуда

То, что одни называют сталкингом, другие могут назвать неразделенной любовью. Поэтому явление преследования, как и многие другие психологические проблемы,

страдает от недостатка четкого понимания и определения. Например, героя Дастина Хоффмана из фильма *Выпускник* можно назвать преследователем, поскольку он до самого конца не отстает от объекта своих чувств, однако согласно сюжету поступает правильно, поскольку его «жертва» соглашается с ним бежать. Этот фильм можно даже толковать как поддержку преследования.

Поскольку на ранних этапах преследования человек испытывает неопределенность относительно происходящего, требуется помощь специалиста или даже подключение полиции прежде, чем ситуация ухудшится настолько, что приведет к насилию или к серьезным переживаниям.

Проблема в том, что многие жертвы боятся обращаться за помощью из страха, что их реакцию сочтут чрезмерной. Однако лучше проявить бдительность и обратиться за советом, чем страдать в одиночестве.

Литература

Surviving Stalking, Michele Pathé, Cambridge University Press, 2002.

Stalkers and Their Victims, Paul E. Mullen, Michel Pathé and Rosemary Purcell, Cambridge University Press, 2000.

Психические заболевания, оценка степени риска

Кто из двоих опаснее?

Неприкаянный человек с ножом

Кевину девятнадцать. Он только что вышел из тюрьмы и очень зол. Пятый из восьми детей, большинство которых родились от разных отцов, он не помнит своего собственного. В школе его постоянно дразнили, и последние три-четыре года он туда практически не ходил. Он плохо читает и все свободное время проводит в компании ребят, которые пьют и употребляют наркотики. Кевин воровал, грабил магазины и прохожих. Его признали виновным в воровстве, хранении наркотиков, неаккуратном вождении автомобиля и насилии.

В двенадцать лет он напал на школьного инспектора, который несколько недель пролежал в больнице с травмами ребер и головы. Кевин побывал у детского психиатра и должен был встретиться с психологом и социальным работником, но ни он, ни его семья на встречу не явились. Не-

давно он порезал ножом одного из своих «друзей», когда оба они были под кайфом. Вчера он вышел из тюрьмы и отправился к матери, но у нее теперь новый мужчина, который начал ему угрожать. Таким образом, податься Кевину некуда — нет ни работы, ни денег, и ситуация кажется безвыходной.

Библиотекарь, взявший жену в заложники

Эрнесту, старшему городскому библиотекарю, было пятьдесят девять лет, и тридцать пять из них он был женат на Мэри. Первым происходящие в нем изменения заметил сын Дэвид, вернувшись домой после года путешествий. Он спросил у своей сестры Сьюзи, что она думает по этому поводу. Сьюзи не видела отца несколько недель, поглощенная заботами о своем новорожденном ребенке, но сказала, что последнее время мать не приезжала к ней в гости и это довольно странно.

Тем вечером Дэвид заметил, что отец выпил почти целую бутылку виски. Эрнест сказал: «Мэри потратила все наши деньги, и теперь я должен сидеть дома и следить за ней». Мать Дэвида не стала бы разговаривать, находясь в одной комнате с Эрнестом, и Сьюзи нашла повод остаться с ней наедине.

«Поначалу мама говорила не слишком охотно, однако выяснилось, что шесть месяцев назад в библиотеке, где работал папа, произошел ряд увольн-

нений. Отец беспокоился о своих сотрудниках, но скоро начал волноваться о собственном месте работы. Именно тогда он начал пить и просыпаться среди ночи.

После пары месяцев такого поведения у него неожиданно возникла мысль, что мама снимает деньги с их банковского счета, собираясь оставить отца. Он разозлился и запретил ей выходить на улицу. Мама говорит, что легче с ним не спорить, и действительно никуда не отлучается».

Какова степень опасности психически больных людей?

Широко распространено мнение о том, что насилие — естественный спутник психического расстройства. Исследование драм, показанных по телевидению, демонстрирует, что примерно три четверти героев с психическими заболеваниями изображаются жестокими и агрессивными. Хотя пресса преувеличивает количество насилия по причине психических расстройств, некоторая связь здесь все-таки прослеживается.

Например, больные шизофренией проявляют жестокость в четыре раза чаще, однако на них приходится лишь три процента общих случаев насилия. На самом деле люди с такими серьезными заболеваниями чаще становятся не виновниками, а жертвами преступлений.

Не следует ли опасных людей держать в больнице?
Поскольку процент насилия вследствие серьезных психических заболеваний так невысок, помещение в клинику каждого больного шизофренией не повлияет на создание более безопасного общества.

Можно ли заранее оценить степень риска?

Узнать это довольно непросто. Люди — сложные создания, и в их поведении играет роль множество непредсказуемых факторов.

Прогноз риска сам по себе рискован, поскольку последствия могут оказаться крайне серьезными. Если мы ошибемся, переоценив риск, человека ложно обвинят, заклеймят как потенциально опасного и даже поместят в больницу. Если же мы промахнемся, недооценив опасность, кто-нибудь может пострадать.

Так как же оценить степень риска? Начнем с рассмотрения ряда отдельных факторов, влияющих на жизнь человека.

«Статичные» факторы представляют собой неизменные параметры. К ним относятся пол (мужчины, в отличие от женщин, значительно чаще проявляют агрессию), жестокие формы воспитания и насилие в детстве, жестокость по отношению к людям или животным. Мы ничего не можем поделать с этими факторами, но они дают нам представление о «базовом» риске возможного насилия.

«Динамические» факторы — это те параметры, которые могут измениться к лучшему или к худшему. К ним относятся употребление алкоголя или наркотиков, согласие человека на психологическую помощь, регулярность встреч с психиатрами и прием лекарств.

Модели поведения играют не менее важную роль. Как часто возникают проявления жестокости? Становятся ли они более серьезными? Это существенные факторы, поскольку часто мы способны на них влиять. Работать с ними можно двумя способами.

- «Страховые» оценки напоминают таблицы риска, использующиеся страховыми компаниями. Они прогнозируют вероятность возникновения некоего события в некой группе людей, основываясь на (преимущественно «статистических») факторах риска. В этом случае невозможно предсказать, совершит ли преступление конкретный человек или нет.
- Клинические оценки проводятся по отношению к конкретному человеку. Здесь во внимание принимается больше «динамических» факторов, о которых сказано выше. В эти оценки входят собеседование и попытка развития психологического понимания.

Страховая оценка может упускать происходящие в жизни человека важные изменения. Клиническая оценка не обратит внимания на значимые факторы воспитания и среды. Так что обычно в анализе используют оба критерия.

На практике психиатры хотят не только оценить риск, но и помочь пациенту. Даже если вы имеете представление о возможном риске, связанном с определенным человеком, это не означает, что не стоит искать с ним взаимопонимания и выслушивать его.

Практическая оценка риска

В первом примере, у Кевина, имеется длинный список «статичных» факторов, предсказывающих насилие:

- ряд жестоких поступков;
- агрессия выражалась, когда он был еще ребенком;
- проблемы с трудоустройством;
- нарушение норм поведения;
- нежелание сотрудничать с теми, кто оказывает помощь.

Большинство систем оценки предскажет, что Кевин и в дальнейшем будет проявлять жестокость. Однако полицейский, отвечавший за Кевина после выхода из тюрьмы, нашел ему место в специальном проекте помощи бездомным. Там он познакомился с рабочим, который помог ему в трудоустройстве, и встретил Джуди, молодую женщину, вместе с которой начал посещать уроки грамматики для взрослых.

Спустя два года Кевин производил вполне благополучное впечатление, имел хорошую социальную поддержку и планировал продолжать жизнь рядом с Джуди. Все это время он не употреблял наркотики и алкоголь, работал на стройке и обучался плотницкому ремеслу. Жестокости он не проявлял.

Факторы, способные меняться, действительно изменились: отрицательный настрой Кевина исчез, он воспользовался помощью и начал разумно планировать свою жизнь, впервые сформировав тесные личные взаимоотношения. Он больше не чувствовал потребности вписываться в старую группу «друзей», выпивать и принимать наркотики.

Однако Кевину исполнился всего двадцать один год, и у него еще не было крепких внутренних ресурсов. Джуди начала заводить разговоры о детях, и это поставило новые вопросы. Не лишится ли нуждающийся во внимании мужчина заботы Джуди? Сможет ли он справиться со стрессом, полагаясь отныне только на себя, и с необходимостью оберегать уязвимого партнера с ребенком? Не вернется ли он к старым привычкам — наркотикам, алкоголю и насилию? Изменения такого рода означают, что службы должны постоянно оценивать риски с учетом новых ситуаций.

Во втором примере, у Эрнеста, не было ни одного «статического» фактора. Большинство оценок предсказало

бы крайне низкую вероятность проявления жестокости. Врач, знавший Эрнеста много лет, считал его чувствительным, разумным и приятным человеком.

Хотя поначалу Эрнест отказывался не только идти на прием к семейному врачу, но даже говорить с ним, когда тот звонил домой, в конце концов он согласился на встречу, и врач успокоился. Он поставил верный диагноз — тяжелая депрессия (см. *Депрессия*) с признаками психоза — и посоветовал Эрнесту начать лечение и, возможно, лечь в больницу.

Эрнест страшно разозлился, заявив, что все проблемы связаны с поведением его жены. Он обвинил врача в том, что Мэри увлечена им, и начал сыпать угрозами. Мэри попросила доктора уйти, заверив его в том, что она справится с ситуацией. Врач так и сделал, решив вернуться на следующий день. Однако тем же вечером Эрнест напал на жену и попытался себя убить.

В его прошлом не было практически ничего, что могло бы предсказать вероятность такого исхода. Каков бы ни был формальный прогноз оценки риска, ранняя диагностика и вовремя начатое лечение болезни Эрнеста наверняка смогли бы предотвратить этот инцидент.

Управление риском. Что нужно делать?

Оценка риска — лишь средство достижения цели, то есть понимания того, что нужно предпринять для снижения вероятности возникновения опасного поведения, как это сделать и когда. Иначе говоря, это план управления риском. Этот план окажется более точным, если у психиатра хорошие отношения с пациентом и его родными, хотя, если человек серьезно болен, такое возможно не всегда.

В случае Кевина его факторы риска оказались распознанными, и люди предприняли меры, чтобы помочь ему изменить свое поведение. В ситуации Эрнеста картина оказалась менее понятной из-за отсутствия «статических» факторов. Здесь важную роль сыграли факторы «динамические» — симптомы Эрнеста ухудшались, начали развиваться бредовые идеи, после посещения врача он неожиданно стал более параноидным и испуганным. Связанный с ситуацией риск и его оценка могут стремительно меняться.

Это не значит, что любого человека, представляющего какую-то опасность, следует помещать в больницу. Здесь общим правилом является использование минимального уровня надежности, совместимого с безопасностью. В большинстве случаев это означает создание и реализацию плана управления отдельными факторами риска за пределами больницы.

Часто люди сами осознают существование проблемы, и им можно помочь, не отправляя для этого в клинику. Однако иногда больного следует помещать туда вопреки его желанию. Если психическое заболевание предполагает высокий риск для самого человека или для окружающих, его необходимо положить в больницу согласно закону о психическом здоровье, даже если человек еще не совершил никакого насилия (см. *Приложение 1: Законы о психическом здоровье*).

Однако помещение в больницу почти всегда представляет собой относительно краткий жизненный промежуток. С факторами риска необходимо работать и вне больничных стен: например, если кто-то угрожает членам своей семьи, ему следует пожить отдельно, пока угроза не исчезнет.

Лучшей защитой для человека с психическим заболеванием и для его близких является эффективная помощь

и лечение. Часто оно предполагает прием лекарств, но почти всегда используются и другие подходы, такие как психотерапия или когнитивно-поведенческая терапия (см. *Психотерапевтические и медикаментозные методы лечения*). Выйдя из больницы или тюрьмы, эти люди чаще всего возвращаются к нормальной жизни. Качественное управление факторами риска гарантирует, что каждый человек обретет максимальную свободу как можно раньше и с наибольшей безопасностью.

Если бы Эрнеста сразу поместили в больницу, его выздоровление началось бы скорее. Как только он почувствует себя лучше и осознает возникшую проблему, опасность уменьшится, и он сможет вернуться домой, чтобы получать долговременную помощь в амбулаторных условиях.

Профессор Джон Ганн
и профессор Памела Тейлор

Заключение доктора Персоуда

Врачи-психиатры должны уметь определять в людях склонность калечить себя или других. Оценка риска позволяет предотвратить эпизоды проявления жестокости, спланировать правильное лечение и помощь. Анализ риска, связанного с психологическими нарушениями, является особой частью обучения психиатров. Разработчикам методики, пациентам и их близким следует эффективнее использовать психиатрическую экспертизу, задавая больше вопросов, связанных с риском. Его оценка в сфере психиатрии должна получать более широкое внимание.

Нельзя забывать, что люди с психическими заболеваниями вносят очень незначительный вклад в общую кар-

тину насилия. Вопреки сообщениям прессы Великобритании, нет доказательств того, что амбулаторное лечение приводит к росту насилия со стороны психически больных. Мы никогда не сможем предсказать и предотвратить все совершаемые ими случаи насилия, однако факты говорят о том, что ситуация улучшается.

Зачастую правительство и журналисты выражают свою обеспокоенность политикой в отношении психически больных лишь тогда, когда происходит трагедия, то есть в результате тяжелого психического расстройства одного человека погибает (или получает серьезные ранения) другой.

Когда у человека развивается опасное психическое заболевание, управлять ситуацией становится очень трудно. В качестве предупреждения возможных трагедий следует создать высококачественные и доступные службы, которые смогли бы активно, на самых ранних стадиях, разбираться в психологических проблемах, чтобы предотвратить возможность опасных инцидентов.

Литература

Evil: Inside Human Violence and Cruelty, Aaron T. Beck (предисловие), Roy F. Baumeister, Aaron Beck, Owl Books, 1999.

Расстройства личности

Мужчина, которого постоянно увольняли

Брайан тридцати семи лет обратился к врачу, жалуясь на «перепады настроения». Он рассказал, что иногда испытывает оптимизм и уверенность в своей жизни и в отношениях, а иногда чувствует себя так, словно «впереди ждет катастрофа». И эти периоды стали возникать все чаще и чаще.

В процессе дальнейшего разговора выяснилось, что перепады не ограничивались одним только настроением и оказывали влияние на все аспекты его существования. Казалось, он никак не мог успокоиться: часто менял место работы, почти столько же раз менял партнеров, и в его жизни не было стабильности и определенности.

Родители Брайана разошлись, когда ему исполнилось всего четыре года, и мальчика растила бабушка. Когда она заболела, за ним начал присматривать отчим. Часто, особенно в подпитии, он был жесток, срывая злость на ребенке. В школе Брайана дразнили, а когда он подрос, то и сам начал обижать тех, кто младше. Окончив школу

без каких-либо навыков, он получил работу в супермаркете, но был уволен за систематические опоздания и «неуважительное отношение». Последовала череда самых разных занятий: Брайан работал кладовщиком, курьером, водителем автопогрузчика, но либо сам бросал работу, либо его увольняли после ссор с начальством. Свою последнюю работу он любил, но тем не менее потерял ее, а причиной было пьянство и повреждение казенной машины, на которой он врезался в столб.

Примерно в это же время Брайан встретил Фрэн, и поначалу их отношения развивались нормально. У них родился сын Дэвид, и они вместе купили квартиру. Однако непредсказуемый характер Брайана, его периодические запои, случаи насилия и неуверенность в завтрашнем дне отрицательно сказались на отношениях, поэтому после двух лет совместной жизни они разошлись.

С тех пор Брайан так и не смог обрести стабильность и временами оставался без работы. Несколько раз у него завязывались новые отношения, которые начинались хорошо, но неизменно обрывались. Он надеялся на помощь, чтобы создать более ровный, спокойный уклад жизни.

Что такое расстройство личности?

В каждом человеке формируется личность; личность — это уникальный «психический отпечаток». Те, кого можно назвать «нормальными», легче приспосабливаются и умеют адаптироваться в любой среде, приноровившись к

обстоятельствам. Например, тихий, скромный человек может принять на себя более активную роль и стать лидером, если к этому его вынудит ситуация. Точно так же сильный человек может стушеваться и проявить пассивность, пережив ситуацию, в которой раньше никогда не бывал.

«Ненормальные» личности адаптируются не настолько хорошо и заявляют о себе несвоевременно, что часто приводит к неловким и неприятным последствиям. Нервный человек, проявляя чрезмерную озабоченность порядком и уточнением деталей, так и не завершит начатую работу; застенчивую девушку излишне тревожат встречи с людьми, и она попросту не выходит из дома; импульсивный человек до такой степени не контролирует свой характер, что в пылу спора может ударить лучшего друга.

С точки зрения большинства психиатров, у Брайана «ненормальная» личность. Основная часть его проблем вписывается в единую модель и связана с его характером: Брайану сложно удержаться на работе, он много пьет, с трудом поддерживает длительные отношения, склонен к дракам и ссорам. Вредный психический отпечаток портит его жизнь, даже когда все идет хорошо.

Людям, входящим в эту группу, иногда ставят диагноз «расстройство личности». Личность можно представить как диапазон характеристик, где присутствуют черты «нормальности» и «ненормальности».

Чтобы различить, является ли вызывающее трудности поведение или чувство характеристикой личности или признаком психического заболевания, оценивают длительность проблем. Люди с расстройством личности обычно не могут вспомнить, когда их жизнь была хорошей: всегда, с самого раннего детства, ее отравляли сложности. Психические заболевания, напротив, захватыва-

ют человека неожиданно и нарушают привычный распорядок его жизни, которая до начала болезни шла вполне неплохо.

Расстройство личности — одна из областей психиатрии, объединяющих наиболее противоречивые интересы. Сейчас эта область получает признание, особенно выделенная в ней «пограничная» группа. Этот термин считался уничижительным и применялся врачами с целью ничего не делать и не брать на себя ответственность за улучшение состояния пациента.

Вы можете решить, что некоторые люди в приведенной ниже таблице помещены туда неправильно, поскольку положение и ситуации, в которых они демонстрировали черты «ненормальности», сами по себе являются странными.

Несмотря на свой успех в кино, Джуди Гарланд никогда не чувствовала уверенности в том, кто она есть и куда движется. Если кто-то из нас за одну ночь становится знаменитостью (как это случилось с Джуди Гарланд после премьеры *Волшебника Страны Оз*), мы действительно можем утратить понимание того, что вокруг происходит.

Некоторых личностей их очевидная «ненормальность» может привести к успеху. Шерлок Холмс, литературный персонаж, созданный по образу реального врача, с которым был знаком студент Артур Конан Дойл, был настолько успешным именно потому, что все подвергал сомнению. И так шел до тех пор, пока не убеждался в истинном положении вещей.

Иосиф Сталин жил в необычное время в стране, где процветала паранойя, а сам он был царем паранойи. Один из немногих советских лидеров того времени, кто жил долго и умер естественной смертью, хотя некоторые считают, что его отравили.

ТИПИЧНЫЕ КРАЙНОСТИ В РАЗВИТИИ ЛИЧНОСТИ		
Тип личности	**Основные черты**	**Примеры этого типа личности**
Параноидный	Повсюду видит заговор	Иосиф Сталин
Шизоидный	Живет уединенно, изолированно, значимые социальные контакты отсутствуют	Горлум (персонаж *Властелина Колец* Толкиена)
Асоциальный	Агрессивный, жестокий, безответственный, редко сочувствует другим	Джеймс Бонд / Блофельд
Импульсивный	Не способен контролировать эмоции и поведение, но после жалеет о причиненном расстройстве	Бриджит Джонс
Пограничный	Не может охарактеризовать свою личность, эмоционально нестабилен, склонен к нанесению себе вреда	Джуди Гарланд
Драматичный	Жаждет внимания, эмоционально поверхностный	Дэвид Брэнт (из сериала *Офис*)
Зависимый	Не уверен в себе, чрезмерно полагается на других	Балдрик (из сериала *Черная Гадюка*)
Тревожный	Чрезмерно тревожный, невротический, всегда ждет чего-то плохого	Адриан Моул
Навязчивый	Патологически нервный, погруженный в детали	Шерлок Холмс

Почему личность становится ненормальной?

В большинстве случаев человек не знает, как возникают подобные проблемы. Черты, составляющие его личность, наполовину генетические, врожденные, а наполовину формируются окружающей средой. В личности сочетается влияние генов и окружающей среды, так что невозможно предположить ее окончательную форму.

Человек может находиться в группе риска возникновения проблем, но не демонстрировать их, поскольку не имел стимулирующего их негативного опыта. У другого человека из группы малого риска может развиться ненормальная личность из-за какого-то страшного события в критический возрастной период, например как следствие насилия, пережитого между четырьмя и шестью годами. Это крайне чувствительный этап эмоционального развития, поэтому так серьезен нанесенный ущерб. Если бы это случилось в другое время, влияние на личность имело бы другой характер.

В случае Брайана легко проследить влияние раннего детства: лишение нормальной семьи, негативный опыт общения с грубым отчимом. Если в процессе роста подобный опыт становится единственным в своем роде, неудивительно, что человек повторяет его, уже будучи взрослым. Это называется ролевой моделью.

Что происходит с личностью, когда человек растет?

Личность только кажется постоянной — на самом деле со временем она сильно меняется. Развитие личности

начинается с ранних лет и часто завершается лишь в начале среднего возраста. О человеке между пятью и двадцатью пятью годами можно говорить, что его личность окончательно не сформировалась.

У многих детей возникают личностные трудности, когда они пытаются приспособиться к меняющемуся миру взрослых, но волнения по поводу серьезной проблемы в двенадцать лет могут полностью исчезнуть уже на следующий год.

Значительный рост личности происходит после того, как закончится психическое и физическое развитие. Каждый может вспомнить некоторых своих одноклассников, совершенно невыносимых из-за крайностей в выражении своих эмоций, в поведении или характере, которые, повзрослев, превратились в законопослушных и примерных граждан.

Многое в личности человека зависит от окружения. Зависимый, пассивный человек (таких иногда называют занудами) может отлично учиться в школе и колледже, где есть люди, к которым можно обратиться за советом и на кого можно положиться, однако в реальном мире ему будет сложно приспособиться. Однако его школьный друг, у которого всегда возникали неприятности с преподавателями, после завершения учебы будет жить гораздо лучше, поскольку свободолюбие и дерзость позволяют ему опробовать идеи на практике.

Можно ли изменить личность?

Ранее считалось, что личность взрослого человека остается неизменной. Одна из причин, по которой термин «расстройство личности» вызывает негативную реакцию, заключается в том, что это расстройство остается навсег-

да — отвратительный ментальный отпечаток, портящий всю жизнь.

Впрочем, для желающих изменить свою личность есть и хорошие новости — лечение существует (см. ниже), хотя исследования подтверждают, что измениться желает меньшинство людей, а большая их часть вполне довольна той личностью, которая у них сформировалась.

По мере взросления ненормальные черты становятся менее заметными. К среднему возрасту такие качества, как импульсивность, гнев и безответственность, сглаживаются; в этом случае говорят, что человека смягчил возраст.

Впрочем, некоторые характеристики — тревожность, подозрительность, нервозность — могут сохраняться до старости и даже усиливаться. Все зависит от того, насколько человек вписывается в окружающую среду.

Люди с расстройством личности могут вести спокойную, тихую жизнь, если находятся в правильном для них окружении, а те, чьи личности мы не назвали бы аномальными, проявляют тревожные черты, оказываясь в ситуациях, где чувствуют себя не в своей тарелке.

Пожилой возраст во многом похож на второе детство, а потому, состарившись, человек вновь может стать таким, каким был в подростковый период. Большинство из людей вряд ли окажется в достаточно хорошей форме, чтобы разъезжать на мотоциклах и творить беспредел (как «Бабушкины Ангелы»), но, если что-то идет не так, люди становятся раздражительными и ведут себя по-детски.

Что нужно делать?

В последнее время создан ряд подходов к лечению расстройства личности, однако все они требуют серьезного

приложения сил, особенно психических, а значит, пациент должен работать и во время сеансов, и между ними (дома).

Другие методы сосредотачиваются на изменении внешней обстановки, а не самого человека. Например, метод нидотерапии (гнездовой терапии; подобно тому, как гнездо принимает форму, удобную для пребывания в нем птиц) заключается в том, что пациент вместе с врачом исследует процессы, происходящие в его окружении. Они ищут факторы, которые можно изменить ради достижения более высокого уровня функционирования в сообществе.

Существуют и такие виды терапии:

- *терапевтические* сообщества; помещение в особые условия с людьми, столкнувшимися с теми же проблемами; обычно лечение проходит в групповой форме;
- групповая познавательная терапия, которая включает еженедельные сеансы и домашние задания между ними;
- интеллектуальная терапия и плановая терапия; групповой и индивидуальный подход, при котором рассматриваются новые способы жизни с лежащими в их основе убеждениями и отношениями.

Таким образом, личность не является зафиксированной формой. Она способна изменяться, и придет время, когда мы сможем избавиться от термина «расстройство личности» раз и навсегда.

Положительная личность

Что мы имеем в виду, характеризуя человека как замечательную личность? Речь идет конечно же не о таких ти-

пах поведения, что ранее были признаны расстройствами.

На каждый отрицательный аспект личности приходится положительный аспект. Давайте опишем другого Брайана. Он поет в поп-группе, у которой множество поклонников. На его концертах всегда полно народу: люди чувствуют, что у Брайана с ними особые отношения и поет он словно для каждого из присутствующих. В отличие от других певцов, успех не вскружил ему голову, и у Брайана всегда находится время остановиться и поболтать с поклонниками. Он знает в лицо многих преданных фанатов и машет им во время выступления. Брайан всегда честно оценивает свои успехи, настаивая на том, что он самый обычный парень. «Я просто человек с громким голосом, который отлично сработался с замечательными музыкантами», — говорил он в интервью, когда его пытались выставить очередным Фрэнком Синатрой.

Что отличает этого Брайана от предыдущего? Одно слово — успех. Если ваша личность вписывается в ситуацию, вы будете преуспевать, но совершенно очевидно, что вам будут помогать и другие таланты. Между постоянной неудачей и постоянным успехом пролегает тонкая грань, и небольшое изменение способно иметь радикальные последствия. Два этих Брайана могут быть одним и тем же человеком, и, как вы наверняка догадались, в нашей истории так оно и есть.

Исследование обнаружило, что спасти человека от расстройства личности и привести к жизненным изменениям могут новые отношения, часто с партнером или супругом, поскольку, если эти люди ему подходят, они стимулируют фундаментальные перемены в его характере и поведении.

Психологи и психиатры активно дискутируют о том, что многие психически больные обладают, вероятно,

еще и расстройством личности. Возможно, различие между двумя этими состояниями скорее кажущееся, чем подлинное.

Профессор Питер Тайрер

Литература

Stop Walking on Eggshells: Coping When Someone You Care About Has Borderline Personality Disorder, Paul T. Mason and Randi Kreger, New Harbinger Publications, 1998.

Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Mentalization Based Treatment, Anthony Bateman and Peter Fonagy, Oxford University Press, 2004.

Ревность патологическая

Мужчина, который проверял нижнее белье своей жены

Шейну сорок два. С первой женой, которая родила ему двоих детей, он развелся. Их брак распался после шести лет совместной жизни, поскольку Шейн много пил и со временем стал проявлять черты собственника, ревнуя и иногда избивая жену.

Теперь, снова вступив в брак, он продолжает пить, ведет себя замкнуто, угрюмо, а последние шесть месяцев подозревает жену в измене. Она это отрицает, но Шейн ей не верит. Он начал расспрашивать, куда она ходит, и проверяет ее нижнее белье на наличие пятен спермы. Он плохо спит, плохо ест и, судя по всему, испытывает глубокую депрессию. Хотя Шейн злится на жену, он ее не бьет.

Шейна направили к психиатру, который определил у него патологическую ревность, депрессию и серьезные проблемы, связанные с алкогольной зависимостью. Однако было неясно, вызвана ли патологическая ревность депрессией или, напротив, депрессия вызвана ревностью.

Психиатр обратился за независимым мнением к коллеге, другому психиатру, и они пришли к выводу, что Шейна необходимо поместить в больницу — лучше, конечно, с его согласия. Если же он откажется, его следует положить принудительно.

Хотя Шейн не выражал мыслей о самоубийстве, не причинял себе вреда и не был жесток с женой, психиатра беспокоили его ложные представления о своей супруге, поскольку такие мысли часто увеличивают риск насилия. Он действовал согласно своим заблуждениям, допрашивая жену и проверяя ее нижнее белье. Психиатр обнаружил, что эта модель поведения являлась укорененной — то же самое происходило и в отношении первой жены, к которой Шейн проявлял жестокость. Кроме того, он слишком много пил, и это увеличивало риск насилия.

Госпитализацию вряд ли можно принять с легкостью, но врач понимал необходимость поиска баланса между соблюдением прав пациента и обеспечением безопасности окружающих. Шейн согласился лечь в больницу добровольно, и через несколько недель его депрессия значительно уменьшилась. Необходимо было лечить его и от алкогольной зависимости, подключив к этому процессу жену. Психиатр надеялся, что со временем патологическая ревность Шейна исчезнет.

Что такое ревность?

Ревность — нормальная человеческая эмоция. Человек испытывает ее в тех случаях, если кто-то, как ему кажет-

ся, нарушает его взаимоотношения с партнером. Близкие отношения между двумя людьми — норма в западном обществе, однако в некоторых культурах мужчине до сих пор позволено иметь несколько жен.

Ревность возникает и в гетеросексуальных, и в гомосексуальных партнерствах. Часто она основывается на внутренней неуверенности и заниженной самооценке, но поскольку может являться вполне нормальной эмоцией, то играет определенную роль в сохранении отношений. Действительно, если человек вообще не испытывает ревности, его партнер может решить, что им не дорожат.

Ревность губительна, когда становится чрезмерной или искажает мышление человека, утверждая в ложном мнении, будто у его партнера есть кто-то другой. В этом случае ревность перестает быть защитной и становится разрушительной.

Когда именно ревность выходит за рамки нормы, понять непросто, и об этом спорят даже эксперты. Психиатры называют такую форму ревности патологической, и в некоторых случаях она приводит к насилию и смерти.

Что такое нормальная ревность?

Если человек встречается с кем-то еще помимо партнера, последний испытывает горечь, боль или злость. Его самооценка падает. В этом случае он чувствует нормальную ревность.

Иногда такие чувства оказываются крайне болезненными. Пропадает ощущение надежности и удовольствие от отношений, человек видит, как кто-то другой наслаждается тем, что еще недавно было у него. Однако в конечном итоге он примиряется с потерей и болью и продолжает жить дальше.

Что такое патологическая ревность?

Существуют два типа патологической ревности: навязчивая ревность (бредовая) и психотическая (параноидальная).

Навязчивая ревность

В состоянии навязчивости человек не может выбросить из головы какую-то мысль. Обычно эта мысль расстраивает его, хотя он признает ее как свою собственную. Часто он стремится прекратить об этом думать, но выкинуть из головы такую мысль трудно, если вообще возможно.

Испытывая навязчивую ревность, человек убежден, будто партнер его обманывает. Глубоко в душе он в это не верит, однако не может прекратить об этом думать. Даже если он почти уверен в ложности такого умозаключения, полностью разубедить его невозможно.

Психотическая ревность

Тип ревности, не обоснованной реальным поведением партнера. Человек считает, что партнер его обманывает, и ищет свидетельства, даже если их на самом деле нет. Человек постоянно проверяет постель или нижнее белье своего партнера в поисках признаков сексуальной активности.

Он может организовывать слежку или неправильно интерпретировать обычные события, воспринимая их как признак обмана. Например, муж снимает телефонную трубку, а на линии тишина, и ему начинает казаться, что это звонит любовник жены. Он может обвинять ее в измене и даже проявлять насилие. Такое состояние бывает опасным.

Иногда психотическую ревность порождает одна из следующих причин.

Шизофрения. В этом состоянии бредовое убеждение бывает очень сильным. Человек уверен, что кто-то пытается его убить, желая убрать с дороги. Он слышит голоса, когда рядом никого нет. Эти голоса могут рассказывать неприятные вещи о том, чем партнер занимается у него за спиной (см. *Шизофрения*).

Депрессия. Если человек находится в депрессии, он может прийти к убеждению, будто его никто не любит, он надоел своему партнеру и тот нашел себе кого-то еще (см. *Депрессия*).

Повреждение мозга. Иногда ревность является следствием опухоли мозга, болезни Паркинсона или деменции (см. *Альцгеймера болезнь и другие виды деменции*).

Злоупотребление наркотиками. К патологической ревности может привести злоупотребление алкоголем, а также амфетамины или кокаин (см. *Наркомания*).

Сексуальные проблемы. Такие проблемы, как импотенция, часто влекут за собой патологическую ревность и с высокой вероятностью приводят к насилию (см. *Сексуальные расстройства*).

Что нужно делать?

Страдая от патологической ревности, человек испытывает волнение и беспокойство. Возрастает риск нанесения травм как партнеру, так и третьему лицу — тому, кто стал причиной ревности. В таком состоянии человек не способен критически отнестись к своим подозрениям и осознать, что на самом деле партнер ему верен.

Качество его жизни и взаимоотношений может улучшиться благодаря лечению. Обычно нет необходимости в госпитализации, но если существует риск причинения вреда самому себе или кому-то еще, то лечиться следует в больнице.

Разговорная терапия

В данном случае наибольшую пользу принесет когнитивно-поведенческая терапия (КПТ). КПТ помогает качественно повлиять на мышление и поведение пациента. Благодаря этим изменениям, он разберется со своими мыслями и поступками и научится эффективно управлять ими, что улучшит его самочувствие. В отличие от других видов разговорной терапии, КПТ сосредотачивается на проблемах и сложностях, существующих здесь и сейчас.

Другой формой разговорной терапии, применяющейся в работе с ревностью, является психодинамическая терапия (см. *Психотерапевтические и медикаментозные методы лечения*).

Медикаментозное лечение

Лекарства часто необходимы и используются параллельно с разговорной терапией. Если ревность носит навязчивый характер, пациенту помогут антидепрессанты. Они применяются и в тех случаях, когда ревность вызвана депрессией.

Если причиной ревности является бред или шизофрения, пациенту требуются антипсихотические препараты. Чаще всего их принимают в виде таблеток, но иногда делают уколы: один раз в три-четыре недели.

Важно найти и вылечить любые другие проблемы, которые усиливают чувство ревности. К ним относятся алкоголизм, наркомания и импотенция.

Могут ли лечить человека против его желания?

Патологическая ревность может привести к опасным ситуациям. Если существует высокий риск нанесения телесных повреждений и врачи уверены в наличии психического заболевания и необходимости медицинской помощи, человека могут поместить в больницу вопреки желанию на основании Акта о психическом здоровье (см. *Приложение 1: Законы о психическом здоровье*). Иногда временное разделение с партнером дает человеку возможность почувствовать себя лучше.

Любое агрессивное поведение, даже вызванное психическим расстройством, неприемлемо и противозаконно, и в этом случае полиция может завести уголовное дело. Помимо собственного психического здоровья, необходимо иметь в виду и безопасность окружающих, в том числе детей, которые также могут пострадать.

Какое лечение выбрать?

В первую очередь человеку следует принять сам факт, что ему требуется помощь, и обсудить возникшую проблему с друзьями и семьей. Необходимо обратиться к врачу, чтобы узнать, какое лечение могут предложить после определения типа патологической ревности.

Советы семье и друзьям

Если вас тревожит состояние партнера или знакомого, который страдает патологической ревностью, важно понять, что это психическое заболевание, которое можно вылечить. Имейте в виду и вероятный риск причинения вреда окружающим, особенно тому, на кого ревность направлена.

Постарайтесь убедить ревнивца обратиться за помощью, хотя он, скорее всего, не захочет ее принимать и даже рассердится, когда вы об этом заговорите.

Если с его стороны возникают угрозы или акты насилия, возможно, стоит связаться с полицией и найти способ разделить пару.

Если пара живет раздельно, появляется риск преследования [см. *Преследование (сталкинг)*]. В этом случае необходимо связаться с полицией или врачами.

Доктор Харви Гордон

Заключение доктора Персоуда

Ревность для врачей-практиков представляет определенную сложность. Когда пара приходит в клинику и один человек обвиняет другого в измене, врачу бывает непросто разобраться, является ли это проявлением патологической ревности или подлинным стрессом из-за тайной измены партнера.

Иногда пары распадаются, поскольку патологическая ревность отвращает преданного партнера, но в глазах ревнивца разрыв лишь подтверждает то, что его подозрения были обоснованны.

Работа с проблемой ревности зачастую требует присутствия обоих партнеров и очень умелого психотерапевтического подхода, однако врачам сложно добиться посещения их обоих, особенно если один утверждает: «Со мной все в порядке, вы лучше лечите пациента».

В основе ревности действительно лежит неуверенность и низкая самооценка. Однако для выздоровления важно, чтобы в лечении оказались задействованы оба человека.

Литература

Uncommon Psychiatric Syndromes, David Enoch and Hadrian Ball, Hodder Arnold Publications, 2001.

P. E. Mullen and L. H. Maack, «Jealousy, Pathological Jealousy and Aggression», глава из книги *Aggression and Dangerousness*, D. P. Farrington and J. Gunn (редакторы), Wiley and Sons Ltd, 1985.

Невроз навязчивых состояний

Женщина, не прикасавшаяся к своей одежде

Соне восемнадцать. Уже шесть месяцев она боится испачкаться грязью и «заразиться микробами». Все началось после того, как она посмотрела телепрограмму о гепатите и стала бояться инфекции. Несмотря на понимание своей чрезмерной реакции, она не могла остановиться и продолжала предпринимать самые невероятные действия для предотвращения заражения.

Минимум сорок раз в день Соня моет руки, принимает трехчасовую вечернюю ванну, не касается дверных ручек и других объектов, до которых дотрагивались люди, или прикасается к ним, используя бумажные салфетки или надевая резиновые перчатки. Любая одежда, которую она надевала, складывается в пластиковые пакеты сразу же после того, как Соня ее снимет, и не контактирует с чистой одеждой.

После осмотра врачом и беседы с Соней и ее матерью о поведенческом подходе к лечению Соня согласилась приступить к так называемой про-

вокации навязчивости. Цель первой недели работы состояла в том, чтобы с помощью матери Соня дотрагивалась до своей «грязной» одежды, систематически «пачкала» прикосновениями чистую одежду и ложилась спать, даже если не чувствовала себя идеально чистой.

На следующей неделе Соня вернулась с матерью и рассказала о своем успехе. Поначалу она плакала и очень волновалась, пытаясь выполнить задание. Мать твердо, но вежливо напоминала ей о целях лечения. В конечном итоге Соня успокоилась и согласилась потрогать уличную одежду, а затем внешнюю часть гардероба, где лежало ее чистое платье.

Делая это, она дрожала и плакала, но все же смогла преодолеть свой страх. Закончив упражнение по «загрязнению», она согласилась прикоснуться к чистой одежде. Ее удивило, как в процессе упражнения снизилась тревога, а с другой стороны, казалось, что позже страх возрастет. В конце упражнения Соня вызвалась «испачкать» чистое постельное белье.

Прогресс в занятиях нарастал, и Соня сообщила, что после ее решительного «прыжка» тревога уменьшилась. В последующие шесть недель она ставила себе все более сложные цели и сумела вернуться к нормальному режиму умывания. Через два месяца после начала лечения она возвратилась на работу.

Что такое невроз навязчивых состояний?

Люди часто рассказывают о своем друге или родственнике, «помешавшемся» на футболе, фильмах или какой-нибудь знаменитости. В этом случае человек получает

удовольствие от объекта, уделяя своему увлечению все свободное время. Такое поведение значительно отличается от того, что психиатры называют навязчивостью или неврозом навязчивых состояний (ННС). Людей с ННС мучают беспокойные, пугающие мысли, зачастую причиняя им боль.

Большинство людей время от времени испытывают навязчивые состояния: беспокоятся, выключили ли дома газовую плиту, или возвращаются к машине, чтобы проверить, не забыли ли ее запереть. Однако в случае ННС подобные привычки оказываются очень сильными, и человеку приходится проводить проверки или повторять свои действия, даже если они постепенно начинают управлять его жизнью.

Вероятно, навязчивым неврозом страдал Говард Хьюз, знаменитый кинопродюсер, плейбой и производитель самолетов. Навязчивые состояния, связанные со здоровьем, и страх смерти привели к следующему: он жил уединенно, в пустой комнате, не пользовался одеждой и практически ничего не ел.

Несмотря на свою тяжесть, ННС хорошо поддаются лечению. Подавляющее большинство больных начинают лечиться и в конце концов поправляются.

Как это выглядит?

ННС развивается под влиянием двух аспектов — навязчивых мыслей и навязчивых действий, направленных на снижение тревоги.

Навязчивые мысли

Навязчивые мысли или побуждения заполняют сознание, порождая тревогу и огорчение. Мысли такого рода бывают у всех, но при ННС они оказываются очень яркими и

настойчивыми. Человек пытается от них избавиться, но чем больше старается, тем интенсивнее они становятся.

Навязчивые мысли могут относиться к одной из следующих категорий:

- ❖ страх человека испачкаться и заразиться инфекцией; беспокойство, что микробы навредят его организму или окружающим;
- ❖ страх человека причинить вред из-за собственной забывчивости (например, страх пожара, который может возникнуть, если он забыл выключить газ);
- ❖ страх человека причинить вред собственными действиями (например, если он приблизится к ножу, то возьмет его и кого-нибудь зарежет);
- ❖ страх выбрасывать вещи.

Одни эти мысли способны вселить в сознание тревогу, и их присутствие пугает или раздражает. Размышляя о них спокойно, человек может счесть их иррациональными и, скорее всего, постарается избежать ситуаций, в которых они возникают.

Навязчивые действия

Чтобы совладать с навязчивыми мыслями, человек прибегает к каким-то действиям. Например, если у религиозного человека постоянно возникает мысль обругать Бога, он может считать, что нужно трижды помолиться — и подобное желание исчезнет.

Навязчивая мысль у человека может быть связана со страхом ослепнуть, если он подцепит глистов из собачьего помета, поэтому каждый раз по возвращении домой он снимает ботинки и одежду и моет их, чтобы избавиться от возможных следов экскрементов.

Иногда навязчивые действия не имеют очевидной связи с мыслями. Например, навязчивое действие может вы-

ражаться в стремлении не наступать на трещины в асфальте, поскольку в противном случае случится что-то плохое.

Навязчивые действия помогают человеку справиться с навязчивыми мыслями, чтобы почувствовать себя лучше. Навязчивые действия способны на несколько минут избавить его от стресса, но проблема в следующем: чем чаще он им следует, тем хуже ему становится в дальнейшем.

Что нужно делать?

Существуют эффективные подходы, помогающие большинству людей преодолеть навязчивые состояния.

Самопомощь

Одним из способов преодоления ННС является очная ставка со страхами и намеренный вызов навязчивых мыслей. Поначалу человек испытает тревогу, но, если он сможет оказать навязчивым действиям сопротивление, тревога снизится. Этот процесс может занять около часа, но, когда тревога исчезнет, он с удовольствием ощутит, что достиг большого успеха.

Для начала нужно составить список ситуаций, которые порождают тревогу, наиболее пугающие случаи записать первыми, менее серьезные — в конце. Затем выбрать самую легкую ситуацию и пребывать в ней примерно один час, не совершая обычных навязчивых действий, или держаться до тех пор, пока тревога не снизится хотя бы наполовину.

Когда человек достигнет успеха, он должен проделывать это упражнение минимум три раза в день. С каждым разом его тревога будет снижаться быстрее и основательнее. Почувствовав, что справился с наименее пугающей ситуацией, можно перейти к следующему

пункту списка. Постепенно человек начнет чувствовать, что сам контролирует проблему, а не она его.

Вот три золотых правила, касающихся тревоги:

- ❖ тревога неприятна, но в перспективе не наносит вреда;
- ❖ тревога снижается, если ей сопротивляться;
- ❖ регулярная практика снижает тревогу при ее провокации.

О провокации навязчивости написано много самоучителей, созданы компьютерные и телефонные программы помощи. Литература на эту тему приведена в конце статьи.

Разговорная терапия

Наилучшим психологическим подходом к работе с неврозом навязчивых состояний является провокация навязчивости. Эта техника описана в разделе о самопомощи. Некоторые люди слишком испуганы или переполнены эмоциями, чтобы проделывать такое упражнение в одиночестве, и лучше, если их программа лечения осуществляется под руководством терапевта.

Традиционный психологический или психоаналитический подход здесь не поможет, поскольку человеку необходимо видеть свой страх и работать с ним, а не просто о нем говорить.

Помимо провокации навязчивости, свою эффективность в управлении и контроле навязчивых мыслей доказала познавательная терапия.

Медикаментозное лечение

Антидепрессанты способны снизить интенсивность навязчивых мыслей. У ингибиторов обратного захвата серотонина мало побочных эффектов (наиболее распространенные из них — тошнота, расстройство желудка, бессонница и отрицательное влияние на половую сферу).

Иногда организм человека не реагирует на лекарственные средства или провокацию навязчивости. В этом случае врач дает направление к другим специалистам, которые предлагают более интенсивное психологическое лечение или подбирают другие лекарства.

Альтернативная терапия

Методы альтернативной терапии могут казаться привлекательными, однако нет подтверждений, что при ННС они оказывают какое-то воздействие. Хотя провокация навязчивости сложна, это единственный способ преодолеть страх в долговременной перспективе.

Другие методы лечения

В очень редких случаях проводится операция на мозге (в Великобритании примерно две операции в год), но делается это только у пациентов с тяжелой формой ННС, когда ничего больше не помогает. Здесь существует два подхода: первый заключается в замораживании небольших участков мозговой ткани, которая, по представлениям врачей, порождает навязчивые мысли. Другой связан с внедрением электродов, создающих глубокую электрическую стимуляцию мозга. Эта процедура новая и обратимая.

Какое лечение выбрать?

Два основных метода лечения ННС — провокация навязчивости и медикаменты.

Провокация навязчивости

Плюсы

- эффективна (помогает в 75 процентах случаев);
- можно проводить самостоятельно, не обращаясь к врачу;
- нет побочных эффектов;

- ❖ нет долговременного отрицательного воздействия на здоровье;
- ❖ нет влияния на плодовитость или на самочувствие будущего ребенка.

Минусы

- ❖ требуется мотивация, поскольку работать с тревогой трудно.

Медикаментозное лечение

Плюсы

- ❖ эффективное (помогает в 50 процентах случаев);
- ❖ простое — нужно принимать всего одну таблетку в день;
- ❖ не требует мотивации, кроме как для приема лекарства.

Минусы

- ❖ могут возникать побочные эффекты;
- ❖ можно лечиться годами;
- ❖ есть вероятность долговременных побочных эффектов, о которых мы пока ничего не знаем;
- ❖ следует соблюдать крайнюю осторожность во время беременности.

Медикаментозная терапия и провокация навязчивости проводятся в комплексе.

Советы семье и друзьям

Побуждайте больного читать о своем состоянии и обращаться за помощью. Как и в приведенном в начале главы примере, вы можете помочь или поддержать его, мотивируя и поощряя в процессе лечения.

Доктор Линн Драммонд

Заключение доктора Персоуда

Возможно, наиболее успешные люди одержимы чуть больше остальных или чаще страдают навязчивостью. С этим расстройством тесно связан перфекционизм, и тем, кто исполняет свою работу на более высоком уровне, часто свойственна склонность к постоянным проверкам и перепроверкам.

Однако наступает день, когда навязчивость начинает влиять на жизнь человека и его поступки.

Парадокс невроза навязчивых состояний заключается в том, что если человек с этим расстройством станет чуть более небрежным, чаще начнет рисковать и смирится с тем фактом, что дела не всегда идут так, как ему того хочется, то в конечном итоге его душевное самочувствие улучшится, и он станет намного счастливее.

Литература

Living with Fear, Isaac Marks, McGraw-Hill, 2005.

Overcoming Obsessive-Compulsive Disorder: A Self-help Guide Using Cognitive-Behavioural Techniques, David Veale and Rob Willson, Constable and Robinson, 2005.

Understanding Obsessions & Compulsions: A Self-help Manual, Frank Tallis, Sheldon Press, 1992.

Самоубийство и самоповреждение

Мужчина, считавший себя неудачником

Дорогая Джойс!

Прости меня за все страдания, что я тебе причинил. Все, что я делал, приводило к одним неудачам; я лишь обременял тебя и детей. Моя жизнь оказалась чередой разочарований, и я не надеюсь, что в ней когда-нибудь что-то изменится. Каждый день приносит только мучения. Когда ты будешь читать эти слова, я наконец обрету покой.

С любовью, Энди.

Энди сорок шесть лет, он женат, у него двое детей. Полтора года назад он использовал деньги из компенсационного фонда, чтобы начать собственный печатный бизнес. Дело оказалось рискованным, экономика была на спаде, и для получения дохода Энди много работал, путешествуя по стране и практически не имея времени общаться с семьей.

Постепенно он начал испытывать тревогу за свой бизнес и впал в депрессию.

Встречи с клиентами больше не приносили ему удовольствия. Беспокоясь о работе, он лишился сна и утратил былую энергию. Скоро он уже не смог работать, и фирма прогорела.

Хотя для его жены Джойс и всей семьи это оказалось полной неожиданностью, они разобрались в финансовых трудностях и решили проблемы с бизнесом. Следующие четыре недели Энди провел дома, практически ничего не делая, не одеваясь и не заботясь о своей внешности.

Члены семьи пытались помочь ему, советовали отправиться на рыбалку, которую он всегда очень любил, но его ничего не интересовало — Энди утратил уверенность в себе до такой степени, что даже не садился за руль. Джойс предложила ему поработать неполный день у своего друга, но он ответил, что это ни к чему хорошему не приведет. Энди испытывал чувство безнадежности и постоянно говорил жене, что жизнь не стоит того, чтобы ее продолжать. Джойс пыталась убедить Энди встретиться с врачом, но тот считал, что врач ему не поможет.

Однажды утром, когда жена ушла на работу, Энди купил болеутоляющих лекарств и бутылку алкоголя. Он пошел в банк, перевел все деньги со своего делового счета на счет жены, вернулся домой, написал короткую записку и оставил ее на кухонном столе. Отправившись в спальню, он проглотил все таблетки, запил алкоголем и улегся на кровати, ожидая, пока они подействуют. Энди был уверен, что, когда семья оправится от шока после его смерти, им без него станет только лучше.

Джойс рано вернулась с работы, поскольку неважно себя чувствовала. Поднявшись наверх от-

дохнуть, она обнаружила Энди, лежащего без сознания, и вызвала «скорую помощь». В больнице он пробыл два дня: врачи наблюдали за его состоянием и делали анализы крови, измеряя уровень болеутоляющих веществ в организме и проверяя, нет ли повреждений печени.

После физического выздоровления с Энди встретился психиатр. Проговорив с ним в течение часа, врач объяснил, что Энди страдает тяжелой формой депрессии. Тот продолжал чувствовать уныние, сожалел о том, что его спасли, был очень расстроен и пристыжен, поскольку не смог покончить с собой. Он не верил, что болен, считая себя слабаком и неудачником. Ему всегда казалось, что депрессия — лишь предлог для избежания жизненных трудностей.

Врачи убедили Энди попробовать лечение от депрессии. Его перевели в психиатрическую клинику, где в течение шести недель давали антидепрессанты и проводили курс разговорной терапии.

Покинув больницу, Энди возобновил такие несложные занятия, как прогулки и рыбалку. Постепенно, с помощью профессионального терапевта, он вернулся к работе, но продолжал принимать антидепрессанты и несколько месяцев регулярно встречался с медсестрой психиатрического отделения.

Прошло полгода. Энди живет полной жизнью и оптимистично смотрит в будущее. Он знает, что такое депрессия, умеет распознавать первые симптомы ее рецидива и понимает всю важность обращения за помощью на ранней стадии, не дожидаясь появления суицидальных мыслей.

Джойс вспоминает, как Энди говорил ей, что его жизнь не стоит того, чтобы продолжать ее. Она не понимала, что он действительно мог убить себя, поскольку, с ее точки зрения, у него было ради чего жить.

Как часто происходят самоубийства?

- Каждые 40 секунд кто-то в мире кончает жизнь самоубийством.
- Каждые 3 секунды кто-то в мире преднамеренно наносит себе травму.
- Пока вы читаете эту главу, 25 человек погибнут в результате самоубийства.
- Пока вы читаете эту главу, 400 человек намеренно нанесут себе травмы.
- За последние 45 лет уровень самоубийств по всему миру вырос на 60 процентов.

Хотя одной из основных причин смертности во всем мире являются сердечные заболевания, они наблюдаются преимущественно у пожилых людей. Самоубийство совершают и старые, и молодые. За последнее десятилетие во многих странах произошел резкий скачок самоубийств среди молодежи; сейчас это третья по распространенности причина смерти людей в возрасте от 15 до 45 лет. Самоубийство — серьезный повод для волнений в обществе.

Понимание и предотвращение самоубийств является важнейшей задачей для многих политиков и служб здравоохранения. Самоубийство ощутимо влияет на численность населения, а смерть человека по такой причине имеет длительное воздействие на его семью, друзей, коллег и соседей.

Отношение к самоубийству и самоповреждению различается, в зависимости от личностного восприятия и культуры. В некоторых странах самоубийство до сих пор запрещено законом, а многие религии называют его грехом. Неудивительно, что люди, думающие о суициде, не желают об этом говорить.

В некоторых странах так называемая помощь в самоубийстве представляет собой разрешенный вид суицида для смертельно больных людей, испытывающих унижающие их достоинство страдания. Здесь возникает важный этический вопрос: имеют ли люди право кончать с собой и если да, то при каких обстоятельствах?

О самоубийстве и самоповреждении существует несколько искаженных представлений, что очень важно. Телевидение, радио, газеты и иные средства массовой информации оказывают значительное влияние на восприятие обществом факта самоубийства. Например, в Гонконге после тщательно описанного случая суицида возросло число самоубийств с помощью углежжения, а в Германии после эпизода популярного телесериала, один из персонажей которого бросился под поезд, увеличилось число самоубийств на железной дороге.

Что такое самоубийство и самоповреждение?

Самоубийство и самоповреждение имеют общие черты, но относятся к разным видам поведения. Хотя самоубийство нетрудно определить как намеренную смерть человека по собственной воле, исследования случайно выживших после вполне серьезных попыток суицида говорят о том, что желание умереть формируется не так

просто. Некоторые желают лишь избавиться от трудностей и доверяются воле случая.

Самоповреждение — широкий термин, включающий в себя различные типы поведения, которые называют парасуицидом, суицидальной попыткой, членовредительством или намеренным самоповреждением.

С одной стороны, находятся те, кто режет себе руки, не желая умереть, а пытаясь с помощью физической боли контролировать невыносимые эмоции. С другой стороны, оказываются люди, спланировавшие и подготовившие свою смерть и выжившие лишь случайно.

Существует два типа самоповреждений: человек либо пытается себя убить, либо нет. Акты самоповреждения зачастую неправильно трактуются как крик о помощи. Те, кто режет себя, чтобы справиться с сильными эмоциями, могут с большей вероятностью пытаться покончить с собой и иногда умирают вследствие таких попыток. Исследования говорят о том, что после нанесения себе травмы:

- 1 процент пострадавших гибнет в результате самоубийства на следующий год;
- 5 процентов пострадавших гибнут в результате самоубийства в течение 10 лет.

Психиатры разработали несколько полезных подходов к самоубийцам и людям, которые себя травмируют, а правительства некоторых стран развивают стратегии, нацеленные на снижение уровня суицида.

Развенчание мифов — истина о самоубийстве

Миф: люди, говорящие о самоубийстве, не убивают себя.

Факт: те, кто говорит о самоубийстве, иногда все же его совершают.

Миф: люди, желающие покончить с собой, все равно убьют себя, что бы вы ни делали.

Факт: желающие покончить с собой далеко не всегда убеждены в том, что это сделают, и им *можно* помочь.

Миф: если у человека спросить, нет ли у него суицидальных мыслей, это лишь подтолкнет его к самоубийству.

Факт: люди часто испытывают облегчение от разговора о подобных желаниях, и это может стать началом процесса выздоровления.

Миф: люди, наносящие себе повреждения, ничем не рискуют, а просто хотят внимания.

Факт: некоторые из тех, кто себя травмирует, в конце концов совершают самоубийство.

Почему совершаются самоубийства?

Разговоры с родственниками и друзьями самоубийцы в первые месяцы после его гибели указывают на то, что на момент своей смерти примерно 90 процентов погибших людей страдали от излечимого психического заболевания.

Самоубийство связано со сложными социальными, психологическими и биологическими факторами (см. ниже). Часто психическое заболевание является лишь одной из многих причин, подталкивающих к самоубийству конкретного человека.

Подавляющее большинство людей с психическими заболеваниями не причиняют себе вреда. Исследователи только начинают изучать, как именно разнообразные факторы, влияющие на жизнь человека, взаимодействуют друг с другом, приводя в результате к самоубийству.

Какими способами люди совершают самоубийство?

Вот некоторые из самых распространенных способов покончить с собой:

- ❖ огнестрельное оружие;
- ❖ повешение;
- ❖ передозировка препаратов;
- ❖ яды (например, гербициды);
- ❖ прыжки с высоких сооружений;
- ❖ вдыхание угарного газа;
- ❖ утопление.

Самоповреждение больше характерно для женщин, а вот уровень самоубийств выше у мужчин. Скорее всего, мужчины используют более жестокие и опасные методы, которые чаще приводят к успеху.

Факторы, связанные с самоубийством

Биологические

Передача информации в мозге: исследование говорит о том, что нарушение производства и распространения нейротрансмиттера серотонина связано с увеличением риска самоубийства.

Генетические факторы: есть вероятность существования некоторой генетической предрасположенности к суициду, но одна лишь предрасположенность не приводит к этому. Могут наследоваться особые гены, увеличивающие риск самоубийства.

Физические заболевания: главным образом рак, СПИД, хроническая боль и расстройства мозга, такие как рассеянный склероз и эпилепсия.

Психологические

Психические заболевания вносят свой вклад примерно в 90 процентов случаев суицида. Все типы психических расстройств повышают возможность реального осуществления самоубийства, чаще всего это депрессия (особенно при неправильном лечении), злоупотребление наркотиками и алкоголем, шизофрения и расстройства личности (см. *Депрессия; Наркомания; Алкогольная зависимость; Шизофрения; Расстройства личности*).

Многие эмоции, приводящие к самоубийству, бывают вызваны психическими заболеваниями. Это:

- ощущение безнадежности;
- ощущение жизненного тупика;
- модель мышления «черное — белое», отсутствие гибкости;
- импульсивность;
- мысли о смерти: небытие, рай, реинкарнация;
- сложности с решением проблем.

Социальные

Социальные факторы, повышающие риск самоубийства:

- социальная депривация — малый доход, плохое жилье, перенаселенность, разобщенный социум;
- безработица;
- род занятий — у врачей, стоматологов, фармацевтов и фермеров очень высокий уровень самоубийств;
- доступность средств, необходимых для осуществления суицида (например, обладание огнестрельным оружием);
- семейная история самоубийств;
- кризис в пожилом или юном возрасте;
- принадлежность к мужскому полу;
- культурная приемлемость, частое упоминание в прессе;
- социальная изоляция.

Ни одна из указанных выше причин не может самостоятельно толкнуть человека на самоубийство — должна присутствовать комбинация факторов, влияющих друг на друга в течение длительного времени. Для понимания причин самоубийства следует взглянуть не только на то, что происходило незадолго до самого события, но и на всю жизнь человека.

Есть ли признаки того, что человек планирует самоубийство?

Иногда самоубийство происходит настолько внезапно, что друзья и семья попросту не могут ничего понять. Однако стремление к суициду обычно развивается постепенно, и людям сложно говорить об этом. Изменения в поведении, указывающие на возможность обдумывания самоубийства, сводятся к следующему:

- ❖ злоупотребление алкоголем или наркотиками;
- ❖ приведение в порядок своих дел;
- ❖ замкнутость.

Человек может намекать на суицидальные мысли, используя фразы: «Я больше не могу так жить». Если вы слышите нечто подобное, отнеситесь к этому со всей серьезностью.

Что нужно делать?

Советы обдумывающим самоубийство

Хотя вы можете думать о том, чтобы покончить с собой, часть вашего «я» (пусть и небольшая) все же хочет жить. Те, кто выжил после периода активных размышлений о самоубийстве, почти всегда этому рады. Часто они гово-

рят, что хотели не столько умереть, сколько избавиться от боли.

Приблизившись к принятию решения покончить с собой, вам сложно увидеть какое-то будущее, поэтому очень важно правильно пройти через тот период, когда жизнь кажется невыносимой и вы считаете, что лучше умереть. Есть старая поговорка: «Самоубийство — это необратимое решение временной проблемы». В таких словах есть доля истины, и те, кто работает с людьми, приблизившимися к границе между жизнью и смертью, хорошо знают, что со временем ситуация может измениться.

Если вы считаете, что готовы покончить с собой:

Правильно

- поделиться своими мыслями с другим человеком (например, с товарищем или членом семьи);
- позвонить по телефону доверия (иногда в такой ситуации легче общаться с незнакомыми людьми);
- поговорить со своим терапевтом (его работа заключается не только в лечении физических заболеваний, но и в избавлении от таких психологических проблем, как депрессия);
- сделать вывод, что вы, вероятно, страдаете от психического заболевания, которое необходимо лечить;
- как можно раньше обратиться за помощью.

Неправильно

- пытаться справиться с внутренней проблемой самостоятельно;
- держать мысли в себе, считая, что других это лишь обременит;
- думать, что другим без вас будет лучше;
- считать, что вы не заслуживаете помощи;
- употреблять алкоголь или наркотики (это сделает вас более импульсивным).

Помощь человеку с суицидальными мыслями

Правильно

- выслушать и поверить его словам;
- попытаться разузнать, строит ли он какие-то планы по нанесению себе вреда;
- возможно, спрятать находящиеся в доме лекарства;
- подумать о безотлагательном обращении к терапевту или в службу «Скорой помощи»;
- помочь человеку увидеть существующие альтернативы;
- помочь решить проблемы.

Неправильно

- пытаться изменить его восприятие, объясняя, сколько хорошего существует в его жизни;
- перебивать или торопить его;
- осуждать или оскорблять;
- принижать его чувства или вообще не говорить о них;
- оставлять в одиночестве, если есть непосредственный риск суицида.

Способы предотвращения самоубийства

- *Улучшение качества общего лечения психических* заболеваний.
- Социальная политика по налаживанию жизни малообеспеченных граждан.
- Ограничение доступа к средствам для самоубийства. Эта мера зарекомендовала себя как наиболее эффективная. Например, в Великобритании замена использующегося в домах газа на менее ядовитое вещество и введение каталитических дожигателей выхлопных газов в автомобиле способствовало уменьшению числа самоубийств. Другие потенциальные цели — ограничение доступа к наркотикам, которые вызывают смерть при передозировке, и работа с группами повы-

шенного риска. Не менее важно ограничить доступ к смертельным пестицидам в странах, с развитым сельским хозяйством.
- ❖ Улучшение качества первой помощи при отравлениях.

Помощь тем, кто потерял близкого человека

Потеря близкого человека вследствие самоубийства схожа с другими утратами, но смириться с ней бывает сложно, поскольку существуют:
- ❖ трудности в восприятии самоубийства как причины смерти;
- ❖ чувство вины, самообвинение;
- ❖ понимание эмоциональной боли, предшествующей смерти человека;
- ❖ ощущение предательства, одиночества;
- ❖ чувство облегчения из-за окончания страданий человека и исчезновения стресса, вызванного заботой о нем;
- ❖ стыд или стигматизация, окружающая психическое заболевание.

Суть и значение самоповреждений

Суть и значение самоповреждений значительно варьируются в зависимости от личности. Существуют разные степени суицидальных намерений, но обычно самоповреждение означает, что человек страдает от сильной эмоциональной боли.

Методы

Наиболее распространенные методы самоповреждения:
- ❖ порезы или прижигание кожи;
- ❖ передозировка лекарствами.

К другим относятся:
- ❖ отравление;
- ❖ внедрение предметов в тело;
- ❖ повешение;
- ❖ прыжок с высоты.

Почему люди наносят себе травмы?

В группе риска находятся:
- ❖ женщины (мужчины травмируют себя реже);
- ❖ подростки и молодежь;
- ❖ одинокие или разведенные;
- ❖ городские жители;
- ❖ социально необеспеченные;
- ❖ люди в состоянии психологического стресса;
- ❖ психически больные (депрессия, алкоголизм, расстройство личности, нарушения пищевого поведения);
- ❖ те, кто переживает стрессовые или негативные жизненные ситуации: утрату близких, потерю работы или крах взаимоотношений.

Суицидальное намерение

- ❖ Самоповреждение может являться попыткой покончить с собой. Решение либо принимается импульсивно, либо тщательно планируется в течение нескольких дней или недель.

Эмоциональный контроль

Самоповреждения имеют следующее значение для пострадавших:
- ❖ временно облегчают действие неприятных эмоций (пустоты, печали, гнева, ненависти к себе и чувства вины);
- ❖ превращают «психическую боль» в физическую, с которой человеку легче справиться самому или с помощью окружающих;

- ❖ позволяют людям испытывать эмоции и чувствовать себя живыми (в противоположность ощущению одиночества или внутренней пустоты);
- ❖ иногда являются формой наказания из-за чувства вины и ненависти к себе;
- ❖ травмируют тело, которое человек по каким-то причинам ненавидит (например, из-за сексуального насилия);
- ❖ дарят ощущение контроля над жизнью, которая в противном случае представляется полной хаоса;
- ❖ являются способом пережить трудности и продолжать жить.

Общение

Самоповреждение может:

- ❖ являться формой просьбы о помощи, если никаким другим способом получить ее невозможно;
- ❖ выражать чувства, о которых человеку сложно говорить.

Что нужно делать?

Передозировка препарата

При передозировке препарата следует как можно быстрее вызвать «скорую помощь» и отвезти человека в больницу. В таких случаях необходимы наблюдение и обследование, и в зависимости от вида принятых лекарств применяются специальные виды лечения.

Много разных лекарств в крови — в этом случае для снижения содержания в организме токсических веществ пьют активированный уголь. С помощью электрокардиограммы отслеживают работу сердца, поскольку лекарства могут нарушить сердечный ритм.

Парацетамол — после измерения уровня лекарства в крови дается противоядие — ацетилцистеин, препятствующий поражению печени из-за приема парацетамола.

Бензодиазепины — если человек потерял сознание или задыхается после передозировки таких препаратов, как диазепам, для снятия эффектов следует сделать инъекцию флумазенила.

Опиаты — после героиновой передозировки в случае потери сознания или при затрудненном дыхании помогает инъекция налоксона.

После неотложного лечения

Травмировавшего себя человека должен осмотреть специалист по психическим расстройствам (врач или медсестра). Иногда это называют психосоциальным осмотром, в который входит исследование истории самоповреждений, изучение жизненных условий и обстоятельств и психического состояния человека.

После осмотра психиатр может определить потребности пациента и оказать помощь в виде совета или рекомендации метода лечения. Важной частью осмотра является поиск симптомов психического заболевания и по необходимости направление человека на соответствующее лечение.

Лечение людей со склонностью к самоповреждениям

Лечение зависит от потребностей, определенных после психосоциального осмотра. Помимо общего лечения любого психического заболевания, алкоголизма или наркомании, при самоповреждениях используются следующие методы.

Разговорная терапия. Различные виды разговорной терапии (см. *Психотерапевтические и медикаментозные методы лечения*), включая когнитивно-познавательную терапию (КПТ, см. там же) и активное решение проблем. Для людей, которые калечат себя постоянно, есть более специфический подход — диалектико-поведенческая терапия (ДПТ, см. там же).

Медикаменты. Самоповреждения — это не диагноз, и конкретного лекарственного воздействия, предотвращающего самоповреждение, не существует. Некоторые лекарства могут снизить частоту проявления такого поведения и вероятность самоубийства, например литий стабилизирует настроение, что важно для людей с биполярным аффективным расстройством (см. *Биполярное расстройство*). Клозапин, антипсихотический препарат, аналогичным образом влияет на больных шизофренией (см. *Шизофрения*).

Общая поддержка. Травмирующие себя люди могут нуждаться в усиленном содействии и помощи в решении социальных проблем, касающихся трудоустройства, финансов, семьи и взаимоотношений. Особенно рекомендуются группы поддержки.

Практические советы пострадавшим

Если вы травмируете себя, то, вероятно, достигли такого состояния, когда кажется, что жизнь стала невыносимой и у вас нет выбора. В жизни многие вещи находятся вне нашего контроля и вызывают эмоциональную боль.

Самоповреждение кажется единственным способом справиться с напряжением. Возможно, у вас низкая самооценка или вы сталкиваетесь с насилием, издеватель-

ствами или пренебрежением. Вероятно, чтобы забыться, вы употребляете наркотики или алкоголь.

Получение помощи

Вам следует:

- говорить и выражать свои чувства, что поможет приступить к осмыслению происходящего;
- обратиться к человеку, которому вы доверяете, кто способен сохранить конфиденциальность;
- рассказывать о любых своих сложностях;
- рассмотреть широкий выбор, чтобы изменить взгляды на жизнь и решить проблемы;
- лечиться от депрессии или других психических заболеваний;
- общаться с людьми с аналогичным жизненным опытом;
- постепенно разбираться в проблемах личной жизни.

Советы семье и друзьям

Узнав, что ваш близкий человек себя травмирует, вы можете испытать шок, злость, чувство вины или ощущение беспомощности. Важно понять эти эмоции и справиться с ними, чтобы в дальнейшем помочь человеку.

- Часто факты самоповреждения держатся в тайне от семьи и друзей, но, когда они становятся очевидными, вы должны помочь.
- Травмирующий себя человек мог утратить доверие к окружающим или побывать в ситуациях, о которых ему трудно говорить.
- Иногда человек беспокоится о том, что будет, если он заговорит.
- Он может запутаться и не суметь описать свои чувства. Если ему кажется, что выхода нет, он испытывает полную растерянность и безнадежность.

- Первым его шагом должен быть разговор с другом или членом семьи, после чего следует обратиться за профессиональной помощью.

Правильно:

- слушать и пытаться понять, насколько плохо все выглядит, с точки зрения этого человека, а затем в мягкой форме выразить сомнения относительно некоторых «безнадежных» ситуаций;
- помочь найти способ справиться с трудностями;
- помочь в составлении плана получения помощи;
- понять, не обдумывает ли он самоубийство.

Неправильно:

- злиться;
- преждевременно утешать человека — ему будет казаться, что вы его не понимаете;
- избегать обсуждения или менять тему;
- считать, что обсуждение трудностей только ухудшит ситуацию;
- смущаться или бояться;
- принижать переживания или отворачиваться от человека.

Доктор Джонатан Эванс
и доктор Лоуренс Мартин

Заключение доктора Персоуда

Самоубийство и самоповреждения всегда окружены сильными эмоциями. Некоторые называют суицид самым эгоистичным поступком. Фрейд считал, что по своей сути это крайне агрессивный акт — убийство, обращенное на самого себя. Другие полагают, что суицид

может быть вполне рациональным, совершенным сознательно и никак не связанным с психическими расстройствами.

Согласно одной точке зрения, самоубийство и самоповреждения относятся к разряду разрушительных видов поведения, которые в той или иной степени свойственны большинству людей и проявляются в алкоголизме, курении и любом другом занятии, наносящем вред.

Связанное с суицидом табу существует до сих пор, и очень важно, чтобы у человека была реальная возможность поговорить об этом, не боясь столкнуться с неодобрением.

Есть специальные службы, которые занимаются вопросами о самоубийствах и самоповреждениях. Суицид совершается импульсивно, а поскольку профилактика всегда лучше лечения, важно, чтобы ведущие к самоубийству психические состояния обнаруживались и лечились как можно раньше и активнее. Нельзя скрывать свое беспокойство о человеке, которого вы подозреваете в обдумывании самоубийства, — говорите ему об этом прямо. Такой простой поступок спасает и еще спасет множество жизней: потенциальные самоубийцы с неподдельным облегчением вступают в беседу, получая возможность поделиться своими чувствами.

Литература

The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide, Keith Hawton and Kees van Heeringen, Wiley Press, 2000. (Простой и понятный взгляд на проблему в международной перспективе.)

Сезонное аффективное расстройство

Женщина, страдавшая от октябрьской тоски

Хейли тридцать. В конце октября она обратилась к врачу, поскольку вот уже десять дней испытывала усталость и пребывала в плохом расположении духа. Она много лет наблюдала у себя сезонные изменения настроения, и ее состояние ухудшилось, когда она переехала на северо-восток Шотландии.

Обычно она начинала чувствовать дневную усталость и сонливость примерно с середины октября. По мере того как дни становились короче, ей требовалось все больше сна, и к середине января она могла спать по четырнадцать часов в день. Хейли ложилась в восемь вечера, еле-еле поднималась утром, а потом, отведя сына в детский сад, снова возвращалась в постель. Иногда она дремала и после обеда, когда чувствовала себя наиболее уставшей.

В обычную зиму Хейли набирала около 5,5 кг веса, поскольку ела много сладкого, особенно шоколада. Ее настроение портилось, взгляд на жизнь

становился мрачным и пессимистичным. Тяжелее всего было по утрам. Зимой она прекращала общаться с друзьями и терпеть не могла Рождество.

Помимо прочего, зимой у нее полностью пропадало сексуальное желание, а из-за плохой концентрации и нарушения кратковременной памяти снижалась работоспособность (Хейли работала внештатным журналистом). Январь и февраль были худшими месяцами, и ее самочувствие начинало улучшаться ближе к концу марта.

Летом Хейли становилась яркой, общительной и активной. Временами она казалась «чересчур радостной», особенно в хорошую погоду, когда друзья замечали, что Хейли словно заряжена невероятным количеством энергии. Часто она просыпалась «с первым лучом солнца» и не могла дождаться начала дел, поскольку ей требовалось всего пять часов сна.

Первые десять лет жизни Хейли провела на Ближнем Востоке и очень огорчилась, когда ее семья переехала в Суррей. Мать постоянно о чем-то тревожилась, и девочке был ближе отец, чья сестра большую часть своей взрослой жизни принимала антидепрессанты.

Две зимы Хейли выписывали антидепрессант флуоксетин, а в последнюю зиму — циталопрам. Оба лекарства помогали, но делали ее слегка «отъехавшей». Она подозревала, что антидепрессанты еще больше снижали ее сексуальное желание. Хейли подумывала завести еще одного ребенка и хотела по возможности избежать приема антидепрессантов.

Ей поставили диагноз возвратной зимней депрессии. Врач посоветовал придерживаться преж-

него режима физических упражнений, особенно если она могла заниматься бегом на улице: здесь помогали и сами упражнения, и пребывание на дневном свете.

По утрам Хейли стала включать световой ящик, сперва на полчаса, а затем увеличила его работу до часа. Следующей зимой она сообщила, что световая терапия и физические упражнения пошли ей на пользу: она чувствовала себя менее подавленной, чем в предыдущий год.

Что такое сезонное аффективное расстройство?

Тысячи лет люди уверены, что времена года влияют на человеческое здоровье. Гиппократ, живший в 400 году до нашей эры, полагал, что «заболевания главным образом вызывает смена времен года». В 200 году Аретей заметил связь между солнечным светом и депрессией, утверждая, что «апатичных следует класть на свет, под лучи солнца (поскольку болезнь — это сумрак)».

Связь между светом и настроением прослеживается даже в нашем языке. Мы говорим: «черная тоска», «солнечное настроение», «радостный проблеск» или «весенний настрой». Многие животные зимой впадают в спячку и просыпаются только весной, когда начинают искать партнера и готовиться к размножению.

Термин «сезонное аффективное расстройство» (САР) впервые возник в восьмидесятые годы XX века, однако до сих пор у врачей нет единого мнения, является ли это заболеванием или естественной поведенческой особенностью некоторых людей.

Как это выглядит?

Возвратная зимняя депрессия начинается осенью и заканчивается весной и летом. У большинства страдающих ею первые симптомы появляются в октябре или ноябре. Пик этого состояния приходится на время от декабря до февраля, а значительное улучшение наступает с марта и апреля.

Многие симптомы сезонного расстройства схожи с симптомами обычной депрессии (см. *Депрессия*). К ним относятся спад настроения (хуже всего бывает по утрам), потеря прежних интересов и удовольствия от любимых занятий, отсутствие энергии, низкая мотивация, уменьшение сексуального влечения, раздражительность и отказ от социальных отношений.

При обычной депрессии человек меньше ест, меньше спит, а также теряет в весе. При возвратной зимней депрессии все наоборот: человек больше спит, в течение дня чувствует себя усталым и сонным, много ест и набирает вес. Он может пристраститься к шоколаду и другим продуктам, богатым углеводами. Обычно зимой человек постепенно снижает свою активность и в результате попадает в замкнутый круг. По мере погружения в депрессию и роста усталости он уменьшает физическую нагрузку и реже выходит на улицу. За этим следует набор веса и недостаток пребывания на дневном свете, что в свою очередь увеличивает депрессию.

Летом все наоборот — он становится активным, веселым и общительным. Некоторые бывают даже чрезмерно энергичными и открытыми. Для большинства это вполне позитивное качество, но для других может стать проблемой и в конечном итоге перерасти в клиническую гипоманию.

Кто чаще всего страдает от зимней депрессии?

Зимняя депрессия почти не встречается в детстве, но если такое все же происходит, прежде счастливый ребенок становится раздражительным и вялым, а его успеваемость ухудшается. Зимняя депрессия становится более распространенной по достижении половой зрелости. Женщины страдают ею в три-четыре раза чаще мужчин. После шестидесяти лет и у мужчин, и у женщин зимняя депрессия наблюдается в равной пропорции.

В Америке зимняя депрессия чаще встречается на севере, но в Европе это не так — например, в Исландии низкий показатель распространенности зимней депрессии. Возможно, живущие там люди выработали генетическую защиту против этого расстройства.

В чем причина зимней депрессии?

Мы не знаем ответа на этот вопрос. Женщины чаще болеют ею в репродуктивном возрасте, однако то же истинно для любых видов депрессии.

Вполне очевидно, что одна из причин этого заболевания кроется в недостатке света. Считается, что нехватка света влияет на серотонин и мелатонин, два вещества мозга, контролирующих настроение.

Существует ряд сходных признаков с последствиями нарушения суточного ритма организма, когда люди испытывают усталость днем, но более активны ночью (сдвинутая фаза). Эти черты влияют на лечение, о котором пойдет речь ниже.

Что нужно делать?

Многие из нас при смене времен года испытывают колебания настроения. Мы называем это заболеванием только в том случае, когда от этих колебаний страдает качество нашей жизни или здоровье. Основными методами лечения здесь являются световая терапия, антидепрессанты или психотерапия.

Самопомощь

Следует запомнить четыре пункта.

- Упражнения положительно влияют на все типы депрессии, так что старайтесь в течение зимы не снижать физической нагрузки.
- Очень помогает дневной свет, поэтому проводите на улице как можно больше времени (или хотя бы сидите у освещенного солнцем окна).
- Сохраняйте оптимизм. Скажите себе, что весной депрессия уйдет, а с 21 декабря дни начнут прибывать. Будет лучше, если ваши друзья и родственники узнают, что с вами происходит, поскольку в этом случае они смогут поддержать вас и снисходительно относиться к вашему поведение в течение темных месяцев.
- Следите за тем, чтобы не попасть в порочный круг. Например, при отсутствии упражнений депрессия может усилиться, а значит, вы перестанете выходить на улицу, и потребление вами солнечного света снизится, поэтому, чем больше существует областей, в которых вы можете проявлять активность (заниматься упражнениями, выходить на дневной свет, продолжать общаться), тем лучше будет самочувствие.

Световая терапия

Существует несколько способов восполнить недостающий свет в течение зимних месяцев. Наиболее эффективны здесь световые ящики и симуляторы рассвета.

Световые ящики применяют уже около двадцати лет. Лучше всего их использовать ранним утром. Приборы испускают яркий свет, имитирующий солнечный, но без разрушительного ультрафиолетового излучения, так что он не вредит глазам и коже. Большинство людей включают их каждое утро на период от получаса до двух часов, в зависимости от яркости света.

Симуляторы рассвета дают значительно менее яркий свет, чем световые ящики. Они постепенно, в течение часа, увеличивают его яркость, и так до того времени, в которое человек решил проснуться. Если его основными симптомами являются избыточный сон и сложности с пробуждением, симуляторы помогут. Некоторые используют симуляторы рассвета, чтобы проснуться, а затем включают световой ящик.

Если световая терапия подействовала, вы заметите ее эффекты в первую же неделю. Обычно производители дают покупателям трехнедельную гарантию: в течение этого времени вы имеете право вернуть прибор, если он вам не помог, поскольку такого срока вполне достаточно, чтобы разобраться, оказывает ли на вас влияние световой ящик или симулятор рассвета или нет.

В целом световая терапия не имеет побочных эффектов. Иногда она вызывает головные боли или нечеткое зрение, а при слишком частом использовании ящика может возникнуть перевозбуждение, как после большой дозы кофе. Если включать световой ящик в вечернее время, его действие способно вызвать бессонницу.

Медикаментозное лечение

Нельзя сказать, что влияние антидепрессантов в случае сезонного аффективного расстройства широко исследовалось, но, судя по всему, они помогают. Обычно применяют ингибиторы обратного захвата серотонина, такие, как флуоксетин, циталопрам и сертралин. Полезными могут оказаться венлафаксин и дулоксетин. Успокаивающих лекарств следует избегать.

Разговорная терапия

О ценности положительного мышления и оптимизма здесь уже упоминалось. Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) может улучшить настроение и помочь предотвратить будущие приступы. Она направлена на изменение образа мышления и поведения. Эти перемены помогут человеку разобраться в своих мыслях и поступках, научиться управлять ими и почувствовать себя лучше. В отличие от других разговорных методов лечения, КПТ сосредотачивается на проблемах и сложностях, возникающих здесь и сейчас (см. *Психотерапевтические и медикаментозные методы лечения*).

Какое лечение выбрать?

Большинство людей предпочитают «естественную» световую терапию. Однако световые ящики подходят не всем, так как приходится резервировать полчаса по утрам, да к тому же эти приборы не из дешевых.

Некоторые считают, что прием антидепрессантов раз в день — более удобная альтернатива. КПТ требует времени, а специалистов по ней может не оказаться в том районе, где живет человек.

Световая терапия лучше всего подходит тем, кто слишком много спит, у кого зимой повышается аппетит и вес, что потом полностью проходит летом. Если спа-

ды настроения наблюдаются и в другое время года, следует остановить свой выбор на антидепрессантах или КПТ.

Доктор Джон Иглз

Заключение доктора Персоуда

Даже в пасмурный зимний день часовая прогулка значительно улучшит настроение, поскольку на улице гораздо больше света, чем в помещении, независимо от того, насколько яркий свет там, где человек работает или живет.

Вероятно, от отдельных проблем, связанных с сезонной сменой настроения, страдает значительно больше людей, чем от полноценного синдрома, а потому многим из нас следует «заправляться» светом во время зимы и не ждать развития сезонного аффективного расстройства.

Литература

Winter Blues: Everything You Need to Know to Beat Seasonal Affective Disorder, Norman E. Rosental, Guilford Press, New York, 2005.

Seasonal Affective Disorder: Practice and Research, T. Partonen and A. Magnusson (редакторы), Oxford University Press, 2001.

Сексуальные расстройства

Мужчина, который не получал удовольствия от секса

ФРЭНСИСУ СОРОК ПЯТЬ ЛЕТ, он счастлив в браке. Но два года назад его уволили, после чего он впал в депрессию и утратил уверенность в себе. Фрэнсис обратился к терапевту и полгода лечился антидепрессантами. Поправившись, он нашел новую работу.

Однако несколько месяцев спустя Фрэнсис вернулся к терапевту: они с женой больше не получали удовольствия от секса, и ему стало сложно сохранять эрекцию. Он не обсуждал с женой свои проблемы, переживал смущение, а также беспокоился о развитии их отношений, испытывая в моменты близости дискомфорт.

Терапевт направил Фрэнсиса в местную клинику к специалисту по вопросам психологии и сексуальности, который побеседовал с ним и сделал несколько анализов крови, чтобы исключить физическую причину проблем. Явной причины врач не нашел, но сделал вывод: хотя депрессии больше не наблюдалось, Фрэнсис потерял уверенность, что привело к эректильной дисфункции. К тому

же он много курил, весил чуть больше нормы и почти не занимался физическими упражнениями.

Фрэнсису выписали силденафил (виагру) и посоветовали открыто поговорить с женой о своей проблеме. Лечение оказалось успешным, и вскоре Фрэнсис и его жена вновь наслаждались сексом. Уверенность Фрэнсиса возросла, он успешно бросил курить и снизил вес, регулярно занимаясь в тренировочном зале. Шесть месяцев спустя силденафил ему уже не требовался.

Что такое сексуальное расстройство?

Сексуальная функция является одной из основных в человеческой жизни. Будучи способом размножения и источником большого наслаждения, она играет центральную роль в развитии близких отношений.

Сексуальная функция очень сложная и включает в себя психологический и физиологический аспекты. С сексуальными проблемами (половой дисфункцией) связаны несколько факторов, однако психологические факторы почти всегда играют важную роль и могут являться основными причинами трудностей.

Половую дисфункцию не так легко определить, однако указывать на необходимость обращения к специалисту могут следующие симптомы:

- ❖ расстройство есть при большинстве контактов или всегда;
- ❖ продолжается полгода и больше;
- ❖ вызывает напряжение и сложности в отношениях;
- ❖ ведет к неспособности участвовать в желаемых сексуальных отношениях.

Распространенные проблемы

Хотя сексуальные проблемы редко обсуждают в открытую, они являются чрезвычайно распространенными. В массовом исследовании мужчин и женщин от восемнадцати до пятидесяти девяти лет было обнаружено следующее.

Среди мужчин

- 10 процентов страдают от эректильной дисфункции; в течение жизни их число увеличивается до 50 процентов;
- 16 процентов утратили интерес к сексу;
- 30 процентов жалуются на преждевременное семяизвержение;
- 8 процентов сообщают о запаздывающей эякуляции.

Среди женщин

- у 33 процентов отсутствует интерес к сексу;
- 24 процента не испытывают оргазма;
- 21 процент не получает удовольствия;
- у 18 процентов недостаточная смазка;
- 14 процентов жалуются на боль во время секса.

Большинство сексуальных расстройств связаны с желанием, возбуждением или оргазмом. Проблемы могут быть *первичными* (возникают в течение всей жизни, но не обязательно при каждом случае), *вторичными* (появились только недавно), *ситуационными* (происходят в специфическом окружении или с определенным партнером) и *полными* (возникают в каждом случае и в любом контексте).

Расстройство сексуального влечения

Влечение (желание) относится к естественному стремлению проявлять сексуальность (либидо, сексуальный

импульс). Расстройство желания следует отличать от сексуального отвращения, отсутствия удовольствия во время секса, депрессии (см. *Депрессия*) и расстройство функции при употреблении алкоголя и наркотиков.

Дисфункция фазы возбуждения

У мужчин возбуждение связано с эрекцией пениса, у женщин — с выделением смазки и увеличением клитора, что помогает половому акту. Эректильная дисфункция, или импотенция, — наиболее распространенная проблема у мужчин, приводящая к неудачам в выполнении полового акта. Хотя физические причины часто не определяются и важную роль играют психологические (эмоциональные) факторы, при медицинском обследовании всегда следует обращать внимание на возможные физиологические аспекты проблемы.

У женщин трудности с возбуждением приводят к сухости вагины или отсутствию смазки. Это может быть связано с психологическими факторами (см. *Тревожное расстройство и паническая атака*), физическими проблемами (инфекцией), недостатком эстрогена (во время менопаузы), а также с отсутствием сексуального желания. Помимо техники усиления возбуждения и распространенных психологических и эмоциональных приемов, в этом случае помогают гели-смазки.

Расстройство оргазма

Оргазм возникает у обоих полов; у мужчин при этом происходит семяизвержение. Отложенный оргазм или его отсутствие, несмотря на половое возбуждение, являются наиболее частыми жалобами у женщин, хотя некоторые считают это вполне нормальным явлением. Лечение часто включает в себя программу-руководство по

самопомощи, такую, например, как «Чувственный фокус» (см. далее), и обучение специальным упражнениям для тазовой полости. В некоторых случаях может понадобиться направление к специалисту — психосексуальному терапевту.

У мужчин чаще всего возникают проблемы с семяизвержением. Преждевременное семяизвержение и невозможность его контролировать ради обоюдного удовольствия партнеров — наиболее распространенная проблема, особенно у молодых мужчин. Семяизвержение может произойти немедленно после входа во влагалище или даже до эрекции. Запаздывающее семяизвержение распространено меньше, хотя является известным побочным эффектом некоторых антидепрессантов.

В чем причина половой дисфункции?

Обычно у половой дисфункции существует несколько причин. Иногда реальный источник проблемы вполне очевиден. Наиболее распространенные из них перечислены ниже.

Источники и причины сексуальной дисфункции	
Психологические и эмоциональные проблемы	
❖ сложные отношения; ❖ жизненное напряжение, стресс; ❖ тревога, депрессия; ❖ низкая самооценка; ❖ тревога представления; ❖ чувство вины (из-за секса).	❖ страх перед венерическими заболеваниями; ❖ предыдущий отрицательный сексуальный опыт (изнасилование, домогательства).

Окончание таблицы

Физиологические нарушения	
❖ плохое здоровье в целом; ❖ сахарный диабет; ❖ сердечно-сосудистые заболевания; ❖ эндокринные и гормональные расстройства.	❖ заболевания печени; ❖ дисфункция почек; ❖ специфические расстройства половых органов и области гениталий (встречаются реже).
Реакция на препараты и вещества	
❖ снижение сексуального влечения: алкоголь, антидепрессанты, антипсихотические, некоторые гормональные и противоэпилептические средства; ❖ нарушение эрекции: курение, алкоголь, антидепрессанты.	бета-блокаторы, антипсихотические, некоторые мочегонные и противоэпилептические средства; ❖ нарушение семяизвержения: антидепрессанты, антипсихотические средства.

Распространенные мифы о сексе

- ❖ мужчины не должны выражать своих эмоций;
- ❖ все физические контакты должны вести к сексу;
- ❖ хороший секс приводит к сильному оргазму;
- ❖ секс — это половой акт;
- ❖ в сексе мужчина всегда должен лидировать;
- ❖ женщина не должна инициировать секс;
- ❖ мужчины всегда хотят заниматься сексом;
- ❖ женщина всегда должна соглашаться на секс, если партнер ей предлагает;
- ❖ в сексе мы разбираемся инстинктивно;
- ❖ «уважаемые» люди не должны чрезмерно предаваться сексу и никогда не должны мастурбировать;

- все пары занимаются «отличным сексом» несколько раз в неделю и всегда испытывают одновременный оргазм;
- если секс не приносит удовольствия, значит, в отношениях возникла проблема.

[Цитируется по G. Andrews and R. Jenkins (редакторы), *Management of Mental Disorders* (UK edn, vol. 2), World Health Organization, Sydney, 1999]

Что нужно делать?

Многие сексуальные нарушения являются временными и исчезают сами, без применения какого-либо лечения. Человек или пара могут ускорить этот процесс, разобравшись с приведенными выше наиболее распространенными психологическими и эмоциональными причинами и исследовав влияние «сексуальных мифов», часто ведущих к подавлению, сложностям в общении или необоснованным ожиданиям.

Долговременные и вызывающие стресс проблемы следует решать вместе со специалистами. Сначала беседу проводит терапевт, который может направить партнеров к сексопатологу. Лучше, если они пойдут туда вместе.

В лечение входит:

- исключение физических причин проблемы;
- рассказ о факторах, влияющих на половую функцию;
- улучшение общения между партнерами;
- определение факторов взаимоотношений, которые могут быть связаны с проблемой.

К таким факторам относятся отрицательные эмоции, возникающие между партнерами (гнев, обида, недове-

рие, враждебность), чрезмерная сдержанность, неопытность, невозможность обрести дома уединение.

Если основная проблема — отсутствие эрекции, то используются наиболее распространенные препараты: силденафил (виагра), тадалафил (циалис) и верденафил (левитра). Все эти препараты выписывает врач. Они действуют одинаково и требуют сексуальной активности или эротической фантазии для начала сексуального возбуждения. Общая эффективность достигается примерно в 80 процентах случаев, где проблема преимущественно психологическая, и в 50 процентах случаев, где источник кроется в физиологии.

Многим парам помогает одна из форм супружеской терапии, доказавшей свою высокую эффективность в лечении целого ряда сексуальных расстройств (см. *Психотерапевтические и медикаментозные методы лечения*).

«Чувственный фокус»

Программа «Чувственный фокус» заключается в серии домашних упражнений, направленных на снижение сексуальной тревоги у партнеров. Для каждой проблемы применяется особая техника. Все начинается с длительной сексуальной игры, исключающей область гениталий, правила которой временно запрещают сам половой акт. Далее допускаются прикосновения к груди и гениталиям, однако партнерам необходимо осознавать свои ощущения и не вступать в половой акт. После этого позволяется больший генитальный контакт, однако если один из партнеров начинает испытывать тревогу или переключается на достижение оргазма, следует вернуться к негенитальному контакту. Со временем пары переходят к полному половому акту.

Masters and Johnson, 1970

Парафилии

Парафилии (перверзные психопатии, половые извращения) — патологии полового чувства, при котором сексуальное удовлетворение достигается неестественным (противоестественным) способом или в сочетании с дополнительными раздражителями. Клинический диагноз парафилии ставится лишь в том случае, если поведение или желание вызывает у человека страдание и негативно влияет на его жизнь.

Многим людям свойственны половая активность и сексуальные желания, которые считаются парафилией (например, фетишизм), но это поведение не создает проблем ни у них, ни у кого бы то ни было еще. То, что общество считает парафилией, отчасти зависит от соответствующего культурного контекста.

Наиболее распространенными парафилиями являются следующие.

Эксгибиционизм. Периодическая или постоянная склонность к демонстрации своих половых органов незнакомцам (обычно противоположного пола) или людям в общественных местах без намерения соблазнить или вступить в близкий контакт. Обычно (но не всегда) во время обнажения возникает сексуальное возбуждение, за чем следует мастурбация. Жертвами чаще всего бывают незнакомцы, в основном девочки-подростки.

Вуайеризм. Периодическое или постоянное побуждение подглядывать за занимающимися сексом людьми или интимными процессами, такими как раздевание, мочеиспускание. Обычно те, за кем наблюдают, не знают об этом, что приводит вуайера (подсматривающего) к половому возбуждению и мастурбации. Судя по всему, вуайеризм наблюдается исключительно у мужчин.

Педофилия. Психическое расстройство, для которого характерно влечение к детям, мальчикам или девочкам допубертатного возраста (не достигшим половой зрелости) или раннепубертатного возраста. Большинство педофилов — мужчины, однако встречаются и женщины.

Садомазохизм. Сексуальное отклонение, которое связано с желанием совершать действия (садист), причиняющие боль и унижение и показывающие подчиненное положение человека, на которого направлены, либо желание быть объектом таких действий (мазохист). Часто у человека возникает половое возбуждение и от садизма, и от мазохизма.

Фетишизм. Разновидность сексуального поведения, при котором источником и стимулом полового влечения становятся неодушевленные предметы: кожаные или резиновые элементы одежды, нижнее женское белье, чулки, бюстгальтеры, ботинки и туфли. Особой разновидностью фетишизма является эротическая притягательность военной формы.

Фетишистский трансвестизм. Вид сексуального поведения, при котором половое удовлетворение достигается при переодевании в одежду другого пола. Фетишистский трансвестизм отличается от транссексуального трансвестизма своей четкой связью с половым возбуждением и стремлением избавиться от одежды после оргазма и уменьшения возбуждения. Такое поведение может возникать на ранней стадии развития транссексуализма (см. *Гендерная дисфория*).

К другим расстройствам сексуальных пристрастий относятся непристойные телефонные звонки, трение о

людей в общественных местах, зоофилия и попытки удушения партнера для увеличения сексуального возбуждения.

Причины парафилий

Причины или источники парафилий, несмотря на множество теорий, до сих пор понятны не до конца. Например, существует мнение, что это поведение выражает подлинный или выдуманный опыт, желания и конфликты, проистекающие из раннего психосексуального развития человека. Предполагается, что человек на определенной стадии просто фиксируется на таком поведении.

Другая теория — «выученная модель», где парафилия рассматривается как следствие связи прежде нейтрального объекта с сексуально возбуждающим объектом или опытом. Хотя выученная модель представляется довольно ограниченной, другие факторы, в том числе культурное и символическое значение объектов, также играют свою роль.

Лечение парафилий

Обычно парафилии требуют медицинского вмешательства, только если вызывают стресс, причиняют вред самому человеку или окружающим и нарушают важные аспекты его жизни. Не следует рассматривать как диагноз любое сексуальное поведение, отклоняющееся от нормы, если оно не приводит к значительным проблемам. Если требуется лечение, его должен проводить специалист-сексопатолог.

Необходимо тщательно обсудить цели лечения и понять, что оно не всегда приводит к успеху. Существуют определенные психологические техники (например, скрытая активизация или восстановление оргазма), од-

нако в целом для закрепления нужных эффектов контролирование ненормальных желаний должно поддерживаться достижениями в других, более приемлемых видах сексуального поведения.

Доктор Эндрю Паркер

Слабоумие и психическое здоровье

Мужчина, которого забыли на складе

Терри сорок пять лет, и у него умеренное слабоумие. Еще восемь лет назад он работал в офисе компании-поставщика, но когда Пол, его наставник и один из менеджеров, вышел на пенсию, Терри стало сложно продолжать работу. Уволившись, он поселился вместе с Полом, который стал о нем заботиться.

Терри довольно сообразителен. Он любит развлекаться, смотреть телевизор и ходить с другом на футбольные матчи. Он регулярно общается с матерью, братьями и сестрой. Терри помогает Полу в домашнем хозяйстве, а Пол готовит и планирует бюджет. Для того чтобы куда-то поехать, Терри не требуется помощь.

Недавно терапевт Терри отправил его в службу, занимающуюся проблемами слабоумия, поскольку Пол начал беспокоиться из-за своего здоровья. У него заболевание сердца и связанная с этим отдышка, и иногда ему приходится ложиться в больницу. Терри умеет набирать 999, чтобы вызвать «скорую помощь».

Сначала Терри и Пол встретились с психологом. Тот решил, что Терри может находиться в депрессии, и посоветовал им обоим поговорить с психиатром. Терри казался встревоженным и не слишком охотно шел на контакт. Пол не мог понять, что на него нашло: Терри не мог сосредоточиться, боялся есть, считая, что может подавиться, плохо спал и всюду следовал за Полом. Он никуда не ездил без Пола, а когда отправился на футбольный матч, то попросил уйти пораньше.

Пока Пол говорил, Терри мял руки, беспокойно глядя на Пола и психиатра. Когда Пол попросил рассказать, что именно он чувствует, Терри не смог ясно выразить свою мысль, однако поведал психиатру, что думал убить себя, приняв яд, и искал в кухонном шкафу чистящие средства, которые можно было бы выпить.

Пол рассказал о собственном заболевании и о том, как они вдвоем с ним справляются. Здесь Терри смог добавить, что боится мысли о переезде, если Пол вдруг умрет.

Примерно полгода назад Терри пытался найти другую работу. Поначалу все шло хорошо, но вскоре Пол заметил, что большую часть времени Терри проводит на складе и практически не общается с другими рабочими. Однажды он очень поздно вернулся домой, и Пол узнал, что в течение нескольких часов Терри оставался на складе в одиночестве. После этого он уволился, но, по мнению Пола, его уверенность пошатнулась.

Психиатр обсудил с ними текущие проблемы Терри. У того было тревожное расстройство — достаточно распространенная и излечимая психическая проблема. Пол и Терри взяли несколько

информационных буклетов. Очень важно, чтобы Пол понимал — Терри ничего не выдумывает, а Терри следовало знать, что он может почувствовать себя лучше.

Врач назначил Терри курс лечения антидепрессантами, за ходом которого станет следить социальная психиатрическая медсестра. По мере улучшения самочувствия Терри постепенно должен вернуться к занятиям, доставлявшим ему удовольствие до болезни. Кроме того, ему помогут выразить эмоции, связанные с заболеванием Пола и собственным будущим, когда Пол умрет.

Лечение помогло: у Терри сформировались хорошие отношения с медсестрой, и Пол рассказал психиатру, что Терри снова стал таким, как прежде. Пол и Терри решили, что примут помощь, чтобы поговорить о будущем, благодаря чему Терри сможет сделать собственный выбор.

Что такое слабоумие?

Слабоумие (или умственная отсталость) проявляется в слабости интеллекта (IQ менее 70), утрате ранее приобретенных знаний и (или) неспособности приобрести новые. Обычно такое состояние присутствует с рождения и влияет на возможности человека справляться с задачами повседневной жизни (способность к адаптации).

Исследование показывает, что взрослые и молодые люди со слабоумием значительно чаще страдают от психических заболеваний. Среди них наиболее распространенные психотические заболевания: шизофрения (см. *Шизофрения*), тревожное расстройство (см. *Тревожное расстройство и паническая атака*) и депрессия

(см. *Депрессия*). Страдающие слабоумием могут иметь поведенческие проблемы, включая агрессивность, срывы, накопительство, назойливость, склонность к разрушению и навязчивые ритуалы.

Многие пожилые люди страдают потерей памяти и деменцией (см. *Альцгеймера болезнь и другие виды деменции*). Это случается и с более молодыми людьми, но чаще — у пожилых со слабоумием.

Одной из основных сложностей в определении психического состояния человека со слабоумием являются проблемы в общении: психическое заболевание легче установить, когда у человека легкое слабоумие и хорошие коммуникативные навыки. Однако такие симптомы, как галлюцинации (голоса, которые человек слышит, хотя рядом никого нет) и бредовые представления (например, мания преследования), не всегда выражают себя так же, как у большинства людей. У человека с высокой степенью слабоумия на наличие психического заболевания могут указывать такие поведенческие особенности, как нанесение себе травм (см. *Самоубийство и самоповреждение*).

Существует несколько причин, которые делают людей с умственной отсталостью более подверженными развитию психических заболеваний. Иногда наблюдается семейная история таких состояний. Эпилепсия или какой-то физический недостаток (например, слепота) становятся поводом для исключения этих людей из социума.

Что нужно делать?

Если иной причины симптомов, наблюдающихся на протяжении нескольких недель, нет, следует рассмо-

треть вероятность психического заболевания. Иногда корнем психологической проблемы может служить физическое нездоровье, например низкая активность щитовидной железы (гипотиреоз) создает симптомы депрессии.

Семейные врачи помогут разобраться, связана проблема с физиологией или носит психологический характер. В последнем случае они направят пациента к специалисту по психическим заболеваниям и слабоумию.

Существует несколько подходов к лечению психического заболевания.

Медикаментозное лечение

Выбор лекарственного препарата зависит от формы расстройства. В целом используются следующие средства: антипсихотические, антидепрессанты, стабилизаторы настроения или противоманиакальные препараты и иногда (непродолжительным курсом) нейролептики.

У лекарств могут быть кратковременные или длительные побочные эффекты. Для близких пациента и для него самого важно знать о них, уметь менять дозу и представлять, что делать в случае непереносимости определенного препарата. Также необходимо учитывать, какие еще лекарства принимает пациент, чтобы избежать нежелательных и вредных для здоровья последствий.

Считается, что непосредственные симптомы болезни уменьшатся в течение 4 — 6 недель, но лечение может продолжаться нескольких месяцев. Большинство служб, занимающихся умственно отсталыми людьми, выпускает брошюры, в которых объясняются побочные эффекты лекарств и дается информация о препаратах.

В случае Терри антидепрессанты эффективно снизили тревогу и сняли проблемы со сном.

Разговорная терапия

Для таких расстройств, как депрессия, и при психотических состояниях очень эффективным может оказаться психологический подход.

В лечении людей с умственной отсталостью применяют когнитивно-поведенческую терапию, психотерапию (см. *Психотерапевтические и медикаментозные методы лечения*) или психологическую помощь. Общение между врачом и пациентом должно проходить на уровне, понятном и доступном больному. Другими средствами для облегчения понимания мыслей и чувств являются книги, фотографии или рисунки. Но для людей с серьезной умственной отсталостью даже такие подходы могут оказаться чересчур сложными, поэтому здесь может помочь изменение домашней или рабочей среды в контексте поведения — наблюдения.

С середины восьмидесятых годов прошлого века психиатры и психологи используют такой разговорный подход, как психодинамическая терапия (см. там же), но исследований ее влияния довольно мало. Некоторые сообщения о длительном использовании психодинамической терапии указывают на обретение пациентом большего эмоционального понимания и лучшего осознания того, что с ним происходит.

К другим видам разговорного лечения принадлежат семейная и групповая терапия (см. там же). Последняя зарекомендовала свою эффективность в работе с правонарушителями, а также с людьми, которым сложно справляться со своим гневом. В настоящее время возникает все больший интерес к предоставлению службами лечения умственно отсталых людей тех методов, что дали хорошие результаты в работе с остальными категориями пациентов.

Социальное взаимодействие

Люди со слабоумием реже заводят друзей, как среди умственно отсталых, так и среди нормальных, редко общаются или с трудом находят работу. Эта изоляция поддерживает симптомы их заболевания и приводит к еще большим проблемам. Важная часть лечения заключается в поддержке вступления пациентов в различные социальные группы, существующие в обществе.

Близкие и родственники таких пациентов нуждаются в информации о группах поддержки. Чтобы пройти через сложную систему социальных служб и понять, что помощи все же можно добиться, людям с умственной отсталостью и их близким необходимы схемы юридической защиты и дружеская поддержка.

Самопомощь

Людям со слабоумием и их близким помогают несколько организаций. Эти организации предлагают помощь и информацию о синдроме Дауна, синдроме Мартина — Белла и других. Организация для людей с умственной отсталостью «People First» предоставляет им информацию, обучение и практические советы, а также помогает в развитии навыков самозащиты.

Помимо этого, людям со слабоумием предлагают воспользоваться базовыми службами (например, «Hearing Voices Network»), где есть группы самопомощи для людей с психозами, а также для их близких.

Альтернативная терапия

Информации о влиянии альтернативной терапии на людей с умственной отсталостью и психическими проблемами крайне мало, однако существуют подходы, благодаря которым человек может расслабиться и почувствовать себя лучше: ароматерапия, йога, различные техники

релаксации, театральная или музыкальная терапия, акупунктура. Новое исследование говорит о том, что в лечении депрессии и тревожного расстройства эффективную помощь оказывает йога.

Какое лечение выбрать?

- О болезни и возможном лечении необходимо детально поговорить с врачом.
- Если врач выписывает лекарство, он должен предоставить адекватную и понятную информацию о продолжительности лечения и его побочных эффектах.
- Следует обсудить все, что связано с наблюдением за приемом лекарства и его дозой. Вероятно, что за состоянием пациента будет следить медсестра психиатрического отделения либо на дому, либо в амбулатории. Врач может посоветовать обратиться за психологической или психотерапевтической консультацией (КПТ).
- Иногда разговорную терапию используют до применения лекарственных средств.
- Важно не забывать, что большинство людей поправляется.
- Человек со слабоумием может нуждаться в помощи, чтобы встречи с врачом проходили правильно и понятно для пациента.
- Следует иметь в виду и другие проблемы, способствующие развитию психического заболевания (насколько подходит человеку его место жительства, достаточно ли ему помогают в повседневных делах).
- Помощь требуется и близким пациента, особенно семье, чтобы ее члены не чувствовали усталости или пренебрежения к себе. Временное помещение в интернат позволит отдохнуть и человеку со слабоумием, и членам его семьи.

Советы семье и друзьям

Люди, страдающие умственной отсталостью, имеющие психические отклонения, могут столкнуться с долговременными последствиями своей болезни, например утратить навыки и интересы, которые сложно будет восстановить (хотя Терри сумел это преодолеть). Близким следует знать, что давление на человека с целью вернуть его к прежним занятиям или обвинение в лени практически не способны решить проблему.

Улучшение общего качества жизни, разбивка задания на меньшие, понятные и легкодостижимые этапы, альтернативные способы изменения неприемлемого поведения — все эти подходы являются более эффективными.

Очень важно, чтобы семья и близкие узнавали симптомы, говорящие либо о начале развития, либо о рецидиве психического заболевания, и как можно скорее обращались к врачу.

Используя доступную информацию, пациенту следует помочь узнать как можно больше о его заболевании. Вместе с ним семья выстраивает план действий по улучшению самочувствия или решает, что следует делать, если возникнет рецидив психического заболевания. Заблаговременное решение таких проблем способно уменьшить стресс, связанный с госпитализацией.

Доктор Анджела Хассиотис

Заключение доктора Персоуда

Если психиатрия является наименее популярной медицинской специализацией, то умственную отсталость можно назвать Золушкой среди ее направлений. Из-за недостатка внимания к людям со слабоумием возникает

особая проблема: те, кто находится в пограничной зоне между низким и нормальным интеллектуальным уровнем, выпадают из поля зрения здравоохранительной системы и не направляются к тем специалистам, которые могут оказать помощь.

Другой ключевой проблемой является необходимость взаимодействия с образовательной системой и сложность в поиске школ, способных понять и обучить тех, кто находится на границе между низким и очевидно ненормальным интеллектуальным уровнем.

Умственно отсталые люди часто не способны защитить себя и свои потребности, поэтому крайне важно, чтобы здоровое большинство как можно активнее помогало развивать общественное понимание проблем тех, кому в жизни повезло меньше.

Литература

Королевский колледж психиатров предлагает литературу о психических заболеваниях, а также информацию для родных и близких о проблемах, связанных с психическим здоровьем: *www.rcpsych.ac.uk.*

Серия *Books Beyond Words* представляет более 25 иллюстрированных книг для людей с умственной отсталостью или проблемами в общении. Их можно заказать через сайт Королевского колледжа психиатров: *www.rcpsych.ac.uk.*

Сна нарушения

Женщина, у которой под кожей ползали насекомые

Шейле тридцать четыре года, она замужем, у нее полуторагодовалый сын. Сколько она себя помнит, у нее всегда были сложности со сном.

«Ребенком я чувствовала, будто у меня под кожей ползают насекомые — ноги страшно чесались, и это сводило меня с ума. Я звала на помощь родителей, они мазали ноги кольдкремом или оборачивали теплыми полотенцами, но лучше всего помогали мягкие хлопчатобумажные брюки и бег вокруг дома, чтобы отвлечься».

Будучи подростком, она часто засыпала в школе, из-за чего ее дразнили. В колледже проблемы со сном стали еще серьезнее. Преподаватели жаловались родителям, что она спит почти на каждом уроке и не выполняет домашние задания.

«Я закончила колледж, хорошо сдав лишь один экзамен. Однажды на работе я заснула прямо на полу под столом; еще я засыпала во время телефонного разговора и за рулем автомобиля. После десяти вечера я не могла продержаться долго и

спала в ресторанах, на вечеринках, даже в ночных клубах».

Шейла считала себя полной неудачницей. «Почему я не могут делать то же, что другие люди, и почему я засыпаю, когда пытаюсь читать?»

За свою жизнь она посетила множество врачей, по-разному объяснявших ее проблему. Наконец Шейла отправилась в специальную клинику сна, где группа специалистов в течение ночи проводила с ней тесты. Выяснилось, что у Шейлы расстройство под названием «синдром беспокойных ног»: во время сна ее ноги двигаются и дергаются, из-за чего в течение всего дня она постоянно хочет спать.

«Сейчас я лечусь и никогда не чувствовала себя лучше. Я выиграла местные соревнования по танцам и начала готовиться к получению степени».

Что такое бессонница?

Обычно у нас нет причин думать о сне. Сон — часть нашей жизни, которую мы принимаем как само собой разумеющееся. Но если мы не можем заснуть, это может превратиться в настоящую проблему. Время от времени у многих людей возникают трудности с засыпанием — бессонница. Чаще всего такое состояние продолжается лишь краткое время, когда человек обеспокоен или чрезмерно возбужден. Спустя несколько дней ситуация приходит в норму, и сон возвращается. Сон необходим, чтобы сознание и тело оставались здоровыми, а потому если человек продолжает плохо спать, то начинает замечать негативные изменения.

Существует несколько моделей бессонницы:
- ❖ сложности с засыпанием;
- ❖ прерывистый сон;
- ❖ слишком раннее утреннее пробуждение;
- ❖ сон не восстанавливает силы.

Бессонница приводит к:
- ❖ усталости, вялости, сонливости;
- ❖ отсутствию энергии;
- ❖ нарушению концентрации;
- ❖ раздражительности.

Почти треть людей, посещающих своих терапевтов, периодически сталкиваются с подобными проблемами, а десять процентов из них имеют долговременное нарушение сна. Примерно 30 — 40 процентов взрослых ежегодно сталкивается с бессонницей, а 10 — 15 процентов из них жалуются на длительную или тяжелую бессонницу.

Виды бессонницы

Острая бессонница. Трудности со сном продолжаются от одной ночи до нескольких недель. Часто это состояние вызвано эмоциональным стрессом или физическим дискомфортом. Его может вызывать необходимость спать или просыпаться вопреки биологическому ритму, например при сдвиге рабочих смен или пребывании в другом часовом поясе.

Хроническая бессонница. Сон нарушается в течение месяца или дольше с периодичность как минимум три ночи в неделю. Такое состояние могут вызывать различные проблемы со здоровьем, или оно возникает само по себе.

Бессонница, вызванная болезнью или психологическими проблемами. Бессонницу часто вызывают тревожное расстройство и депрессия. Другими распространенными причинами являются боль, неподвижность, затрудненное дыхание, деменция, беременность и менопауза. При многих заболеваниях (астма, язва желудка, проблемы с позвоночником) человеку становится хуже по ночам, и он не может полноценно выспаться.

Бессонница, вызванная лекарствами. Нарушения сна могут вызывать стимулирующие антидепрессанты, стероиды, спреи для носовой полости, бета-блокаторы, кофеин, алкоголь, никотин и наркотики (например, экстези).

Первичная бессонница. Если исключены все другие причины возникновения бессонницы, ее называют первичной. На возникновение первичной бессонницы могут влиять хронический стресс, перевозбуждение, плохая гигиена сна или плохой распорядок дня.

Что нужно делать?

Медикаментозное лечение

Многие годы в случае бессонницы используют снотворное, однако:

- ❖ оно действует недолго;
- ❖ на следующий день человек чувствуете себя уставшим и раздраженным;
- ❖ организм быстро адаптируется к препарату, так что для достижения того же эффекта приходится увеличивать дозу;

- ❖ наблюдаются случаи зависимости от снотворного: чем дольше человек его принимает, тем выше риск возникновения зависимости.

Существуют новые снотворные (золпидем, залеплон и зопиклон), но у них не меньше недостатков, чем у предыдущего поколения лекарств (нитразепам, темазепам и диазепам).

Разговорная терапия

Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) доказала свою эффективность в случае нарушений сна. КПТ направлена на изменение образа мышления и поведения. Эти перемены помогают человеку разобраться в своих мыслях и действиях, научиться управлять ими и улучшить самочувствие. В отличие от других разговорных методов лечения, КПТ сосредотачивается на проблемах и сложностях, возникающих здесь и сейчас (см. *Психотерапевтические и медикаментозные методы лечения*). В исследованиях по управлению сном отдается предпочтение короткому курсу лечения препаратвми в сочетании с обучающим курсом КПТ.

Самопомощь

Вот несколько советов, которые пригодились многим людям.

Правильно

- ❖ В спальне должно быть комфортно — не слишком жарко, не слишком холодно и не шумно.
- ❖ Матрас должен быть качественным: не очень жестким (чтобы бедра и плечи не испытывали давления) и не слишком мягким (чтобы тело не провисало). Матрас следует менять каждые 7 — 10 лет, так как он изнашивается и теряет свои качества.

- Упражняйтесь, но без излишнего усердия. Старайтесь регулярно плавать или ходить пешком. Лучшее время для упражнений — утро или вторая половина дня. Не занимайтесь по вечерам после 18.00.
- Прежде чем лечь в постель, расслабьтесь. Некоторым людям помогает ароматерапия.
- Если вас что-то беспокоит, и в данную минуту вы не можете переключиться с этой темы, запишите причину беспокойства и пообещайте себе разобраться с ней утром, когда проснетесь.
- Если вы не можете уснуть, встаньте и сделайте то, что обычно вас расслабляет. Почитайте, включите телевизор или послушайте тихую музыку. Через некоторое время вы должны ощутить достаточную усталость, чтобы снова вернуться ко сну.

Неправильно

- Долго не ложиться спать. Надо засыпать, когда чувствуется усталость, и каждый день просыпаться в одно и то же время, независимо от того, выспались вы или нет.
- Кофеин остается в организме много часов после того, как вы в последний раз пили чай или кофе. Не пейте их во второй половине дня. Если вам хочется выпить вечером чего-нибудь горячего, попробуйте молочный напиток или травяной чай (который не содержит кофеина).
- Не пейте много алкоголя. Он помогает заснуть, но, скорее всего, вы проснетесь посреди ночи.
- Не ешьте и не пейте на ночь. Поужинайте рано вечером, не откладывая ужин допоздна.
- Если вы плохо спали ночью, не спите днем — в этом случае вам будет гораздо сложнее заснуть вечером.

Другие нарушения сна

Синдром беспокойных ног

Несмотря на редкую диагностику, это распространенная проблема, для которой характерны неприятное ощущение в конечностях, возникающее в состоянии покоя, и непреодолимая потребность двигать ими. Такие ощущения могут сопровождаться периодическими движениями и часто мешают спать. Синдром вызывает дневную вялость, дискомфорт, нарушения сна и усталость. Часто он влияет на качество жизни человека.

Синдром беспокойных ног наблюдается у 5—15 процентов взрослых. Его легко определить путем наблюдения, например при помощи полисомнографии. Причиной этого синдрома может оказаться ряд заболеваний — диабет, болезнь Паркинсона, ревматоидный артрит, анемия, беременность, неврологические расстройства и некоторые лекарства. Его лечат клоназепамом и препаратами, применяемыми при болезни Паркинсона.

Нарколепсия

Это серьезное, но редкое заболевание, основным признаком которого являются приступы непреодолимой сонливости. Люди внезапно и бесконтрольно впадают в сон, длящийся от 30 секунд до 30 минут. Иногда приступы сопровождаются галлюцинациями или временным параличом. Нарколепсия способна негативно влиять на качество жизни, вызывая утрату мышечного тонуса и приступы сна в течение дня.

Больные часто засыпают в разгар выполнения важных дел, в том числе за рулем автомобиля или во время занятий спортом, за разговорами или на работе. Людей с нарколепсией часто настигает временный паралич, кото-

рый в случае падения может привести к травмам, поэтому заболевание считается достаточно опасным.

Диагноз нарколепсии ставят в клиниках медицины сна, где проводятся физические обследования.

Многие ученые, исследующие причины возникновения этого состояния, заинтересовались мозговым веществом — орексином, или гипокретином, недостаток которого наблюдается у больных нарколепсией.

Лечение заключается в регулярных физических упражнениях и регулярном ритуале отхода ко сну. В зависимости от симптомов, применяют антидепрессанты или препараты, усиливающие бессонницу, — например, модафинил.

Дневная сонливость

Повышенная дневная сонливость наблюдается при нарколепсии, но может иметь и другие причины, в том числе обструктивное апноэ сна и синдром беспокойных ног. Основными симптомами являются дремота и усталость, чрезмерная сонливость в течение дня, невозможность бодрствовать днем даже после хорошего ночного сна и засыпание в то время, когда следует быть активными и внимательными.

Это состояние может влиять на работу или увеличивать риск во время вождения автомобиля. Больные часто бывают расстроены и злятся, полагая, что их не понимают и считают, что они не стремятся к личному росту и обучению. Также у них наблюдается пониженная самооценка и, как результат, плохие личные отношения.

Обструктивное апноэ сна

Это заболевание, характеризующееся наличием храпа, периодическим спадением верхних дыхательных путей

на уровне глотки и прекращением легочной вентиляции при котором спящие люди временно перестают дышать. Большинство людей с апноэ во сне храпят, но не у всех храпящих наблюдается апноэ сна.

Нарушение сна в этом случае вызвано частым прерыванием дыхания и ведет к чрезмерной дневной сонливости, раздражительности, провалам в памяти, невнимательности, изменению характера и плохой работе, а также повышает вероятность несчастных случаев при вождении и работе с техникой. Снижение уровня кислорода в крови может привести к сердечным и другим заболеваниям, включая депрессию (см. *Депрессия*), смены настроения, потерю памяти, набор веса, импотенцию и головные боли. Увеличивается риск нарушений сердечного ритма, повышения давления, преждевременных сердечных заболеваний и инфаркта.

В этом случае помогает воздушная маска. Она накрывает область носа и нагнетает воздух под высоким давлением, чтобы дыхательные пути человека во время сна были открыты.

Расстройство циркадного ритма сна

При расстройстве фазы быстрого сна спящий человек может вскрикивать или делать активные движения, в результате которых иногда травмирует себя или окружающих. Такие вспышки происходят в фазе быстрого сна, когда появляются сновидения, и мышцы расслаблены, однако при таком расстройстве люди могут двигаться и действовать соответственно тому, что видят во сне.

В Британии это заболевание зачастую остается незамеченным и практически никогда не попадает в поле зрения врачей. Почти у 60 процентов пациентов с этим расстройством развивается болезнь Паркинсона.

Сомнамбулизм и ночные кошмары

В состоянии сомнамбулизма (лунатизма) человек поднимается с постели во время сна и выполняет какие-то действия, которые не осознает и не запоминает. Он дезориентирован и поэтому рискует себя травмировать. Сомнамбулизм иногда предваряется криком или ночным кошмаром, ускоренным сердцебиением и учащением дыхания. Если человек испытывает ужас, его движения становятся быстрее, он может натыкаться на стены или выскочить на улицу. Он не реагирует на окружающий мир так, как в состоянии бодрствования, но может громко кричать.

Попытка остановить спящего часто вызывает сопротивление. Когда он просыпается, то не помнит случившегося. От сомнамбулизма существует безопасное и эффективное лечение, как лекарственное, так и психотерапевтическое (см. *Психотерапевтические и медикаментозные методы лечения*), в том числе гипноз.

Доктор Иршаад Эбрахим

Заключение доктора Персоуда

Проблема со сном является одной из наиболее распространенных, с которой люди обращаются к врачам. В Великобритании снотворное выписывают едва ли не чаще всех остальных лекарств. Ирония в том, что большинство медикаментозных методов лечения рассматриваются сейчас как вторичные по отношению к нелекарственным методам. Множество препаратов становятся причиной бессонницы, если применяются слишком долго.

Нарушение сна может явиться ранним признаком других психологических проблем — чрезмерного бес-

покойства, тревоги (см. *Тревожное расстройство и паническая атака*) или депрессии, что часто упускают из виду врачи, торопясь выписать рецепт на снотворное.

Другая проблема состоит в том, что страх перед бессонницей, из-за чего люди требуют у врачей мгновенного излечения, в длительной перспективе сам может явиться причиной нарушения сна. Лучшим лечением может оказаться умение перетерпеть бессонницу — организм естественным образом стремится ко сну, если бодрствует слишком долго.

Литература

Get a Better Night's Sleep (Positive Health Guides), Ian Oswald and Kristine Adam, Optima, 1990

Insomnia: Doctor I Can't Sleep, Adrian Williams, Amberwood Publishing, 1996.

Beating Insomnia: How to Get a Good Night's Sleep, Chris Idzikowski, New Leaf Publications, 2003.

Сознание и тело

Сознание и тело в медицине

Взаимоотношения между телом и сознанием интересовали человека на протяжении столетий. Много лет западная медицина, уходящая корнями в естественные науки, рассматривала физические заболевания как биологическое явление, узнаваемое по аномальным признакам. Эмоции в практике современной медицины не принимались во внимание.

Болезнь без аномальных признаков до сих пор приводит врачей в недоумение. Однако заявления о «необъяснимых с медицинской точки зрения симптомах», то есть тех, конкретную причину которых найти невозможно, представляют как минимум 30 процентов среди всех обращений к врачам. Примеры этих болезненных состояний — хроническая усталость, хроническая боль и синдром раздраженного кишечника.

Новое исследование позволяет разобраться во взаимоотношениях между телом и сознанием, проливая свет на залог здоровья и источники болезней и помогая понять, как сознание (мышление, воображение, чувства и память) может менять физические процессы в мозге и влиять на тело (и наоборот). Последствия этих открытий для медицины просто невероятны, и они уже вносят свой вклад в создание новых способов сохранения здоровья.

Биохимия мозга

Нейротрансмиттеры

Мозг состоит из 10 миллиардов специализированных клеток — нейронов. Нейронная связь (передача информационных импульсов) осуществляется с помощью особых веществ — нейротрансмиттеров. Такие нейротрансмиттеры, как серотонин, адреналин и дофамин, оказывают влияние на многие физические и психологические функции, влияя на настроение, аппетит, уровень энергии, сексуальное влечение, сон и поведение. Уровень нейротрансмиттеров зависит от генофонда человека и его жизненного опыта (мыслей, настроения, поведения, отношений и т. д.).

Гормоны

Связь между мозгом и телом может быть и гормональной. Мозг дает сигнали о необходимости выделения гормонов, которые попадают в кровь и участвуют в различных функциях организма.

Некоторые из этих систем регуляции нарушаются под воздействием стресса и депрессии. Изменения могут повлиять на синтез таких веществ, как адреналин и кортизол, а также на иммунную систему и функцию нейротрансмиттеров (например, серотонина).

Нарушение баланса половых гормонов влияет не только на активность мозга, но и на его структуру. Постоянные гормональные нарушения оказывают негативное воздействие на мозг и тело.

Цитокины

Открытие цитокинов — информационных молекул, регулирующих межклеточные и межсистемные взаимодей-

ствия, определяющих выживаемость клеток и работу иммунной системы — произвело революцию в понимании связи между сознанием и телом. Цитокины регулируют размножение нервных клеток, влияют на гормональный уровень и на иммунную систему.

Найдено более ста цитокинов, и на многие из них оказывают воздействие стресс, тревога и депрессия.

Цитокины, гормоны и нейротрансмиттеры способны влиять на мозг, мышление, настроение и поведение, а также создавать широкий спектр физических симптомов. Эти естественные вещества называются *молекулами эмоций.*

Центральная нервная система

Мозг подает сигналы и воспринимает информацию от тела при участии центральной нервной системы. *Вегетативная (автономная) нервная система* (ВНС) является важной частью центральной нервной системы и не находится под произвольным контролем человека.

ВНС участвует в регуляции многих процессов, включая давление, сердечный ритм и температуру тела. Стресс вмешивается в целостную систему, вызывая физические симптомы.

Эмоции

Эмоции заряжают тело и потому могут властвовать над человеком, управляя его мыслями и поведением.

Реакция на мысли, образы или события у каждого человека индивидуальна и зависит от времени. Например, многим людям гораздо сложнее справляться с беспокойством, проснувшись среди ночи. Если несколько отрицательных событий происходит одновременно, если че-

ловек устает или обессилен, снижается его способность справляться даже с незначительными проблемами.

Настроение зависит и от интерпретации происходящего. Когда человек раздражен, он легко переходит на гнев, когда огорчен — вспоминает печальные события и погружается в негативные мысли; когда счастлив — обращает внимание на положительные стороны жизни. Стиль мышления может поддерживать позитивное или негативное эмоциональное состояние.

Приведем пример. Одинокая женщина читает вечером в спальне, как вдруг слышит звуки на первом этаже своего дома. Если она решит, что шум создает ее кошка, вряд ли это вызовет какую-то значимую физическую или поведенческую реакцию, женщина спокойно вернется к чтению. Однако если ей в голову придет мысль, что в дом проник грабитель, она испугается, в кровь попадет адреналин, и появятся симптомы, указанные в списке.

ВЛИЯНИЕ АДРЕНАЛИНА — ФИЗИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ, СВЯЗАННЫЕ СО СТРЕССОМ, БЕСПОКОЙСТВОМ, СТРАХОМ И ТРЕВОГОЙ

- ускоренное сердцебиение, дрожь, потоотделение, неустойчивость в ногах;
- мышечное напряжение, головные боли, негнущаяся шея, тяжесть в груди;
- затрудненное дыхание, головокружение, затуманенное сознание, онемение, покалывание в конечностях;
- обморок, тремор, ощущение «я не в себе», чувство отстранения или неясность мышления, затуманенное зрение;

- ❖ нарушение пищеварения, тошнота, изжога, диарея, синдром раздраженной кишки, сухость во рту, ком в горле;
- ❖ слабость, сыпь, частое мочеиспускание, бросает то в жар, то в холод.

Воспоминания

Адреналин — это гормон, который улучшает память, а также поступает в клетки мозга и тела, когда человек испуган или напряжен. Если попросить человека вспомнить основные «выдающиеся» события его жизни, он с большей вероятностью расскажет о тех, что вызвали у него сильные эмоции — страх, печаль, гордость или счастье.

«Воспоминания-вспышки» часто связаны с высоким уровнем эмоций, поэтому соответствующие ситуации запоминаются хорошо и подробно. Например, любой англичанин наверняка помнит, где был, когда услышал о событиях 11 сентября или о смерти принцессы Дианы.

Страх

Страх бывает полезным, когда его функция направлена на выживание. Он вызывает важные изменения в работе мозга и в организме и влияет на степень проявления реакции «дерись или беги». Изменения помогают человеку отреагировать в виде одного из трех типов поведения: «драться», «замереть» или «бежать».

Если система страха запускается слишком легко, несвоевременно или чересчур долго остается активной, у человека возникают трудности. Например, женщину ограбили в метро. Грабитель приставил ей нож к горлу, и она испытывает сильнейший страх, считая, что может умереть. В ее памяти откладывается множество контекстуальной информации — запах лосьона грабителя, его акцент, музыка, играющая в его плеере. Если через пол-

года, стоя в очереди, она ощутит запах того же лосьона, то почувствует страх и соответствующую физическую реакцию еще до того, как осознает сам запах.

Бессознательное
Некоторые страхи могут возникать благодаря информации, которую человек не осознает. Этот механизм объясняет, почему он внезапно, без очевидных на то причин, испытывает тревогу. Если человеку с арахнофобией (боязнь пауков) показать действующий на подсознание образ (изображение остается на экране столь краткое время, что его невозможно осознать), это может вызвать у него испуг.

Сила убеждения и эффект плацебо

Сила убеждений проявляется в повседневной жизни. Если человек испытывает неприятное ощущение в груди и считает, что слишком быстро съел обед, вряд ли его это испугает. Но если он решит, что боль в груди вызвана проблемами с сердцем, то, скорее всего, начнет беспокоиться и тщательно следить за этими симптомами. Тревога влияет на химию мозга, внимание фокусируется на угрозе, и организм начинает реагировать.

Плацебо создает измеримые перемены в аспекте биологии.

- Если человек знает, что другие люди (друзья или семья) молятся за него, это способствует положительным сдвигам в его самочувствии.
- Если человек считает, что ему дают анальгетик, облегчение боли от неактивного вещества наступает более чем в 50 процентах случаев.

- ❖ Плацебо влияет на те же области мозга, что активируются препаратами для лечения болезни Паркинсона, для снятия боли и избавления от депрессии.
- ❖ Алкоголь-плацебо способен повышать агрессивность, рождать тягу к алкоголю и сексуальное возбуждение.
- ❖ Если пациенты считают, что принимают снижающее вес лекарство, они действительно теряют вес, однако этого не происходит, если, по их мнению, они принимают плацебо.

Обратный эффект возникает, если человек считает, что нечто способно нанести ему вред. Это называется *эффектом ноцебо.*

Сила плацебо подкрепляется убеждением, окружающей обстановкой, доверием к вмешательству, связанным с ним ритуалом и отношениями с врачом.

Беспокойство

Регулярные отрицательные размышления о проблемах способны вызывать депрессию и тревогу. Когда человек обеспокоен, он чаще всего рассматривает худшие исходы ситуаций. Такие воображаемые сценарии только повышают уровень тревоги.

Если негативные мысли регулярно возвращаются, они образуют устойчивые межнейронные связи. Таким образом, человек «замыкает» собственную модель мышления в мозговой сети и получает к ней автоматический доступ.

Стресс

Реакция организма на стресс является нормальной и полезной для человека. Ситуации, требующие большого на-

пряжения сил, подталкивают его к активности (например, при подготовке к экзаменам). Что создает стресс для одного, может не оказаться стрессом для другого. Некоторые стремятся к определенным стрессовым ситуациям (таким, как затяжные прыжки с парашютом или прыжки с моста на эластичном тросе), а другие активно избегают их. Поэтому определение стресса зависит не только от его контекста, но и от его значения в жизни конкретного человека.

Пока давление или стресс не превышают определенный уровень, они стимулируют работоспособность и другие факторы, но когда они превышают этот уровень, то порождают отрицательные эффекты (раздражают, вызывают такие физические симптомы, как плохой сон или слабость). Эти эффекты показаны на графике, демонстрирующем, что в теории для каждого человека и каждого задания существует оптимальный уровень стресса, приводящий к наилучшему результату.

Стресс и тревога воспринимаются как физические симптомы, *поскольку приводят к* естественным биологическим реакциям и физическим изменениям в организме. Любитель прыжков с моста интерпретирует их как восторг, а человек, боящийся высоты, испытает чистый ужас.

В состоянии стресса и тревоги человек теряет много энергии, оставаясь эмоционально истощенным и уставшим.

Тяжелые стрессовые события могут вызвать депрессию. В состоянии стресса человек избегает проявлений активности и отходит от привычных занятий (см. *Стресс*).

Случай из практики

Алан, тридцати девяти лет, отец двоих детей, работает бухгалтером в большой фирме. Он всегда любил свою работу и считал свое место на-

дежным. Но у компании Алана выдался плохой год, и некоторые должности пришлось сократить. Нагрузка Алана возросла, так что теперь он работает дольше и беспокоится о потере рабочего места.

Жене Алана поставили диагноз послеродовой депрессии, а над его десятилетним сыном издеваются в школе. Алан хочет проводить больше времени с семьей, но считает, что обязан выкладываться на работе. На дорогу до работы и домой у него уходит три часа.

У Алана начинаются проблемы со сном: в течение дня он испытывает усталость, его концентрация и память ухудшаются. Он беспокоится, что снижение качества работы заметит начальство, и продолжает волноваться из-за возможного увольнения. Он пьет больше кофе, чтобы оставаться внимательным.

симптомы тревоги ⟷ **пугающие мысли**
плохая концентрация, «Я потеряю работу»
нарушения сна,
слабость, плохая память

В течение следующих недель Алан испытывает головные боли, ускоренное сердцебиение и тяжесть в груди. Эти симптомы беспокоят его, поскольку у отца Алана были проблемы с сердцем и он умер от инфаркта в возрасте чуть больше сорока лет. Алан начинает следить за своим сердцебиением, измерять пульс и изучать появляющиеся симптомы. Он обращает внимание: если его сердце начинает стучать сильнее, тревога сразу же усиливается.



Алан постоянно беспокоится о своей работе и состоянии здоровья. Он приходит к терапевту. Все анализы оказываются в норме, но он все равно считает, что с его сердцем происходит что-то серьезное.

Кроме этого, он волнуется из-за ослабления памяти. Беспокойство и тревога лишь усиливают симптомы, сон становится хуже, Алан чаще раздражается на работе и дома. Чтобы успокоиться и улучшить сон, он начинает больше пить.



Эмоции и сердцебиение

Стресс может влиять на работу сердца. Это приводит:

- ❖ к подъему давления и росту частоты пульса;
- ❖ к изменению электрокардиограммы.

Гнев может влиять на сердечный ритм и сокращение сердечных кровеносных сосудов.

Учащенное дыхание (обычный признак стресса и тревоги) способно вызывать головокружение, покалывание в конечностях и боль в груди; человек может задыхаться. Недавнее исследование доказывает, что стресс на работе повышает риск возникновения сердечных заболеваний и диабета.

Ось «мозг — кишечник»: интуиция и предчувствие

В западном мире «необъяснимые симптомы», возникающие в пищеводе, желудке или кишечнике, наблюдаются у каждого пятого взрослого. Стресс тесно связан с болью в брюшной полости и изменениями в работе пищеварительной системы.

На внутренних оболочках кишечника находятся рецепторы для так называемых «молекул эмоций», поэтому неудивительно, что эмоции и стресс могут вызывать изменения в пищеварении и перистальтике, а также в кровоснабжении кишечника. Множество эмоций создают внутреннюю или кишечную реакцию, и недаром говорят «нутром чую».

Беспокойство и тревога — естественные эмоции, и человеческий организм способен справиться с периодами стресса. Однако физические симптомы тревоги могут оказаться неприятными и пугающими. Их внезапное воз-

никновение часто становится источником страха и беспокойства, создавая замкнутый круг. К счастью, от стресса и тревоги существует эффективное лечение (см. *Стресс*; *Тревожное расстройство и паническая атака*).

Боль

Боль определяется как «неприятный чувственный и эмоциональный опыт» и часто пугает и причиняет страдания. Эмоции влияют на интенсивность испытываемой человеком боли. Горе, тревога и депрессия могут изменить болевой порог и повысить уровень воспринимаемой боли.

Утрата

У скорбящих близких родственников удваивается вероятность смерти в течение года по сравнению с родственниками, которые не поддаются скорби. Особенно это проявляется среди вдовцов.

Лечение

Одним из наиболее важных открытий последних лет является тот факт, что мозг изменяется в ответ на различные стимулы и может самовосстанавливаться. Точно так же как упражнения тренируют мышцы, а продолжительное бездействие вызывает потерю мышечной массы, так и нейронные связи могут укрепляться или слабеть.

Мы знаем, что определенные клетки мозга разрушаются под влиянием стресса и депрессии. Однако существуют яркие доказательства, что после избавления от этих проблем мозг восстанавливается.

Когнитивно-поведенческая терапия

Многочисленные свидетельства указывают на то, что влияние убеждений, модели мышления и поведения очень значительно в отношении физического и психического здоровья. Определенные принципы мышления и поведения фиксируются в виде схем и путей в мозге, которые закрепляются и автоматически активизируют сознание. Некоторые модели мышления и поведения могут быть разрушительными и вредными. Изменение этих отрицательных моделей — фундаментальная цель когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) (см. *Психотерапевтические и медикаментозные методы лечения*).

КПТ эффективно лечит многие состояния, включая тревогу, панические расстройства, посттравматическое стрессовое расстройство (см. *Посттравматическое стрессовое расстройство*), депрессию (см. *Депрессия*), синдром хронической усталости (см. *Синдром хронической усталости*), а также помогает восстанавливаться после сердечных заболеваний.

Медикаментозное лечение

Антидепрессанты могут активно влиять на участки мозга, связанные с настроением.

Важная роль любви и поддержки

Питание и тактильные ощущения — важные человеческие стимулы. Младенцы, проводившие много времени на руках, набирают вес быстрее, чем те, которых не берут на руки. Травмированные дети хуже растут, и есть свидетельство, что несчастья и страдания в детском возрасте негативно отражаются на здоровье взрослого человека. В некоторых исследованиях показана связь между насилием в детстве и рядом хронических заболеваний. На взрослого человека так же влияют прикосновения,

как и на ребенка. Исследование показывает, что пациенты, которых регулярно касаются близкие и друзья, скорее выздоравливают. Такие расстройства, как депрессия, связаны с неблагоприятной атмосферой в детстве и сейчас считаются факторами риска в ряде физических заболеваний. Растущее число хронических физических расстройств (синдром раздраженного кишечника, фибромиалгия, хронические боли и хроническая усталость) с большей вероятностью возникает у взрослых, испытавших эмоциональное или физическое насилие. Мы уже знаем, что широкий спектр хронических заболеваний (например, ишемическая болезнь сердца) связаны с перепадами настроения.

Брак, дети, время в компании людей, которые дороги, и чувство единства — хорошие предсказатели счастья. Человек — социальное существо, он получает радость от общения с окружающими, заботы и поддержки.

Социальная поддержка создает значимые преимущества для здоровья и защищает человека от отрицательного влияния стресса. Отсутствие социальной поддержки увеличивает риск появления заболеваний.

Сохранить здоровье помогают хорошие отношения с врачом. Исследования показывают, что понимание между врачом и пациентом побуждает к соблюдению советов, уменьшает количество выписываемых лекарств, улучшает мнение пациента о лечении, снижает частоту вызовов «скорой помощи», количество жалоб и судебных процессов.

Сочувствие важно для любых терапевтических отношений. Если человек видит, что его понимают, если знает, что его слушают, у него больше шансов поправиться или улучшить здоровье. При отсутствии счастья человеку кажется, что время тянется долго, на самом деле счастье увеличивает продолжительность жизни и повышает ее качество.

Сила позитивного мышления

В наше время растет интерес к позитивной психологии, положительным эмоциям и науке счастья, поскольку счастливые люди — более здоровые, думают быстрее и творчески подходят к решению проблем. Счастье имеет глубокое влияние на иммунную и вегетативную нервную систему, на гормональный уровень, болезни и общее самочувствие.

Что делает людей счастливыми? Точно не деньги: с 1950 года доход в Британии на душу населения увеличился в четыре раза, однако исследование показывает, что люди стали менее счастливыми.

Наилучшими источниками счастья и хорошего самочувствия оказываются уровень социального общения и социальной поддержки человека (его друзья, семья, общество, работа) и понимание смысла жизни.

Стимуляция позитивного мышления, интеллектуальные задачи и физические упражнения вызывают рост новых клеток мозга и улучшают здоровье. Упражнения помогают снять депрессию.

Когнитивно-поведенческая терапия перенастраивает мозг и создает нейронные пути для позитива. Существуют стратегии поддержки способности мозга к самовосстановлению, поскольку он положительно реагирует на заботу, добрую компанию семьи и друзей, хорошее отношение, упражнения, правильное питание и достаточный сон.

Сон

Сон необходим для нормального физического и душевного самочувствия. Цикл «сон — бодрствование» контролирует средний мозг, на который, в свою очередь, влияют гормоны. И стресс, и депрессия влияют на качество сна.

Почти все необъяснимые с точки зрения медицины симптомы связаны с нарушениями сна. Сон оказывает влияние на иммунитет и уровень гормонов в организме. Вероятно, что стресс действует на иммунную систему через нарушение сна. Отсутствие сна негативно отражается на концентрации, памяти и скорости реакции. Двадцать часов без сна сказываются на времени реакции человека таким же образом, как превышение нормы алкоголя в крови при вождении машины.

Выздоровлению после физического заболевания и решению любой психической проблемы существенно помогает регулярный и качественный сон.

Доктор Брайан Мэриен

Заключение доктора Персоуда

Суть отношений между сознанием, телом и мозгом заключается в том, управляет ли человек работой мозга через осознанное волевое усилие или является заложником нарушений в организме. Требуется ли принимать антидепрессанты, поскольку на биологические изменения в мозге необходимо воздействовать химическим путем (как, например, при воспалении легких, когда нужны антибиотики), или можно поправиться, лишь опираясь на собственную волю?

Точного ответа не знает никто. Согласно исследованию, такие проблемы, как депрессия, решаются двумя путями. Одновременный прием антидепрессантов и использование когнитивно-поведенческой терапии, предполагающей ответственность за мышление, поскольку оно влияет на эмоции, срабатывает лучше, нежели прием лекарств или терапия по отдельности.

До недавнего времени тесные отношения между сознанием и телом, эмоциями и заболеванием мало кто

признавал. Развитие неврологии, снимки мозга и другие научные открытия — лишь проблеск в сложных, часто не поддающихся наблюдению отношениях между мозгом, сознанием и телом.

Эмоции влияют на все области жизни. Они делают нас теми, кто мы есть, и являются прекрасным примером взаимосвязи тела и сознания. Они воздействуют на наше мышление и имеют физическую составляющую — могут быть приятными или болезненными, порождая удовольствие или страдание.

Эмоции важны для нашего выживания, поскольку мотивируют нас, побуждая что-то делать или не делать, и определяют качество нашей жизни.

Сейчас мы начинаем понимать, какую серьезную и значимую роль играют эмоции в нашем здоровье и благополучии. Знание об эмоциях и других способах связи тела и сознания должно являться элементом любой науки, касающейся физического и психического самочувствия. Нам еще только предстоит разобраться в близких и всеобъемлющих отношениях между сознанием и телом в каждом человеке.

«Природу тела можно понять только как целое; главная ошибка современного лечения состоит в том, что врачи разделяют душу и тело».

Гиппократ

Стресс

Женщина, которая чувствовала себя подопытной обезьяной

Кэтрин, пятидесяти пяти лет, служила больничным секретарем. Работала она очень много и гордилась своими высокими стандартами. Однако с недавних пор Кэтрин начала чувствовать переутомление. Правила обслуживания изменились, появилась необходимость заполнять больше форм, и количество менеджеров, чья единственная задача, кажется, заключалась лишь в наблюдении за ее работой, увеличилось.

Она решила обратиться к врачу, рассказав, что испытывает стресс, особенно на службе. «У меня такое впечатление, будто я подопытная обезьяна в клетке. Каждый раз, когда я выполняю задание, мне дают новое, более сложное, а потом и еще два».

Кэтрин больше не удовлетворяло качество ее работы. Она утратила уверенность в себе и, возвращаясь вечерами домой, беспокоилась о том, что сделала и чего не сделала. Раньше ничего похожего не происходило — она никогда не думала о подобных вещах. Теперь она не спала, страдала от головных болей и большую часть времени ис-

пытывала напряжение. Однако в обществе друзей или во время выходных Кэтрин чувствовала себя гораздо лучше. Она расслаблялась, напряжение пропадало, но за день до возвращения на работу возникало вновь.

Основная проблема Кэтрин заключалась в том, что работа, которой она всегда гордилась и от которой получала удовольствие, теперь вызывала в ней тревогу и стресс. Даже после курса обучения новой компьютерной программе, призванной облегчить ее труд, она все равно чувствовала себя по-прежнему.

Обследовавший ее врач нашел, что физически Кэтрин здорова, и назначил повторный визит через две недели. Он согласился с ее диагнозом, признав, что она страдает от стресса из-за проблем на работе, но вместо того, чтобы немедленно прибегнуть к лечению, он предпочел подождать. Множество людей, имеющих связанные со стрессом проблемы, поправлялись без медицинского вмешательства.

Когда Кэтрин вернулась через две недели, выяснилось, что лучше ей не стало. Она была все так же напряжена, не могла спать и при мысли о возвращении на работу впадала в панику. Врач передал ее медсестре, которая специализировалась на тревожных и стрессовых расстройствах. Кэтрин должна была научиться «отпускать» свои беспокойства с помощью расслабления, позитивного мышления и специальных упражнений.

Через два месяца Кэтрин было все так же плохо, и она не могла вернуться на работу. Ее направили к трудотерапевту; тот связался с психиатром, и они сошлись на необходимости провести курс когнитивно-поведенческой терапии. Благодаря

этому лечению Кэтрин почувствовала себя немного лучше, но на работе все равно испытывала напряжение, тревожность и не могла использовать введенные в практику новые технологии.

Работодатели Кэтрин предложили ей досрочно уйти на пенсию по состоянию здоровья. Буквально через несколько дней после принятия этого решения Кэтрин почувствовала значительное улучшение. «С моих плеч будто свалился огромный груз, — сказала она врачу, — и я знаю, что это не вернется».

Кэтрин с удовольствием занималась садоводством и расширила круг своих социальных занятий. Год спустя она оставалась здоровой и деятельной.

Что такое стресс?

Дать стрессу определение довольно непросто. В случае Кэтрин работа являлась предметом ее гордости, источником радости, однако именно работа оказалась основной причиной возникших проблем.

Стресс — один из наиболее распространенных терминов в медицине и один из самых неопределенных. Читая о заболеваниях, вы обнаружите, что многие из них бывают вызваны стрессом. К таким состояниям относятся:

- сердечные заболевания;
- язва желудка;
- синдром раздраженного кишечника;
- фобии;
- депрессия;
- некоторые формы артрита и мышечных болей;
- головокружение;

- мигрень;
- послеродовые осложнения;
- некоторые формы рака.

Чтобы создать все эти проблемы, стресс должен быть очень сильным.

Стресс — это общая реакция организма на очень сильное воздействие, будь то физическое или психологическое, а также соответствующее состояние организма в целом. Перегрузка выбивает его из равновесия: сознание и тело, обычно работающие слаженно, начинают проявлять неспецифические черты.

Когда находящуюся в стрессе Кэтрин попросили выполнить новое задание, она заволновалась и потерпела неудачу. Вызванные стрессом изменения сковали ее тело и сознание, из-за чего Кэтрин не справилась с новыми требованиями. До стресса таких проблем у нее бы не возникло.

Кэтрин замечала лишь тревогу и волнение. Сознание и тело говорили: «Угомонись — мы делаем столько, сколько можем, и не позволим тебе сделать больше». Сознание напоминало ей о серьезности перегрузки, стимулируя производство гормонов (веществ, находящихся в крови и влияющих на все части тела), поэтому ее тело также знало о стрессе.

Многие гормоны вырабатывает маленькие железы, расположенные рядом с почками. Из-за своего местоположения их называют надпочечниками. Они производят такие важнейшие гормоны, как кортизол, адреналин и норадреналин. Когда их вырабатывается слишком много, происходит следующее:

- сердце бьется сильнее и быстрее;
- кровь уходит от кожи к мышцам, и человек выглядит бледным, испытывает напряжение и дрожь;

- ❖ он страдает от головных болей и мышечного напряжения;
- ❖ нарушается мышление: он не может сосредоточиться и легко отвлекается;
- ❖ плохо спит;
- ❖ испытывает психологическую усталость и тревогу.

Теперь мы видим, почему Кэтрин не справлялась с новым объемом работы. В ее организме нарушился баланс; из-за плохого сна и слабой концентрации она работала с малой отдачей. Так возник порочный круг. Кэтрин нагружали работой, требующей высокой концентрации, поскольку задания были ей в новинку. Она не справлялась с дополнительной нагрузкой, ее тревожность возрастала, она работала хуже и менее эффективно. В конечном итоге она ушла на пенсию. Иногда все, что требуется для разрушения порочного круга, это краткий отдых или хороший отпуск, но в случае Кэтрин дело зашло слишком далеко.

Как отличить стресс от других проблем?

Сопутствующие стрессу чувства встречаются крайне часто и наблюдаются при многих других заболеваниях. Решая, является ли их подлинной причиной стресс, мы должны задать человеку три важных вопроса.

- ❖ Вы почувствовали напряжение и стресс с самого возникновения вашей проблемы?
- ❖ Происходило ли в вашей жизни что-то значительное незадолго до появления симптомов стресса?
- ❖ Можете ли вы определить, после чего возникают симптомы и после чего они уменьшаются?

Кэтрин без затруднений ответила бы на эти вопросы. Стресс нарастал постепенно, по мере увеличения нагрузки на работе, с которой прежде она хорошо справлялась. В ее жизни не было конкретного события, повлек-

шего за собой стресс, хотя свою роль в его появлении могли сыграть смена начальства или переезд в новое помещение. Кэтрин определила, что основным источником стресса являлась работа, поскольку во время отдыха или перерыва на любой срок ей становилось лучше.

Хотя в жизни Кэтрин не случалось никаких драматичных перемен, у других людей стресс часто начинался после серьезного инцидента — ограбления, потери работы или смерти родственника.

Большинство людей могут определить наличие стресса, но некоторым это не удается, а потому необходимо, чтобы кто-то им на указал на этот факт. Хорошим примером может быть трудоголик, который доводит себя до истощения, а потом затрачивает еще больше времени и сил, пытаясь наверстать упущенное.

Как стресс влияет на здоровье?

В наши дни каждый знает, что стресс может серьезным образом влиять на самочувствие. В случае Кэтрин он превратил одну из наиболее позитивных вещей в ее жизни (работу) в одну из самых негативных.

Из-за стресса отношение между работой и остальными сферами деятельности лишается привычного равновесия. Всем людям, чтобы оставаться здоровыми, требуется от 5 до 10 часов сна в сутки. Обычно между сном и бодрствованием существует естественный баланс, однако стресс нарушает это равновесие — человек меньше спит и хуже трудится.

Из-за нарушений в кровоснабжении органы тела работают хуже. Стресс вызывает целый ряд распространенных физических заболеваний:

- ❖ фибромиалгия (разновидность артрита);
- ❖ синдром раздраженного кишечника;

- нарушение сердцебиения;
- запор и диарея;
- давящая головная боль;
- головокружение и нарушения координации;
- повышенная утомляемость.

Длительные последствия стресса могут оказаться еще более разрушительными. Увеличивается риск смерти от сердечно-сосудистых заболеваний, несчастных случаев, самоубийства, инсультов и некоторых нервных расстройств. Стресс является триггером, запускающим процесс создания разных факторов, создающих серьезные проблемы.

Стресс может приводить к тому, что люди начинают больше пить. Алкоголь (по крайней мере, поначалу) неплохой транквилизатор и действительно может успокоить. Но если пить его слишком часто и слишком долго, это ведет к ряду проблем, многочисленным заболеваниям и ранней смерти.

Стресс способен влиять на питание. Существует поговорка: «Лучший транквилизатор — полная тарелка еды». Это правда, если человек устал после тяжелой физической нагрузки и целый день ничего не ел. Однако все иначе, когда он наедается после того, как просидел весь день в офисе, перекусывая жирными и насыщенными углеводами продуктами в те моменты, когда, по его мнению, на него никто не смотрит.

Изменения в питании вследствие стресса могут приводить к увеличению веса, повышенному холестерину и высокому давлению, поэтому в некотором смысле стресс влияет на повышение давления, но не является его прямой причиной.

Всегда ли стресс причиняет вред?

Нет, не всегда. Всем нам в жизни требуется какое-то разнообразие и перемены, а это включает в себя определен-

ный уровень стресса. Разнообразие и перемены могут вызывать стресс, но его действие зависит от двух факторов: личности и темперамента, а также от степени самоконтроля.

Существует две формы жизненного контроля — внешний контроль, когда человек вынужден что-то делать, поскольку ему так сказали, и внутренний контроль, когда человек сам решает, делать ему что-то или нет.

Какой тип контроля лучше подходит для стресса? Когда жизнь контролируют извне, стресс значительно сильнее, чем при осуществлении самоконтроля.

До недавних трудностей Кэтрин очень гордилась своей работой. И хотя на одном уровне контроль был внешним (ею управлял начальник, задававший правила работы и определявший суть ее задания), он ее устраивал, и Кэтрин имела возможность осуществлять самоконтроль. Но когда дополнительная работа вышла за рамки ее способностей, и появился временный прессинг, внешний контроль взял верх, породив порочный круг постепенного нарастания стресса.

Личность и судьба решают, окажется ли человек под внешним контролем или сможет осуществлять внутренний. Личность определяет характер и ту степень стресса, которую человек допускает в своей жизни.

Некоторые люди беспокойны от природы и хотят испытывать как можно меньше перемен. Они делают все возможное, чтобы поддерживать стабильность. Более активные любят изменения и стремятся использовать любые возможности для поиска новых ощущений, как дома, так и на работе, что часто связано с высокой степенью риска, но и с потенциально высокой отдачей. В свободное время эти люди нуждаются в ярких впечатлениях, а потому гоняют на модернизированных автомобилях или устраивают дикие вечеринки. Когда их

спрашивают, не страдают ли они от стресса, они искренне отвечают: «Нет, я не страдаю от стресса — я наслаждаюсь каждой его минутой».

Не следует считать, что какая-либо деятельность или некий набор обстоятельств являются или не являются стрессовыми. Невозможно измерить стресс в изоляции. Именно природа человеческой личности решает, несет ли какое-то событие стресс или нет.

Как справиться со стрессом?

Существует три способа справиться со стрессом:

- ❖ преодолеть вызывающую стресс проблему;
- ❖ избежать ее, используя другую стратегию;
- ❖ жить с ней.

В разное время Кэтрин испробовала все три подхода. Она попыталась справиться с вызывавшими в ней тревогу переменами, а затем прошла курс лечения по снижению стресса. Также она пыталась прибегнуть к третьему способу, вернувшись на работу и начав изучать новые навыки, однако это не помогло.

В конце концов Кэтрин нашла решение: избегать стрессовой ситуации и выйти на пенсию раньше положенного срока. Так она смогла с достоинством покинуть работу и уделять время своим увлечениям (например, садоводству), которыми не занималась из-за возникших сложностей.

Для снятия стресса человек может выбрать любое сочетание этих методов. Некоторые раз за разом встречаются с проблемой, пока не преодолеют ее. Другие всеми силами стремятся избежать столкновения с ней. Способ действия зависит только от личности.

«Вам надо смириться» — зачастую именно это слышат люди, живущие в постоянном стрессе, однако не стоит считать такие слова поводом для отчаяния. Умение жить со стрессом становится все более необходимым в мире, где невозможно избежать давления. Важно найти то, что помогает чувствовать себя лучше: интересные занятия в выходной день, родной дом, друзья и общение с ними. Обретение контроля над своей жизнью со временем сделает человека сильнее.

Не думайте о стрессе как о чудовище, которое безо всякого предупреждения набрасывается на человека, приводя в ужас. Стресс, скорее, похож на домашнее животное, не умеющее хорошо себя вести, как кошка, постоянно царапающая мебель, или собака, которая все время лает. Человек способен выдрессировать свой стресс так, чтобы он согласовывался с его желаниями, а когда это случится, недавняя угроза превратится в источник положительной силы и, в конечном итоге, неподдельного удовольствия.

Профессор Питер Тайрер

Заключение доктора Персоуда

Вопреки популярному убеждению, что современная жизнь вызывает больший стресс, чем жизнь в прошлом, существует иное мнение. С течением времени изменилось лишь то, как люди справляются со стрессом. Наши предки сталкивались с такими стрессами, как бубонная чума и нашествие римлян, а современные стрессы заключаются в электронном спаме и глобальном потеплении.

Возможно, мы испытываем больший стресс, чем кто-либо до нас, но не потому, что в окружающей среде гораздо труднее выжить, а потому, что мы лишились по-

мощи таких факторов, как религия, поддержка соседей, милосердие, и забыли о краткости жизни.

Вероятно, жизнь всегда была наполнена стрессом, но мы можем совершенствовать свои реакции на трудности, хотя для этого требуется особого рода адаптация. Умение приспосабливаться к стрессу связано с заботой о собственном душевном самочувствии, однако, кто именно должен взять на себя ответственность за психическое и физическое здоровье людей, все еще остается непростым вопросом современности.

Литература

Self Help for Your Nerves: Learn to Relax and Enjoy Life Again By Overcoming Stress and Fear, Claire Weekes, HarperCollins, 2000.

Тревожное расстройство и паническая атака

Мужчина, который никак не мог успокоиться

Тридцатичетырехлетний Робби стоял на остановке и ждал автобуса, чтобы отправиться на работу. Он слегка опаздывал, поссорившись с женой из-за поведения дочери в школе, и чувствовал напряжение и тревогу. Внезапно он ощутил как будто ком в груди; ему показалось, что в пальцах левой руки возникло покалывание. Робби читал, что боль в груди, уходящая в левую руку, может служить признаком инфаркта. Он серьезно забеспокоился, подумав о том, что случится с его семьей, если он больше не сможет работать или, того хуже, упадет замертво.

Дыхание Робби стало затрудненным, голова закружилась; ему показалось, что он теряет сознание. Пульс увеличился, боль в груди стала еще сильнее. Ему пришлось сесть.

Кто-то на остановке вызвал «скорую помощь», и его увезли в больницу. Робби сделали электрокардиограмму, и обследовавший его врач сказал, что сердце в порядке — скорее всего, это приступ

панической атаки. Врач направил Робби в кардиологическую клинику, но такое решение лишь усилило подозрение пациента, будто с ним случилось что-то серьезное.

Нормальные результаты ангиограммы его немного успокоили, однако он продолжал волноваться о состоянии своего сердца. Когда через несколько недель как гром среди ясного неба с ним случилась вторая паническая атака, он в крайней тревоге обратился к другому врачу.

История Робби — это история человека, который неправильно трактовал вызванные стрессом ощущения и развил негативную модель мышления. Она привела его к повторению панических атак, страху и повышенной озабоченности собственным здоровьем. Если б он знал, что это совершенно нормальная физическая реакция на большую чашку кофе за завтраком и на умеренный стресс из-за опоздания на работу и ссоры с женой, все бы осталось под контролем. Теперь же он находится на грани серьезного тревожного расстройства, которое при ранней диагностике можно было бы с успехом излечить.

Что такое тревожное расстройство?

Тревога — нормальное человеческое чувство, связанное с ощущением страха перед лицом угрожающей или сложной ситуации. Она может оказаться положительным опытом, стимулируя к действию и повышая внимание, если является частью реакции «беги или сражайся». Но когда тревога становится либо слишком интенсивной, либо слишком продолжительной, то превращается

в тревожное расстройство. В результате человек может утратить радость жизни, и качество его деятельности ухудшится.

Тревога — это чувство, которое у нас есть, а стресс (см. *Стресс*) — причина, по которой она возникает. Тем не менее стресс и тревогу часто считают одним и тем же явлением, что приводит к путанице.

Существует несколько видов тревожных расстройств.

Общее тревожное расстройство

Общее тревожное расстройство характеризуется крайней тревогой и беспокойством без каких бы то ни было очевидных причин. У человека наблюдаются физические (головная боль, боль в груди) или эмоциональные (усталость, напряжение) симптомы. Тревогу вызывает внешний стресс или внутренние проблемы. Такое состояние может продолжаться долго, хотя и меняться по интенсивности.

Паническая атака

Паника — внезапный, неожиданный приступ тревоги, часто сопровождающийся такими физическими ощущениями, как боль в груди, головокружение или затрудненное дыхание. Обычно это приводит к тому, что человек как можно скорее уходит из ситуации, в которой оказался. Испытывающий паническую атаку может излишне беспокоиться о значимости своих симптомов. Он начинает избегать событий, которые, по его мнению, приведут к новым паническим атакам. В наиболее серьезных случаях он вообще не покидает пределов дома, и у него развивается агорафобия (см. ниже).

Фобии

Фобия представляет собой сильную боязнь предмета (пауков, змей или меховых вещей) или ситуаций, кото-

рые неопасны и большинству людей не причиняют беспокойства. Фобии наблюдаются примерно у половины всего населения (см. *Фобии*).

Боязнь открытого пространства называется агорафобией. В самых тяжелых случаях люди становятся «привязанными к дому» и выходят за его пределы только в сопровождении второго лица, для надежности. Часто с этим бывает связана клаустрофобия (боязнь замкнутых и тесных пространств).

Социофобией называют боязнь каких-либо общественных действий (например публичных выступлений) либо действий, сопровождаемых вниманием со стороны посторонних лиц. Для людей, вполне нормальных во всех остальных отношениях, подобная черта может стать серьезной проблемой.

Тревожное расстройство могут спровоцировать и многие другие состояния, особенно депрессия, посттравматические стрессовые расстройства и неврозы навязчивых состояний (см. *Депрессия*; *Посттравматическое стрессовое расстройство*; *Невроз навязчивых состояний*).

В чем причина тревожного расстройства?

В развитии этого состояния участвуют два фактора.

- **Природные данные**, или генетическая предрасположенность: некоторые люди беспокойны от рождения, а другие расслабленны и легки в общении.
- **Текущие обстоятельства**, которые ведут к тому, что человек испытывает тревогу лишь под влиянием определенного фактора стресса.

Таким образом, к развитию симптомов тревожного расстройства приводит сочетание двух факторов: внутренней предрасположенности и внешних стрессоров.

Как это выглядит?

Тревожное расстройство — это сочетание страха и беспокойства по поводу того, что может случиться в будущем. Это состояние выражено в психологических (сознание) и физических (тело) симптомы.

Сознание

- постоянное беспокойство;
- отсутствие концентрации;
- раздражительность и усталость;
- нарушение сна.

Тело

- нарушение сердечного ритма, сильное сердцебиение;
- потоотделение;
- напряжение и боли в мышцах;
- затрудненное дыхание;
- головокружение и обмороки;
- нарушение пищеварения, диарея, частые позывы к мочеиспусканию.

Многие пациенты с физическими симптомами тревожного расстройства обращаются к терапевтам, но те не всегда определяют их как следствие психологических факторов. Такие пациенты часто ходят к врачам, жалуясь на легкие недомогания, у которых нет очевидной физической причины.

Что нужно делать?

Большинство людей с тревожным расстройством не обращаются к врачам по поводу своих симптомов. Они знают причину их появления, и чаще всего, когда проблемная ситуация разрешается, симптомы исчезают. Однако непонимание происходящего и сама реакция организма могут оказаться не меньшей проблемой, чем источник тревоги. Важно точно определить это состояние как самоограничивающий естественный физический и психологический ответ на фактор стресса. Не следует забывать, что люди *способны* контролировать развитие стрессового состояния.

Если симптомы более тяжелые, может понадобиться профессиональная помощь. Общую консультацию обычно дает терапевт. Когда этого недостаточно, возникает необходимость в лекарствах или структурированной терапии со специалистом (см. ниже). Если нет очевидных причин для такого состояния, следует исключить некоторые физические заболевания, которые имитируют тревожность (например, повышенную активность щитовидной железы).

Самопомощь

Если тревога относительно умеренная, достаточно просто понимать свое состояние и использовать простые техники расслабления. Не следует злоупотреблять алкоголем и такими стимуляторами, как кофеин. Очень хорошо помогают физические упражнения.

Существует множество групп самопомощи, а также книги и диски по теме душевного здоровья, которые продаются в книжных магазинах, магазинах здорового питания, в аптеках, публичных библиотеках и специальных организациях. В этих пособиях объясняется суть

болезненного состояния и предлагается простое руководство (техника) расслабления. К технике самопомощи следует обращаться в первую очередь, и часто для решения проблемы больше ничего не требуется.

Разговорная терапия

Обычно для работы с тревожными расстройствами предпочтителен именно такой подход. Разговорная терапия помогает отыскать глубинные причины тревоги (если они есть; ими могут оказаться внешние стрессы или жизненные проблемы). Разговор с психотерапевтом поможет разобраться и найти простое решение.

Если проблема оказывается более глубокой, следует прибегнуть к когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) (см. *Психотерапевтические и медикаментозные методы лечения*). КПТ помогает изменить принципы мышления и поведения пациента. Такие перемены позволяют ему разобраться, чтобы управлять своими мыслями и действиями, благодаря чему его состояние улучшается. В отличие от некоторых других форм разговорной терапии, КПТ сосредотачивается на текущих проблемах и трудностях. КПТ проводит психотерапевт, индивидуально либо в группе. Если это индивидуальный курс, он занимает от 5 до 20 еженедельных (или 1 раз в 2 недели) сеансов, которые обычно длятся от 30 до 60 минут.

Врач может попросить пациента отслеживать симптомы, чтобы понять, как меняется их тяжесть в зависимости от ситуации. Умение расслабляться позволяет снять напряжение и до некоторой степени контролировать самочувствие. Например, вы узнаете, что ускоренное сердцебиение — не признак инфаркта, а нормальный физиологический ответ здорового сердца на стресс. Если невозможно обойти источник напряжения, нужно постепенно приближаться к нему и научиться обретать

уверенность в ситуации (перед объектом), вызывающей стресс. Таким образом снижается степень тревожности.

Большую роль играет изменение негативного образа мышления. Вы можете полагать, что другие считают вас неудачником, и вы непременно провалите порученное задание. Однако, если хорошо подумать, в прошлом вы делали его хорошо, причем не хуже, а то и лучше других. Даже если результат будет не идеален, обычного качественного исполнения может оказаться вполне достаточно.

Психоаналитик (см. *Психотерапевтические и медикаментозные методы лечения*) работает с глубинными эмоциональными конфликтами. Он помогает выяснить, почему в определенных ситуациях человек подвержен влиянию тревоги и как они связаны с тревогами прошлого. Например, вы можете испытывать беспокойство и страх в близких отношениях. На сеансах психоанализа вы углубляетесь в прошлое, находя источник своих проблем во взаимоотношениях с родителями и, возможно, в их жестоком обращении с вами. Психоаналитическая работа — сложный, длительный процесс, который не может сразу избавить вас от симптомов, но приводит к пониманию развития ваших проблем. Когнитивно-аналитическая терапия (КПТ) сочетает в себе психоанализ и особую технику.

Терапия — активный процесс, и человек должен работать над проблемами самостоятельно. Однако на это способен не каждый.

Медикаментозная терапия

Препараты, которые может выписать терапевт, помогают контролировать симптомы, но не всегда решают проблему, связанную с их возникновением. Поскольку высококлассных психотерапевтов довольно мало, в серьезных

случаях лекарства позволяют управлять состоянием пациента, пока не сработает психотерапия. Для лечения наиболее тяжелых симптомов существует целый ряд препаратов.

Бензодиазепины. Диазепам (валиум) и лоразепам, а также снотворные, темазепам и зопиклон, весьма эффективно облегчают симптомы и действуют уже через пару минут, быстро снимая приступ панической атаки. Недостаток этих лекарств состоит в том, что должным образом они действуют лишь в течение нескольких дней или недель. Существует и риск развития зависимости, когда человек не может прекратить прием лекарств, хотя чувствует себя лучше. Таким образом, эти спорные препараты имеет смысл использовать лишь изредка или на протяжении кратких промежутков времени.

Бета-блокаторы (такие, как пропранолол) контролируют сердцебиение и физиологические симптомы тревожного состояния и особенно хорошо помогают в состоянии беспокойства, связанного с исполнением чего-либо (перед экзаменами, в том числе на право вождения автомобиля), поскольку не имеют серьезного воздействия на психику. Влияние этих лекарств относительно безопасное и мягкое, а потому их выписывают пациентам с больным сердцем для продолжительного лечения повышенного давления.

Антидепрессанты широко применяют для контролирования симптомов тревожного расстройства. Они помогают при социофобии, снижая частоту и тяжесть панических атак. Не являясь средством излечения, они снижают интенсивность симптомов до управляемого уровня, когда тревожность исчезает либо сама по себе, либо благодаря применению дополнительных подходов к работе с

ее глубинными причинами. К другим лекарствам против тревожности относятся буспирон и прегабалин.

Врачи выписывают транквилизаторы в малых дозах, опасаясь формирования зависимости. Транквилизаторы облегчают некоторые симптомы тревожного расстройства.

Альтернативная терапия

Существуют физические и нелекарственные способы справиться с тревожностью и связанными с ней проблемами, однако эффективность большинства этих подходов не доказана. К методам альтернативного лечения относятся акупунктура, массаж, травяные настои и пищевые добавки. Многие простые настои свободно продаются в аптеках и действуют как снотворные и легкие успокоительные средства. Весьма популярными средствами являются рыбий жир и фолиевая кислота. Упражнения и здоровый образ жизни — важные составляющие любого подхода к лечению.

Советы семье и друзьям

Семья поддержит человека, страдающего тревожным расстройством, если будет поощрять потребление алкоголя лишь в умеренных дозах и гасить проявления деструктивного поведения. Часто близкие и друзья помогают человеку решиться на встречу с психотерапевтом. Нельзя стимулировать в человеке тревожность, потакая ему, если он стремится избегать сложных ситуаций. Это может перерасти в агорафобию. В человеке следует поддерживать желание противостоять страхам, структурируя их форму, а не прятаться от них.

Доктор Космо Халлстром

Заключение доктора Персоуда

Тревожность — одно из наиболее отвратительных ощущений в пантеоне психологических расстройств, и нет ничего удивительного, что большинство из нас сделает все, чтобы его не испытывать, и постарается мгновенно выйти из порождающих его ситуаций.

Что касается лечения, есть новости и плохие, и хорошие. Сначала плохие: наиболее эффективные методы лечения ставят человека перед его собственными страхами, то есть в те ситуации, которых он предпочел бы избежать.

Хорошие новости: все тревожные расстройства полностью излечимы благодаря методу постепенной провокации. Здесь важно найти индивидуальный подход. Для этого нужен терапевт с умением мотивировать, способный побудить человека делать то, чего он делать не хочет. Однако самым удивительным в методе постепенной провокации является то, что его можно применить без участия терапевта.

Литература

Living With Fear, Isaac Marks, McGraw Hill Education, 2005.

Anxiety: Your Questions Answered, Trevor Turner, Churchill Livingstone, 2003.

Фобии

Женщина, которая три года не выходила на улицу

Двадцатиоднолетнюю Шэрон направил ко мне ее терапевт. Она объяснила: «Если я выхожу из дома, то начинаю так сильно волноваться, что просто застываю на месте. У меня кружится голова, дыхание учащается, в ногах возникает напряжение, и все мое тело парализует страх. Такое впечатление, будто на самом деле я нахожусь не там и все вокруг меня не настоящее.

Это началось три года назад, когда по пути на собеседование у меня случилась паническая атака. На работу меня так и не взяли. С тех пор я избегаю людных мест. Поначалу я не могла сесть в автобус, войти в церковь или в супермаркет. Затем все ухудшилось настолько, что я даже боялась ездить на машине, если только не была хорошо знакома с водителем. За последние три года я вообще никуда не выходила!»

Шэрон выросла в совершенно обыкновенной среде. Она была счастливым ребенком и хорошо училась в школе. После ее окончания и неудачно-

го собеседования у нее началась агорафобия. На протяжении трех лет она не вела никакой социальной жизни, хотя некоторые друзья заходили к ней в гости.

Через год после начала агорафобии Шэрон приступила к курсу индивидуальной психотерапии. «Терапевт сказал, что моя проблема связана с возникшим в детском возрасте ощущением опасности. Я должна была об этом рассказывать, а терапевт большую часть времени молчал. Я не знала, что сказать, и тоже молчала. Потом он решил поговорить с моей семьей. Думаю, родителям хотели дать понять, что вина за случившееся лежит на них. Все это оказалось пустой тратой времени, и мы прекратили встречи».

Шэрон уже читала книгу об агорафобии и сказала, что ей понравился метод систематической десенсибилизации. «Мне нравится мысль о постепенном привыкании к тому, чтобы снова выходить на улицу, но что бы вы ни делали — никакой психотерапии и никаких лекарств».

Я объяснил Шэрон, что систематическая десенсибилизация предполагает постепенное избавление человека с фобией от страха перед объектом. Сейчас такое лечение представляется несколько старомодным. Вместо этого я рекомендовал ей провокацию фобии. Перед следующей нашей встречей через две недели я убедил Шэрон согласиться совершить короткую прогулку до дома ее подруги, причем сделать это дважды.

Во время своего следующего визита она с улыбкой произнесла: «Все оказалось так просто, что даже пугало!» Шэрон удивилась своему успеху в

выполнении задания, но на практике все прошло не так уж и гладко. Она была вынуждена выходить на улицу ночью (яркий свет для агорафобов часто является проблемой) вместе с матерью (благодаря спутникам фобическая ситуация переносится спокойнее), а отец должен был отвезти ее на машине обратно.

Следующее домашнее задание заключалось в совершении той же прогулки днем, без матери. Шэрон смогла сделать и это: для большинства людей шаг незначительный, но для нее — большой.

На этом этапе лечение казалось довольно простым. Она выходила на улицу, преодолевала все увеличивающиеся расстояния (по возможности в одиночестве) и заходила в парки и супермаркеты. Однако вскоре все пошло не так, как планировалось.

На нашей шестой встрече Шэрон рассказала: «Я вернулась к тому, с чего начала. В последние выходные мои родители уехали отдохнуть, оставив меня дома одну. Я начала представлять, что может случиться, если я пойду на улицу, и это вернуло меня к старому состоянию. Я больше никуда не выхожу».

Шэрон описала «преждевременную тревогу», которая заключается в следующем: чем больше человек думает о негативных вещах, тем хуже ему становится. Один из способов избавления от преждевременной тревоги — метод двух списков. Пациент создает перечень того, что может случиться, а рядом пишет рациональные ответы.

Преждевременная тревога	Рациональный ответ
❖ Если я выйду на улицу, то упаду в обморок.	❖ Когда я выходил на улицу, ничего не случалось.
❖ Если я выйду на улицу, у меня закружится голова.	❖ У меня может закружиться голова и в доме, но, если я подожду, все пройдет.
❖ Если я выйду на улицу, то умру.	❖ Я все еще жив после своего последнего выхода.

Через шесть сеансов по тому же плану прогресс был все еще незначительным. Шэрон даже попыталась предпринять путешествие на поезде, но на платформе у нее случился приступ паники. «Я просто замерла... это длилось несколько секунд. Потом все вокруг стало казаться нереальным. Возникло странное головокружение. Казалось, я не могу идти прямо. Это понизило уверенность в том, что я вообще способна выходить на улицу».

На этой стадии я понял, что Шэрон необходимо справиться со своими паническими атаками, и поможет ей в этом лекарство, обычно применяемое для лечения депрессии, — имипрамин. Она согласилась, несмотря на предыдущий отказ от любого медикаментозного вмешательства.

Через три недели Шэрон смогла совершить в одиночестве еще одну прогулку. После этого она согласилась отправиться в магазин на 45 минут и сделала это, не испытав панической атаки. Шэрон

продолжала прогрессировать, и вскоре она начала посещать церковь и пользоваться общественным транспортом.

Что такое фобия?

Большинство людей чего-нибудь да боятся, однако фобией считается иррациональный страх. Такие люди испытывают повышенную тревогу в тех ситуациях, которые для большинства людей кажутся совершенно обычными.

К распространенным фобиям относятся агорафобия (страх открытых пространств, людных мест и общественного транспорта), социофобия (страх перед социальными мероприятиями), зоофобии (боязнь животных), а также, например, страх перед грозой и полетами на самолетах.

Фобии разрушают нормальный уклад жизни, поскольку человек начинает избегать ситуаций, в которых испытывает тревогу. Со временем проблема может только усугубиться. Из-за неспособности контролировать иррациональные страхи он начинает чувствовать себя глупо и неадекватно.

Не совсем понятно, как подобные страхи возникают, но они всегда связаны с высоким уровнем тревоги (см. *Тревожное расстройство и паническая атака*). Вместо поиска причин большинство методов лечения сосредотачивается на постепенном обучении пациента контролировать свой страх.

Естественное течение фобии

Фобия может полностью исчезнуть спустя несколько дней или недель, но если оказывается устойчивой, то способна длиться год и больше; в этом случае вероят-

ность ее полного исчезновения без медицинского вмешательства практически равна нулю.

Насколько распространены фобии?
Примерно один из десяти человек на каком-то этапе своей жизни имеет причиняющую неприятности тревогу или фобию. На агорафобию приходится 60 процентов всех фобий, и чаще всего она возникает у молодых женщин.

Могут ли фобии передаваться по наследству?
«У моей матери (или моей тети) была сильная агорафобия. Означает ли это, что рано или поздно такая фобия возникнет и у меня?» Подобные вопросы часто задают родственники пациентов с фобиями. Есть свидетельства, что агорафобия действительно наблюдается в семьях, особенно среди родственных друг другу женщин. Причина этого неясна.

Ошибочные представления о фобиях
- При депрессии человек часто не желает выходить на улицу или встречаться с людьми (см. *Депрессия*). Не следует путать такое состояние с фобией, оно лечится иначе.
- Навязчивое состояние (см. *Невроз навязчивых состояний*) и так называемый дерматозный бред могут быть очень похожи на истинные фобии, но тем не менее требуют другого подхода.
- Некоторые виды эпилепсии, гиперактивность щитовидной железы и другие редкие заболевания могут имитировать фобии.
- Иногда стресс создает панику и симптомы, напоминающие фобию (см. *Стресс*).

Помните: при любых сомнениях следует обратиться к профессионалу.

Как это выглядит?

При наличии фобии человек испытывает сильную тревогу, возникающую только в определенных и пугающих ситуациях. Например, если он боится собак, то чувствует себя хорошо, когда никаких собак поблизости нет. Если же он знает, что может повстречать собаку, одно только предчувствие этого события способно вызвать сильную тревогу, приводящую к уклонению от ситуации. Тревога провоцирует один или несколько приведенных ниже симптомов:

Психологические

- ❖ постоянное беспокойство;
- ❖ усталость;
- ❖ отсутствие концентрации;
- ❖ раздражительность;
- ❖ плохой сон.

Физические

- ❖ сильное сердцебиение;
- ❖ потоотделение;
- ❖ мышечное напряжение и боли;
- ❖ тяжелое дыхание;
- ❖ головокружение;
- ❖ обмороки;
- ❖ несварение пищи;
- ❖ диарея.

Эти симптомы могут выглядеть как признаки физического заболевания. Внезапный сильный приступ тревоги называется паникой (см. *Тревожное расстройство и паническая атака*). Паника бывает крайне болезненной и часто служит причиной обращения к врачу.

Есть ли у людей с фобиями другие проблемы?

Не следует недооценивать влияния фобии на жизнь. Человек может не покидать дом при агорафобии или с трудом идти на общение при социофобии. Это приводит к

социальной изоляции, а в дальнейшем к депрессии и отсутствию полноты жизни.

Депрессия выражается в раздражительности, трудностях с засыпанием, отсутствии энергии и мрачном, безысходном настроении. Пациенты с агорафобией часто испытывают депрессию, однако, если вылечить депрессию, симптомы фобии останутся.

Человек с агорафобией может переживать ощущение нереальности происходящего и пребывания вне своего тела. Это называется дереализацией и деперсонализацией.

Что нужно делать?

Лечение фобии может проводиться как самостоятельно, так и с помощью врачей-профессионалов.

Самопомощь

Человек сможет управлять тревогой, связанной с фобией, используя три золотых правила:

- ❖ тревога неприятна, но не причиняет вреда;
- ❖ со временем тревога снижается;
- ❖ положение дел улучшается с практикой.

Эти правила человек может применить к себе лично, выбрав практические шаги, которые помогут в его случае.

Тревога неприятна, но не причиняет вреда

Людям часто кажется, что во время приступа тревоги они могут умереть, поскольку ее симптомы очень неприятны и вызывают дискомфорт: потение, сухость во рту, затрудненное дыхание, сильное сердцебиение (см. *Тревожное расстройство и паническая атака*).

Доказать, что от этого человек не умирает, очень легко — нужно всего лишь сделать физическое упражнение, порождающее схожие ощущения. Самый обычный бег на месте в течение десяти минут вызовет у большинства людей некоторые из этих симптомов. Обычно после такого упражнения физически здоровые люди не умирают.

Другой способ доказать самому себе, что тревога не причиняет вреда, — вспомнить о нормальной тревоге, которую можно испытать в действительно пугающей ситуации.

Со временем тревога снижается

Необходимо оставаться в фобической ситуации до тех пор, пока тревога не снизится. В случае агорафобии надо находиться в супермаркете до уменьшения тревоги, обычно это занимает от получаса до часа. Краткое появление в магазине обостряет тревогу, поэтому нельзя покидать его уже через десять минут после прихода, хотя наверняка захочется это сделать.

Положение дел улучшается с практикой

Учиться преодолевать тревогу — тяжелая работа, поскольку модели поведения, которые человек пытается разрушить, формировались годами.

Вспомните, когда вы осваивали что-то сложное в повседневной жизни. Легко ли вам было научиться водить машину или, например, печатать? Сколько практических усилий вы в это вложили?

Процесс «забывания» фобии следует рассматривать как особый вид обучения, стремление избавиться от установленных моделей поведения, созданных годами ранее. Каждый помнит: разучившись что-либо делать, потом можно легко восстановить навыки (например,

перейти на другую клавиатуру пишущей машинки). Старые привычки очень живучи.

Практические шаги

При самопомощи результаты возникают не так быстро, как в работе с профессиональными терапевтами, но принципы здесь схожие. Человек заставляет себя находиться в фобической ситуации достаточно долго, чтобы тревога снизилась. Для этого предпринимается серия последовательных шагов.

Одна пациентка составила следующий план преодоления агорафобии, длившейся тридцать пять лет.

1. Открыть входную дверь и подойти к закрытым садовым воротам (примерно 20 метров).
2. Подойти к садовым воротам и открыть их.
3. Подойти вместе с собакой к почтовому ящику на углу улицы (около 50 метров от ворот).
4. Подойти вместе с собакой к магазинам на углу (примерно 100 метров).
5. Войти в магазин вместе с собакой.
6. Повторить пункты 3 — 5 без собаки.
7. Войти в торговый центр и посетить большие магазины.

Познавательный подход к самому себе

Часто люди предлагают человеку собраться, но это не помогает. Следует подумать о том, что он себе говорит и помогают ли эти слова справиться с проблемой. Например, идя по улице, он чувствует легкое головокружение и думает: «У меня кружится голова — значит, скоро я упаду в обморок. В любую секунду я потеряю над собой контроль и выставлю себя полным дураком. Возможно, у меня случится сердечный приступ или я умру».

Этот негативный разговор с собой не помогает; терапевты называют такой способ мышления «подогрев сим-

птомов». Лечение заключается в испытании каждой негативной идеи для доказательства крайне низкой вероятности ее появления в реальности.

Медикаментозное лечение

Многие пациенты не желают принимать лекарства, чтобы избавиться от своих фобий. Другие, наоборот, уверены, что именно лекарства решат их проблему. Истина находится где-то посредине. Существуют определенные классы лекарств, способные облегчить некоторые аспекты фобических расстройств.

Малые транквилизаторы

Небольшие дозы диазепама (валиума) помогают некоторым пациентам войти в пугающую ситуацию, чтобы далее работать с провокацией страха. Опасность этого класса лекарств заключается в том, что на них вырабатывается зависимость.

Антидепрессанты

Антидепрессанты часто применяются в сочетании с когнитивно-поведенческой терапией (КПТ, см. ниже), особенно если у человека отсутствует уверенность для входа в пугающую ситуацию и он страдает от панических атак.

Существует три класса антидепрессантов: трициклические антидепрессанты (ипипрамин), ингибиторы обратного захвата серотонина (флуоксетин) и ингибиторы моноаминоксидазы (фенелзин).

Бета-блокаторы (пропранолол) дают полезный эффект, замедляя активность нервной системы. Людям, у которых основными симптомами являются дрожь, учащенное сердцебиение или диарея, могут помочь бета-блокаторы в сочетании с КПТ.

Разговорная терапия

Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ)

КПТ направлена на изменение принципов мышления и поведения. Эти перемены помогают человеку разобраться в своих мыслях и действиях, научиться управлять ими и, наконец, почувствовать себя лучше. В отличие от других разговорных методов лечения, КПТ сосредотачивается на проблемах и сложностях, возникающих здесь и сейчас, вместо того чтобы искать причины фобии в прошлом. Такая терапия способна повлиять на то, как человек думает и действует (см. *Психотерапевтические и медикаментозные методы лечения*).

КПТ зарекомендовала себя как метод успешного лечения фобий. Она предоставляет возможность поговорить о том:

- что человек думает о себе и своей социальной ситуации;
- как его поступки влияют на его мысли и чувства.

КПТ могут проводить врачи общей практики в амбулаторных условиях и психиатрических клиниках.

Советы семье и друзьям

Партнер человека с фобией должен понять, что уклонение от действий, вызывающих страх, только усиливает его, а потому не следует, например, освобождать своего партнера от походов в магазин. Лучше разобраться в принципах терапии и побудить человека встретиться с фобической ситуацией лицом к лицу.

Люди часто спрашивают: «Что у меня останется, если моя фобия исчезнет? Не займет ли ее место кое-что по-

хуже?» Свидетельств этому нет. Жизнь человека становится значительно полнее и счастливее.

Планирование будущего должно стать важной частью лечения. По мере ослабления симптомов агорафобии у человека появляется время делать то, о чем прежде он даже не мечтал. Важной частью восстановления этого человека будет планирование этих занятий: посетить свою семью и соскучившихся друзей, которым раньше приходилось его навещать. Настало время продолжить учиться, вернуться на работу или, если потребуется, пройти курс переподготовки.

Доктор Ричард Стерн

Заключение доктора Персоуда

Каждый из нас испытывал тревогу, и она имеет более широкое распространение, чем депрессия, несмотря на то что последняя чаще упоминается в прессе и широко представлена в популярной культуре.

Одним из показателей того, что тревога превращается в болезнь, является ее вмешательство в нормальную жизнь, работу и отношения. Например, человек с агорафобией становится настолько тревожен, что больше не может выходить на улицу.

Лечение фобий ориентировано на пребывание человека в ситуации, которой он избегает. Метод не пользуется популярностью у пациентов, но научные исследования четко и ясно утверждают: прямое противостояние объекту страха значительно эффективнее, чем обычный разговор о том, что вселяет тревогу.

Литература

The Feeling Good Handbook, David Burns, Penguin Books, 2000

Шизофрения

Человек, за которым следили спецслужбы

Со Стивеном все было в порядке, пока ему не исполнилось девятнадцать. Он хорошо учился в школе и прекрасно сдавал экзамены. Вспоминая то время, он рассказывает, что был более застенчивым и чувствительным, нежели его одноклассники, хотя и не настолько, чтобы это кто-то заметил. В детстве у него было несколько хороших друзей, но, когда семья переехала в город, он стал одинок.

Стивен поступил в университет и с головой ушел в книги и учебники. Однако вскоре у него возникло «странное» чувство, что все «не совсем в порядке».

Стивен ни с кем не делился этим чувством, но больше не мог столько читать. Он перестал приезжать домой на выходные и слонялся по квартире, часто не умываясь на протяжении многих дней. Вначале он скрывал происходящее, но постепенно становился все более раздражительным и нетерпеливым. Его одолевало «странное» чувство. Семья и друзья обвиняли Стивена в том, что он от них от-

далился, после чего он практически прекратил с ними общаться и стал жить совсем уединенно.

Однажды, проезжая на автобусе мимо полицейского поста, Стивен с кристальной ясностью понял: этот пост находился там, чтобы предупредить его о готовящемся нападении банды из Восточной Европы, ранее работавшей на спецслужбы. Теперь все встало на свои места.

Стивен стал еще более подозрительным. Он тщательно записывал новости, номера машин, стоявших рядом с его квартирой, а также имена тех, кто чесал в классе нос. Он был убежден, что его жизнь в опасности, и в конце концов обратился в полицию. Дежурный внимательно выслушал Стивена и ответил: вероятность, что банда выследит его, крайне мала. Через несколько дней у Стивена возникло убеждение, будто звуки, которые он начал слышать, на самом деле издают приборы электронного наблюдения, установленного за ним бандой. Он слышал обсуждавшие его голоса, которые говорили неприятные и глубоко личные вещи. Голоса стали настолько громкими, что Стивен снял плинтус, желая отыскать «жучки».

В течение месяца симптомы приблизились к своему апогею. Однажды Стивен увидел, как владелец местного газетного киоска почесал нос, и начал на него кричать: «Вам никогда не взять меня! Я никогда не сдамся!» Очевидцы вызвали полицию, и Стивена отправили в больницу.

Он был настолько утомлен пережитым, что выложил свою историю врачам и медсестрам. Его удивило облегчение, которое он испытал в процессе этого рассказа. После краткого пребывания в больнице Стивен почувствовал себя достаточно

хорошо, чтобы вернуться домой и лечиться амбулаторно. Он перестал курить гашиш, начал следить за своим питанием и снова занялся спортом.

Однажды Стивен на несколько недель прекратил принимать лекарства, решив, что «вылечился». *Но симптомы возникли снова, и он вернулся к* таблеткам. Теперь он относится к болезни так же, как его младший брат (к своей астме): «Пока я пью таблетки, мне даже не надо об этом думать».

Сейчас Стивен работает полный рабочий день и отлично ладит с семьей и друзьями. Он много общается, регулярно занимается бегом, однако говорит, что для поддержания здоровья должен много работать. «Необходимо вкладывать много сил, чтобы чувствовать себя лучше, а для возвращения уверенности в себе может потребоваться несколько лет и большая целеустремленность».

Что такое шизофрения?

Большинство людей очень мало знают о том, что такое шизофрения, что ее вызывает и как ее лечить. Также существует множество заблуждений, когда шизофренией называют то, что не относится к этому заболеванию. *Шизофрения — это не «расщепление личности».* Шизофрению *не вызывает* плохое отношение родителей, личные слабости или человеческая несостоятельность. Чаще всего это заболевание понимают неправильно, что ставит его на первое место среди самых осуждаемых недугов.

Шизофрения встречается в пять раз чаще рассеянного склероза. Она поражает одного человека из ста, а это значит, что в Великобритании ею болеет примерно четверть миллиона человек.

Как это выглядит?

Шизофрения — прогрессирующее заболевание, которое сопровождается психотическими симптомами: извращением процессов мышления и нарастающими изменениями личности в виде замкнутости. Искажение чувства не позволяет пациенту ясно различать реальное и воображаемое. Он убежден, будто люди говорят о нем всякие гадости, что приводит к потере концентрации и уверенности в себе, к увольнению с работы, уходу от друзей и из семьи. Многие больные испытывают такое напряжение, что начинают пить и принимать наркотики, чтобы облегчить свое состояние.

Если ничего не предпринимать, проблемы только усилятся, и очень важно как можно раньше обратиться за помощью, поскольку лечение от шизофрении существует.

Шизофрения почти всегда приводит к изменениям в социальной жизни и личности человека. Поначалу они могут быть незначительными и незаметными, однако в конце концов симптомы становятся очевидны для семьи, друзей, одноклассников и сотрудников. Заболевшему человеку сложно отличить реальное от вымышленного, и он нередко пытается сгладить или полностью отрицает симптомы своей болезни.

Больные шизофренией часто сталкиваются со следующими проблемами.

Расстройство мышления. Мысли формируются медленно, возникают слишком быстро или вообще не появляются. Они перепрыгивают с темы на тему, человек путается и с трудом принимает даже простые решения. Мышление больного часто подвержено сильному влиянию бредовых заблуждений.

Бредовые заблуждения. Эти ложные убеждения не соответствуют социальной и религиозной жизни человека. Он полностью уверен в их истинности. Такой человек считает, что его преследуют, шпионят за ним, что-то замышляют против него. Может возникать бред величия, когда больной полагает себя всемогущим, способным на все. Иногда он верит, что наделен миссией исправить царящее в мире несовершенство.

Идеи связей. Человек начинает видеть глубинный смысл в самых обычных событиях. Например, он может быть уверен, что в радио- или телепрограммах говорится о нем или что люди посылают ему сообщения какими-нибудь необычными способами — например, через цвета проезжающих на улице машин.

Изменения личности возникают довольно часто. Человек утрачивает эмоции, интересы, мотивацию; общительные люди становятся замкнутыми, тихими и мрачными. У него могут возникать несоответствующие моменту эмоции (например, смех в печальной ситуации или рыдание над шуткой), а иногда он вообще неспособен выражать свои чувства.

Изменения в восприятии переворачивают мир больного человека с ног на голову. Сенсорная информация, идущая к мозгу от глаз, ушей, носа, кожи и вкусовых сосочков, становится путаной, и человек начинает действительно слышать, видеть, чувствовать или обонять то, чего не существует. Это называется галлюцинациями.

Следует помнить, что подобное ложное восприятие является для человека «истинным». Наиболее распространенная проблема — слуховые галлюцинации, или «голоса в голове». Иногда эти голоса угрожают, осужда-

ют или отдают прямые приказы, и это явление может иметь очень серьезные последствия, толкая на совершение поступков, которых человек не допустил бы, находясь в здравом уме.

Эти ложные ощущения порождают ужас, панику, страх, депрессию (см. *Депрессия*) и тревогу (см. *Тревожное расстройство и паническая атака*) — вполне естественные реакции на столь пугающие события. В такое время возрастает риск нанесения себе травм (см. *Самоубийство и самоповреждение*).

Что нужно делать?

При наличии приведенных выше симптомов, необходимо как можно раньше обратиться за помощью. Шизофрения поддается лечению; если его начать вовремя, человеку удается довольно быстро вернуться к нормальной жизни.

Лекарства требуются для воздействия на наиболее разрушительные симптомы шизофрении. Совсем необязательно помещать пациента в больницу, но даже если это произойдет, вряд ли он будет находиться там долго. Обычно лечение продолжается в домашних условиях.

Благодаря лекарствам состояние большинства пациентов улучшается в течение нескольких недель, но иногда этот процесс происходит чуть дольше. В конце концов появляется четкость мышления, хорошая концентрация внимания, пациент реже отвлекается и успевает больше сделать.

Существует несколько видов лекарств из разряда антипсихотических. Распространенным побочным эффектом этих препаратов является набор веса, особенно если

человек снизил физическую активность. Большинство психиатров после медицинского наблюдения рекомендуют приступать к физическим упражнениям и правильно питаться.

Каждое препарат имеет свои недостатки и преимущества. Если подобрать устраивающее средство сложно, следует попробовать клозапин, который считается наиболее эффективным.

В случае шизофрении психологическая терапия обычно не рассматривается в качестве полной замены антипсихотических средств, однако становится эффективна после избавления от психотических симптомов. Чаще всего психотерапия совмещается с приемом лекарств и лучше всего помогает после снятия острого психоза. Обычно психотерапия включает в себя регулярные беседы с психиатром. Они могут затрагивать проблемы, ситуации, мысли, чувства и отношения прошлого и настоящего, помогая разобраться, почему болезнь началась именно в этот момент, чтобы предотвратить рецидив в будущем (см. *Психотерапевтические и медикаментозные методы лечения*).

Еще одним ключом к выздоровлению является правильное представление о болезни. Понимание симптомов, а также знание того, что их облегчает или ухудшает, поможет их контролировать. Знания о болезни нужны и семье. Если возникают сомнения, поговорите с лечащим врачом — он обязательно поможет.

Иногда людям требуется серьезная помощь, чтобы выздороветь, особенно если у них несколько симптомов шизофрении. Может понадобиться трудотерапия или обучение, направленное на возвращение человека к обычной жизни. Хотя одни отлично справляются и без этого, другим нужна постоянная поддержка в выполнении повседневных дел.

Выздоровление после любого тяжелого заболевания или хирургической операции может занять месяцы. Выздоровление после шизофрении часто связано с тяжелой работой и совместными усилиями человека и его семьи.

Советы семье и друзьям

- ❖ Учитесь распознавать симптомы. Обычно первыми их замечают члены семьи и советуют обратиться к врачу.
- ❖ Если вы беспокоитесь, что человеку становится хуже, попросите врача о направлении на лечение или об осмотре. Осмотр и лечение шизофрении должны проводиться профессиональными психиатрами. Найдите врача, который интересуется этим заболеванием и сопереживает пациентам и их семьям.
- ❖ Сотрудничайте с психиатром.

В ходе обследования больные шизофренией иногда не могут сообщить достаточное количество информации. Поговорите с врачом сами или напишите письмо, рассказав о своих тревогах. Будьте точны и настойчивы. Ваша информация поможет врачу провести более тщательный анализ и подобрать правильное лечение.

Взять от лечения максимум. Между врачом и пациентом могут возникать крайне личные, по мнению пациента, беседы, содержание которых он хотел бы сохранить в тайне. Однако членам семьи необходима информация об уходе и лечении. Вы должны обсудить с врачом следующие темы:

- ❖ признаки и симптомы заболевания;
- ❖ ожидаемое течение болезни;

- ❖ стратегии лечения;
- ❖ признаки возможного рецидива;
- ❖ другую относящуюся к делу информацию.

Поддержка и любящая забота. Помогите человеку принять его заболевание. Старайтесь своим отношением и поведением показывать, что надежда существует, что болезнь можно победить и жизнь может доставлять удовольствие и быть продуктивной.

Помогите пациенту с шизофренией записывать информацию:

- ❖ о возникающих симптомах;
- ❖ обо всех лекарствах, включая дозировку;
- ❖ о влиянии различных методов лечения.

Учитесь распознавать признаки рецидива. Семья и друзья должны быть знакомы с признаками начала рецидива, когда у человека вновь начинают обостряться симптомы шизофрении. У разных людей признаки могут быть разными, но чаще всего встречаются следующие:

- ❖ человек прекращает свои привычные занятия;
- ❖ человек перестает заботиться о себе.

Помните, что:

- ❖ стресс и напряжение обостряют симптомы;
- ❖ проявление симптомов сглаживается по мере старения.

Повседневная активность

- ❖ следите за тем, чтобы человек принимал лекарства;
- ❖ создавайте четкую и предсказуемую окружающую обстановку;
- ❖ будьте последовательны;
- ❖ в доме должны быть тишина и покой;

- ❖ будьте настроены положительно и поддерживайте человека;
- ❖ помогайте ему ставить реалистичные цели;
- ❖ постепенно «увеличивайте» его независимость;
- ❖ вместе учитесь справляться со стрессом.

Не забывайте о себе и своей семье

- ❖ следите за собой;
- ❖ цените свое личное время;
- ❖ не пренебрегайте помощью других членов семьи.

И учитесь на примере тех, кто уже сталкивался с подобным опытом.

Доктор Мэри Кларк
и профессор Эбхардт О'Каллаган

Заключение доктора Персоуда

У шизофрении сложилась репутация неизлечимого и пугающего заболевания, однако на самом деле благодаря активному подходу и ранней диагностике перспективы выздоровления могут оказаться великолепными. Многие выдающиеся люди страдали от шизофрении.

Вследствие неадекватного предоставления медицинских услуг подходящее лечение часто предлагают только тем, кто уже серьезно болен. Однако психиатры способны распознать гораздо менее заметные признаки, предсказывающие появление шизофрении, иногда за несколько лет до того, как болезнь проявит себя полностью. Эти признаки не такие явные, как голоса или странные идеи, и связаны с изменениями в суждениях и мышлении. Очень жаль, что на подобные ранние сигна-

лы, дающие возможность лечения на ранней стадии и даже предотвращения заболевания, медицинские службы больше не обращают внимания. Вместо этого приходится ждать, пока человек серьезно не заболеет, после чего врачи начнут ему помогать.

Литература

Changing Minds: Our Lives and Mental Illness, Rosalind Ramsay, Anne Page, Tricia Goodman and Deborah Hart (редакторы), Gaskell Publications, 2002.

Домашняя страница Яна Човила — великолепный рассказ о болезни, пережитой на собственном опыте: *www.chovil.com.*

Вторая часть

Управление сознанием

Предисловие

Даже если вы не следите за модой, у вас определенно есть свой стиль, и я не имею в виду выбор между Prada и Chanel. Речь идет о стиле вашей жизни, и для врачей он служит чем-то вроде магического кристалла, благодаря которому они могут предсказать ваше будущее здоровье и самочувствие.

Текущие исследования помогают нам все лучше разбираться как в психологических, так и в других проблемах со здоровьем, а потому, изучив чей-то стиль жизни, врач с большей точностью способен предсказать физиологическое или психическое расстройство, которое грозит ему в будущем. Именно поэтому он так интересуется показателями давления и холестерина в организме человека. Мало кто понимает, что повышенное давление и уровень холестерина сами по себе не являются признаком болезни, но это угрожающий фактор. Если человек не изменит стиль жизни и не предпримет дополнительных профилактических мер (например, лекарственных), то рискует в недалеком будущем оказаться с инфарктом в машине «Скорой помощи». Этот инфаркт можно было бы предотвратить, если бы он обратил внимание на совет врача и внес необходимые изменения в питание и режим физической нагрузки. Поскольку никто из людей не хочет очутиться на носилках «скорой помощи», давайте заглянем в кристальный шар и узнаем, что врач думает об их будущем. Ведь все хотят изменить свое будущее к лучшему, не так ли?

Много лет назад для наших родителей, бабушек и дедушек, обращавшихся в клинику, здоровье определялось как «текущее отсутствие заболевания». Поэтому, если у пациентов не выявлялось никаких реальных симптомов, врачи ими просто не занимались.

Однако в сознании современных медиков произошел глубокий сдвиг, оказавший радикальное влияние на то, кого считать здоровым, а кого больным. Такие современные философы здоровья, как доктор Ин Ван Хойвеген из университета Маастрихт, пишут об усложнении определения здоровья — теперь это «отсутствие повышенной вероятности будущего заболевания». Такой подход ведет к распространению новых классификаций «состояний здоровья», согласно с которыми многие люди уже относятся к «носителям риска». Например, если анализы крови и история семьи свидетельствуют о высоком риске развития рака груди, то человек (как, возможно, и большинство населения) находится в промежуточной, почти сумеречной зоне или состоянии болезни. Он ни абсолютно здоров, ни по-настоящему болен.

Драматическая сила современной предсказательной медицины меняет понимание того, что означает быть здоровым или больным. С развитием генетики стало возможным определить, кто является носителем генов, которые располагают организм к возникновению определенных состояний. Например, определить, кто склонен к психозу, если курит марихуану (эта информация уже доступна — правда, только в специальных исследовательских центрах), кто подвержен алкоголизму, если начинает пить больше обычного, а у кого высокая вероятность продолжить курить после нескольких на первый взгляд невинных затяжек.

В будущем научные достижения в области генетики помогут понять последствия образа жизни человека и принятых им решений, и если люди хотят оставаться

здоровыми, то должны будут обращать внимание на рекомендации.

Во второй части справочника речь пойдет о том, как выбор стиля жизни влияет на здоровье. В некоторых случаях определение потенциальной проблемной области может привести к отказу от разрушительных привычек или моделей поведения, и человек поймет, что, как и многие другие, способен изменить некоторые аспекты своей жизни без какого бы то ни было медицинского вмешательства. Исследование показывает, что положительные изменения по собственной инициативе человека часто оказываются более эффективными, чем те, что выполняются по совету специалистов. Например, существует процесс самостоятельной работы над собой у наркоманов, которая заключается главным образом в переоценке сочетания положительных и отрицательных факторов, связанных с использованием наркотических веществ. Для других затронутые здесь проблемы определят актуальность обращения к специалистам, а информация, представленная в этой части, предложит необходимую для первого шага помощь.

Знание — сила, а потому беспристрастные советы и сведения, которые вы здесь прочтете, будут ключом к принятию правильного решения относительно того, как вы живете сейчас и как собираетесь жить в будущем.

Доктор Радж Персоуд

Литература

Ine Van Hoyweghen, Klasien Horstman, Rita Schepers, «Making the Normal Deviant: The Introduction of Predictive Medicine in Life Insurance», *Social Science & Medicine,* 63 (5), September 2006, 1, 225 — 35.

Timothy P. Ellingstad, Linda Carter Sobell, Mark B. Sobell, Lori Eickleberry, Charles J. Golden, «Self-change: A Pathway to Cannabis Abuse Resolution», *Addictive Behaviours,* 31 (3), March 2006, 519 — 30.

Адаптация к жизни при психических заболеваниях

Женщина, которой владели внешние силы

У Энн затяжная форма психического заболевания. Двадцать лет назад у нее нашли шизофрению, но она адаптировалась к жизни и научилась управлять собой.

Психические проблемы возникли еще в университете, но лишь спустя несколько лет они вернулись вновь. На работе Энн проявила странное поведение, и работодатели настояли, чтобы она встретилась с врачом, который направил ее к психиатру. Через две недели она приняла большую дозу антидепрессантов и попала в психиатрическую лечебницу.

Сначала Энн поставили диагноз депрессия, затем — маниакальная депрессия. После того как женщина призналась, что слышит неприятные голоса и чувствует, будто на нее влияет какая-то внешняя сила, диагноз поменяли на шизофрению. Хотя слово «шизофрения» пугало, Энн с облегче-

нием восприняла диагноз, объяснявший все странности ее поведения.

Ей назначили антипсихотические лекарства, но она оказалась очень чувствительна к побочным эффектам. В последующие несколько лет Энн много раз покидала больницу, принимая различные препараты, но не могла жить и работать комфортно, бросала лечение, снова заболевала и возвращалась назад.

Вначале партнер Энн поддерживал ее, но после того, как женщина попала в больницу в двенадцатый раз, сказал, чтобы она сама разбиралась со своими проблемами. Он хотел быть ее партнером, а не сиделкой.

Энн назначили нового координатора по уходу, который с готовностью занялся с ней психологической работой. Энн решила, что должна принимать лекарства всю оставшуюся жизнь. Она получала самую низкую дозу препарата с незначительным числом побочных эффектов, и ей не приходилось «думать сквозь туман». Это было одно из самых важных решений в ее жизни. С поддержкой партнера она оставила свою полную стресса работу и начала работать внештатно.

Энн умело контролировала свое заболевание. Вместе с партнером она научилась замечать ранние признаки рецидива и разобралась в том, что помогало ей оставаться здоровой. Она купила видеокассеты с физическими упражнениями, тренажер «Шаг» и стала заниматься дома перед телевизором. Кроме того, Энн начала практиковать трансцендентную медитацию, осознала важность правильного питания и употребляет только здоровую пищу.

Энн понимает, что сегодня живет значительно лучше, чем во время начала болезни. У нее еще случаются довольно серьезные рецидивы, поскольку она принимает минимальную дозу лекарств и ей трудно избежать стресса. Когда ей становится хуже, она просит ненадолго положить ее в больницу, и это помогает.

Энн совсем не нравится жить с психическим расстройством, однако и в этом нашла положительные аспекты. Она научилась понимать людей и сопереживать им. Она познакомилась (и «вместе посмеялась») со многими интересными людьми, с которыми иначе никогда бы не встретилась.

Она всегда согласна опробовать новые лекарства, надеясь, что наступит время, когда ей придется принимать лишь один препарат, чтобы чувствовать себя здоровой, и у него не будет побочных эффектов. Она до сих пор работает внештатно и получает неоценимую помощь от того же координатора.

Жизнь с психическим заболеванием

Некоторые психические заболевания неизлечимы, и человеку необходимо приспособиться жить с ними.

Первый опыт столкновения с психическим заболеванием понять непросто. Человек может сам обратиться к врачу, или ему советуют это сделать близкие. Обычно врач предлагает некоторую форму терапии — медикаментозную или разговорную. Небольшому числу людей требуется госпитализация.

У человека может произойти только один эпизод, но у некоторых он становится началом долгой борьбы с психическим заболеванием.

Трудно принять необходимость изменения стиля жизни или бессрочного приема лекарств. Некоторые люди бросают принимать препараты, когда им становится лучше, поскольку не желают, чтобы их считали больными.

Часто определяющим моментом в жизни человека оказывается внутреннее согласие с необходимостью лечения. Он может найти и другие способы справиться с фактом своего заболевания.

Как это выглядит?

Проблемы с психикой могут пугать как самого больного, так и его близких. Наиболее тяжелый аспект подобного опыта — ощущение потери контроля над собственным сознанием.

В случае шизофрении (см. *Шизофрения*) это связано со звуками и событиями, которых на самом деле не существует. При биполярном расстройстве и депрессии (см. *Биполярное расстройство*; *Депрессия*) проблема заключается в бесконтрольных резких перепадах настроения. Теряя контроль над своими поступками, человек теряет уверенность в себе. Опыт, связанный с пребыванием в психиатрической больнице, может оказаться особенно тяжелым, если ни больной, ни кто-либо из его близких раньше с этим не сталкивались.

Способность справляться с психическим заболеванием полностью зависит от пациента, и поэтому два человека с одним и тем же диагнозом могут совершенно поразному реагировать на свою болезнь. Воздействие лекарств на организм также носит индивидуальный характер. Не стоит себя ни с кем сравнивать, однако имеет смысл поговорить с другими пациентами — они могут дать хороший совет.

Общество привыкло к тому, что физические заболевания лечатся и это лечение обычно позволяет больному почувствовать себя лучше. При развитии психического заболевания людям зачастую сложно принять тот факт, что оно никуда не исчезнет и им придется изменить свою жизнь, чтобы с ним совладать.

Многие, как только начинают чувствовать себя лучше, пытаются справиться со своей болезнью без лекарств. Однако, если после двух-трех таких попыток болезнь все равно возвращается, следует принять решение в пользу длительного приема препаратов или найти другую форму лечения.

Затяжная форма психического заболевания означает потерю уверенности и самоуважения. Чаще всего это происходит, если человек уволился с работы по болезни или стал безработным.

Некоторые люди заболевают еще в детстве или до окончания учебы. В результате психиатрическая больница и врачи оказываются их единственным окном в окружающий мир. Хотя взаимная поддержка других пациентов и врачей действительно представляет ценность, следует заводить друзей и среди тех, кто никак не связан с психическим заболеванием.

Временами болезнь доставляет серьезные огорчения.

Помните:

- ❖ Врач не виноват, поэтому не стоит кричать на него.
- ❖ Даже если вы считаете, что, прекратив принимать лекарство, вы сможете качественно управлять своим сознанием, вероятнее всего, ничего хорошего из этого не выйдет. Все попытки подобного рода нужно совершать под наблюдением врачей.
- ❖ Допустимые способы справиться с огорчением:
  - — швырять пластиковые бутылки от лекарств в стену;
  - — кричать на деревья;

— стараться думать позитивно (например, рассказать в группе самопомощи, как хорошо вы справляетесь со своей болезнью).

Люди испытывают дискомфорт в компании человека, который полностью сосредоточен на себе или совершенно непонятен. Вероятно, его работодатели, семья, друзья или соседи заметят странное поведение или что-то пугающее. (После этого имеет смысл, не смущаясь, рассказать тем, кому он доверяет, о своем самочувствии и мыслях.) Друзья и близкие иногда раздражаются и считают, что он должен активнее бороться за свое здоровье.

С течением лет, обретя уверенность и необходимые навыки, человек действительно сможет сделать для себя очень много.

Что нужно делать?

Понимание происходящего (врачи, благотворительные организации, другие пациенты, Интернет)

Если в семье человека не было случаев психических заболеваний, вряд ли он знает, что это такое и как следует поступать. Будет правильно, если он:

- Попросит врачей объяснить симптомы, поведение, рассказать о лекарствах и других аспектах заболевания.
- Найдет нужные сведения в различных благотворительных организациях и группах поддержки, которые являются великолепными источниками информации.
- Обратится за нужной информацией и поддержкой в Интернет.

Помните: человек не обязан соглашаться с предложенным объяснением и всегда может узнать мнение другого специалиста.

Информация о лекарствах

(психиатры, семейные врачи, медсестры, фармацевты)

Лекарства могут иметь серьезные побочные эффекты. К счастью, существует большое разнообразие антидепрессантов, антипсихотических средств и стабилизаторов настроения.

- Важно подумать, с какими побочными эффектами человек сможет жить, а какие сделают его несчастным и вызовут неудобства. Например, если ему приходится рано подниматься на работу, нужны лекарства, не вызывающие утренней сонливости.
- Знание о побочных эффектах помогает и по-другому. Некоторые препараты влияют на увеличение веса, и, зная это, человек будет осторожнее относиться к пище.

Разговорная терапия

(психологи, психотерапевты, арт-терапевты)

Некоторые психические расстройства хорошо поддаются воздействию разговорной терапии (см. *Психотерапевтические и медикаментозные методы лечения*) или арт-терапии. Даже если человек принимает лекарства, ему нужен специалист, с которым он сможет поговорить. Существует множество разных видов разговорной терапии, или арт-терапии, каждый из которых подходит к конкретному заболеванию. Часто на одной из стадий болезни люди не желают прибегать к разговорной терапии, но позже находят ее очень полезной.

Помощь на работе
(работодатели, Комиссия по правам инвалидов)

Работа и проблемы с психическим здоровьем приводят к различного рода противоречиям. Не работая и не испытывая особого стресса, человек, вероятно, считает себя готовым чем-нибудь заняться, но, когда его психика оказывается под влиянием стресса, он может бросить работу. Согласно законодательству Великобритании, если у человека тяжелое заболевание, наниматель имеет право на «обоснованное регулирование». Следует поговорить с работодателем относительно тех аспектов работы, которые можно изменить.

Когда человек устраивается на работу, имея нужную квалификацию, его не имеют права дискриминировать по причине какой-либо болезни, в том числе и психической.

Социальная помощь
(помощь по дому, центры занятости, льготы, общественные психиатрические службы, религиозные институты, терапевты, отделы социальной помощи)

Как и для остальных людей, на каком-то жизненном этапе решающих проблемы, для страдающих психическими заболеваниями также существуют организации социальной поддержки. Нужно четко разобраться, какая требуется помощь и от кого. Иногда помогает адвокат (человек, который представляет и защищает права пациента).

Не следует забывать, что отстаивание своих интересов и достижение позитивных результатов повышает уверенность в себе.

Самопомощь

Алкоголь: развлекайтесь с друзьями, но не забывайте, что употреблять алкоголь следует с большой осторожно-

стью — он вызывает зависимость и может погрузить вас в депрессию. Не следует напиваться по праздникам или превышать рекомендованную дозу (14 единиц в неделю для женщин, 21 — для мужчин). Пейте умеренно и еженедельно назначайте себе безалкогольные дни.

Легкие наркотики: их следует избегать. Существуют доказательства, что они вызывают рецидивы некоторых психических заболеваний.

***Ранние признаки*:** учитесь распознавать заболевание на ранних стадиях. Вы сможете предотвратить рецидив, заблаговременно приняв нужные меры. Наиболее частые ранние признаки таковы:

- ❖ негативные мысли;
- ❖ повышенный тон при разговоре;
- ❖ сонливость;
- ❖ сложности с простой логикой;
- ❖ проблемы, возникающие в социальных взаимодействиях.

Какими бы ни были ваши знаки, учитесь вовремя замечать их. Также следует понять, что помогает вам чувствовать себя лучше.

Работа: невозможно переоценить важность работы. Помимо денег, работа повышает ваше самоуважение и самооценку. Она помогает забыть о заболевании и создает стимул для того, чтобы каждое утро подниматься с постели.

Если найти постоянное место невозможно, поищите внештатную работу или спросите, есть ли в вашем районе социальная схема трудоустройства для инвалидов. Работа — один из ключей к хорошему психическому самочувствию.

***Физические упражнения*:** они отлично помогают поддерживать хорошее психическое состояние. Начните с малого: недолгое плавание в бассейне, получасовая прогулка, пятиминутный бег. Если вам не нравятся физические упражнения, попробуйте танцы в любом стиле.

Поначалу это может оказаться непросто, но упражнения способны поднять ваше настроение так, как ничто другое. Вы чувствуете, что чего-то достигли, и начинаете более позитивно смотреть на жизнь. Постарайтесь создать такую схему занятий, чтобы заниматься два-три раза в неделю как минимум в течение часа (см. *Упражнения и психическое здоровье*).

***Питание*:** исследование показывает, что качественное, полноценное питание без вредных пищевых добавок и химических веществ положительно влияет на психическое здоровье. Старайтесь есть свежую пищу и выпивайте достаточное количество воды.

Если вы научитесь готовить, то сэкономите деньги: продукты стоят дешевле, чем уже приготовленная еда, и более полезны, поскольку продаются свежими.

***Позитивное мышление*:** старайтесь отвлекаться от беспокоящих мыслей о жизни и периодически радуйте себя.

Хобби: очень важно заниматься интересными, приятными вещами. Некоторые любят коллективные занятия, например петь в хоре или болеть за местную футбольную команду, но можно проводить время и в одиночестве, например наблюдать за птицами, бегать или заниматься садоводством.

Отношения: найдите человека, которому вы доверяете, с кем можете обсудить свои проблемы (врача, родственника, партнера или друга).

Рецидив: даже придерживаясь лучших стратегий борьбы с болезнью и имея внешнюю поддержку, вы все равно можете столкнуться с рецидивом. Не ругайте себя, не испытывайте вины и не считайте себя неудачником. Обострение пройдет, и вы почувствуете себя лучше.

Советы семье и друзьям

- ***Не впадайте в отчаяние***: при правильном лечении большинство людей выздоравливают или находят способы жить со своим заболеванием.
- Вместе с семьей и друзьями отслеживайте ранние предупреждающие симптомы и придерживайтесь плана действий, направленных на предотвращение рецидива.
- Не относитесь к больному члену вашей семьи или другу как к инвалиду. Не поощряйте его принимать на себя такую роль, ведь временами он будет здоров.
- Подберите для себя эффективные техники самопомощи.
- Забота о человеке с психическим заболеванием эмоционально истощает. Следите за своим самочувствием и уделяйте некоторое время только собственным нуждам.

Джени Антониу и Ванесса Камерон

Заключение доктора Персоуда

Затяжная форма психического заболевания может привести к отчаянию, разочарованию во врачах и в лечении. Однако при некоторых болезнях необходимо долгое время, чтобы человек почувствовал себя лучше, и многие

психиатры видят пациентов, которые страдают годами, однако со временем поправляются.

Пациенту важно поставить перед собой новые ключевые цели: например, избежание рецидива или усиления симптомов, понимание на основе прошлого опыта, что помогает, а что приводит к обострению заболевания. Если один лечебный подход снижает уверенность или не помогает, следует более активно искать альтернативный метод и обратиться за другим мнением относительно своего состояния.

Существуют психиатры и другие специалисты в области хронических заболеваний, поэтому первоочередная задача — как можно раньше обратиться к этим врачам.

Очень хорошо, если у человека есть то, что ему нравится делать: необходимо сосредоточиться на достижении именно этих целей, не позволяя болезни контролировать жизнь. Многие люди с тяжелыми, хроническими заболеваниями в конце концов добились удивительных результатов.

Литература

Manage Your Mind: The Mental Fitness Guide, Gillian Butler and Tony Hope, Oxford University Press, 2007.

Азарт патологический

Мужчина, поставивший на рулетку все

Азартная игра началась для Джима с лотерейных билетов и игровых автоматов. С детских лет она стала частью его повседневной жизни: едва ли не каждый день он рано уходил из школы и отправлялся в зал игровых автоматов. Подростком он играл с друзьями в карты на деньги. Когда Джиму было семнадцать, его отец, сам азартный игрок, попросил сына сделать за него ставку у местного букмекера. Придя туда, Джим сделал ставку и за себя. Он живо вспоминает, как выиграл тогда 80 фунтов.

Когда Джиму исполнилось двадцать, он начал играть регулярно, посещая букмекеров, собачьи бега, скачки и казино. Он убеждал себя, что его увлечение — не проблема и он может себе это позволить. Джиму даже казалось, что он «удачливый» игрок, и такая жизнь представлялась ему очень волнующей.

Вскоре после свадьбы жена Джима забеременела, и он стал играть еще чаще. Местный букмекер поставил новую рулетку, которая произвела на Джима большое впечатление. На ней он делал ставки от полутора до пятидесяти фунтов, если

ему начинало везти. Несколько раз он выигрывал крупные суммы, но ставил на кон выигрыш, который в конечном итоге возвращался машине, и семья редко видела эти деньги. Он лгал жене, когда уходил к букмекеру, и начал пропускать оплату важных счетов, используя деньги для игры.

Однажды, когда Джим с семьей проводил отпуск за границей, он обнаружил: там, где нет возможности играть, тяга к рулетке пропадает и возвращается лишь по приезде домой.

Долг Джима увеличивался, и он попытался восполнить потери, играя через Интернет. Он начал с онлайновых игровых автоматов, а затем перешел к блек-джеку, рулетке и покеру.

Ссоры с женой случались все чаще. Иногда Джим обещал, что больше не будет играть, временами признавался, что это пристрастие разрушает и его, и его семью. Однажды в приступе отчаяния он принял большую дозу лекарств, но тяга к игре не исчезала. Джим начал воровать деньги у семьи, не признаваясь в этом, а на работе использовал средства компании, чтобы покрыть счета интернет-игр в надежде возместить потери.

Когда жена покинула его, у Джима накопилась не одна тысяча фунтов долга. Спустя несколько месяцев компания, где он работал, заподозрила неладное и вызвала полицию. Расследование подтвердило, что все деньги, которые Джим украл, он потратил на игру.

Что такое азартные игры?

Азартные игры — это форма развлечения, основанная на договоре между участниками. В него входит прогноз

результата неопределенного события. На этот прогноз ставится различная собственность, обычно деньги, и когда результаты становятся известны, одни участники получают прибыль за счет других.

Участие других людей необходимо, однако в случае игровых автоматов их присутствие скрыто. Азартная игра кажется игрой с машиной, но на самом деле человек играет с оператором, установившим некую вероятность выигрыша.

Популярность азартных игр связана с присутствующим в них риском, который вызывает волнение и восторг участников. На первый взгляд все они находятся в равных условиях, а потому азартные игры могут привлекать людей с социальной тревогой и представлениями о собственной неполноценности.

Многие виды оборудования для азартных игр поставляют торговцы, которые программируют его так, что шансы на долговременную прибыль есть только у них. Иногда они устанавливают комиссионное вознаграждение за выигрыш и увеличивают скидки за регулярное участие. Индустрия заинтересована в том, чтобы люди играли как можно дольше, поскольку это увеличивает ее доход, а потому активно пропагандирует идею выигрыша.

Конечно, *возможность* выиграть деньги существует. Однако на самом деле выигрыши бывают очень редко — подавляющее большинство участников проигрывает. Хотя есть профессиональные игроки на скачках и собачьих бегах, но их успех основан на глубоком знании этой области. В некоторых карточных играх умения и навыки используются для управления ситуацией. Но для большинства игроков шансы на выигрыш довольно сомнительны.

Если азартные игры становятся для человека главной заботой, особенно когда он ставит себе целью выиграть, это может привести к серьезным проблемам. Патологический азарт оказывает такое же разрушительное действие, как наркомания и алкоголизм.

Как это выглядит?

В истории Джима проиллюстрированы многие признаки патологического азарта, который также можно отнести к навязчивым состояниям. Главной его характеристикой является то, что на игру уходит чрезмерно много денег или времени. Наиболее распространенными чертами патологического азарта являются:

- активное увлечение азартными играми в семье; семейный или культурный запрет на азартные игры;
- большой выигрыш в начале увлечения игрой («новичкам везет»);
- поглощенность игрой с исключением из сферы внимания всего остального, уменьшающаяся, если нет возможности играть;
- растущая толерантность и тяга к играм, обычно сопровождаемая беспокойством о том, что на них тратится слишком много времени или денег;
- потеря контроля над своим увлечением и «погоня за выигрышем» вместо того, чтобы осознать степень уже нанесенного ущерба.

У игроков обычно развивается целый ряд проблем (лежащая в их основе патологическая зависимость упускается из виду):

- финансовые — долги и нехватка денег;
- социальные — потеря работы и друзей, уход из дому, выселение, проблемы в браке, развод, расстройства

поведения у детей игрока, совершение преступления и тюремное заключение;
- ❖ психологические — депрессия и самоповреждения.

В чем причины увлечения азартными играми?

Для этого существует много причин, но у игры есть несколько характерных деталей, влияющих на игроков так, что им бывает сложно остановиться.

Психологические эффекты

- ❖ В основе любых азартных игр лежит «инструментальное обусловливание» — процесс, позволяющий человеку учиться через награды. Привычки формируются с большей вероятностью, когда размер общей награды фиксирован, но время получения индивидуальной награды предсказать невозможно.

Таким образом, долговременная чистая прибыль или потери игрока почти несущественны. Это ярко иллюстрируется использованием игральных автоматов («одноруких бандитов»).

- ❖ Азартные игры в казино проходят быстро, что ограничивает возможность применения игроком взвешенных суждений. В результате игра становится более импульсивной, и игрок теряет ощущение времени и степени своего участия.
- ❖ Психологическая вероятность выигрыша отличается от математической даже для знающего игрока. Это приводит к переоценке успеха в играх с низкой математической вероятностью выигрыша.
- ❖ Иррациональное убеждение, что череда проигрышей приближает выигрыш. Это называется «отрицатель-

ный эффект новизны» («иллюзия игрока», или «псевдо-Монте-Карло») и формирует основу многих ложных игровых систем, особенно в рулетке. Довольно странно, но это же убеждение связано с точкой зрения, будто череда выигрышей продолжится («полоса везения»), а «почти победа» может являться прелюдией к большому выигрышу. Эти нелогичные умозаключения побуждают человека продолжать игру и используются в игровых автоматах и мгновенных лотереях.

- Даже при низкой вероятности крупного выигрыша это все равно искушает игрока, поскольку возможность выиграть *существует*.
- Умение в азартных играх переоценивается и часто связано с нереалистичным представлением о возможности контролировать неопределенное событие. Например, на скачках или на собачьих бегах игроки стремятся делать ставки прямо перед началом забега, предполагая, что это повлияет на результат.
- Денежный кредит снижает вероятность того, что игрок установит предел суммам, которые он ставит.
- Тяжелая игровая зависимость часто влечет за собой потерю крупных сумм денег, а поскольку игровая индустрия продвигает идею того, что азартные игры связаны исключительно с выигрышами, людей, теряющих большие суммы, рассматривают как неудачников; недавняя общественная политика называет их уязвимыми. Стыд от ощущения себя неудачником ведет человека к отрицанию своей зависимости и лжи.
- Когда скапливается крупный долг, единственной надеждой становится серьезный выигрыш, иначе катастрофа разразится независимо от того, что человек предпринимает. Отсюда возникает стремление лгать и продолжать играть.

Эти психологические эффекты возрастают из-за недавних изменений в коммерческих азартных играх.

- Были введены предлагающие премии клубные карты, что побуждает тратить еще больше денег.
- В отличие от азартных игр в специальных лицензированных клубах, игра в Интернете обычно происходит в одиночестве. Без проверок и ограничений, вероятных в присутствии окружающих, игрок больше рискует принять импульсивное решение. Это же относится к играм через интерактивное телевидение и мобильный телефон.
- Недавно в игровых клубах начали ставить электронные игровые автоматы, или стационарные игровые терминалы. Они вызывают чрезвычайную зависимость.

Физические эффекты

- Проигрыш возбуждает активность в мозге, связанную с последующим *более рискованным* игровым поведением. Это хорошо известный «отрицательный эффект новизны», о котором было написано выше.
- При нарушении передачи нервных импульсов в мозге поощрения могут быть тесно связаны с неумеренной игрой.
- Во время принятия игровых решений большинство участников переживает яркие эмоции. Они связаны с реакциями мозга на ожидание выигрыша. В процессе игры люди могут терять ощущение времени.
- Умеренное потребление алкоголя меняет степень самоконтроля, и человек принимает рискованные решения и не может выйти из игры, даже когда проигрывает.

Что нужно делать?

Неумеренное увлечение азартными играми затрагивает все аспекты жизни. Для успешного излечения и контроля над своим поведением человек должен измениться.

Оценка

Очень важно понять степень серьезности проблемы, а также все этапы ее развития. Наиболее четкая картина получается в том случае, если человек дает детальную письменную историю того, что с ним происходит. Позже она используется в качестве основы для разговора со специалистами, занимающимися этой проблемой.

Многие из тех, кто обращается за помощью, не видят необходимости в ограничении своей игровой активности. Они с готовностью подтверждают, что очень любят играть и хотят лишь избавиться от вызванных игрой трудностей. Таким людям сложно помочь, так как человек должен немедленно прекратить играть хотя бы на какое-то время.

Управление финансами

У людей, увлеченных азартными играми, обычно нарушается понимание ценности денег. Поэтому контроль за семейными средствами, хотя бы временно, должен перейти к партнеру или к человеку, которому игрок доверяет.

Регулярный доход на работе должен перечисляться на банковский счет партнера или доверенного лица. Прекратив играть, человек должен постепенно включаться в совместную работу с тем, кто до сих пор управлял его финансовыми средствами.

Важно получить детальный отчет обо всех просроченных долгах, а также запись доходов и расходов игрока и

его семьи. Ему следует помочь составить реалистичный план выплат по счетам.

Поскольку обычно долг оказывается большим, выплаты могут продолжаться много лет, и человеку следует обсудить это со своими кредиторами. Выплаты должны согласовываться с его регулярным доходом и жизненными обстоятельствами. Иногда в порыве энтузиазма человек выплачивает сразу много денег, что может спровоцировать игровую активность.

Психологические консультации

Человек, испытывающий патологический азарт, должен понять саму природу игры, разобраться в таких ловушках, как преувеличенная идея о важности навыков (информация от «жучков» и сомнительные числовые системы), а также в едва заметных признаках утраты контроля. Сюда же входит обсуждение процесса формирования привычки играть, которое лучше проводить профессиональному психологу.

Человек и его партнер должны пересмотреть свои отношения, подумать о том, как они проводят свободное время, какие у них друзья и интересы. В прошлом какие-то условия могли способствовать вовлечению в игру, их следует тщательно избегать или, как минимум, быть к ним готовыми. Возможно, им стоит подписать совместный контракт, где бы приводился список нежелательных типов поведения, а также те его разновидности, которые следует поощрять. Этот контракт следует регулярно пересматривать.

Общество анонимных игроков

Это форма самопомощи для зависимых игроков, организованная в виде постоянных местных групп. Помимо общения людей с аналогичными проблемами, существу-

ет возможность проведения отдельных встреч их партнеров или супругов.

Общество анонимных игроков предоставляет человеку в состоянии патологического азарта возможность формирования иных социальных контактов. С точки зрения некоторых людей, эта организация предоставляет всю необходимую помощь.

Психологическое лечение

Когнитивно-поведенческая терапия зарекомендовала себя вполне эффективным средством при лечении патологического азарта. КПТ направлена на изменение образа мышления и моделей поведения. Эти перемены помогают человеку разобраться в своих мыслях и действиях, научиться управлять ими и улучшают самочувствие. В отличие от других разговорных методов лечения, КПТ сосредотачивается на проблемах и сложностях, возникающих здесь и сейчас (см. *Психотерапевтические и медикаментозные методы лечения*). Иногда это лечение позволяет человеку держать свою игру под контролем.

Психиатрическое лечение

В некоторых случаях, если речь идет о невротическом расстройстве или тяжелой депрессии (см. *Депрессия*), лежащих в основе патологического азарта, может потребоваться вмешательство психиатра или психотерапевта.

Самопомощь

Правильно

- ❖ играть только ради удовольствия, а выигрыш рассматривать как бонус;
- ❖ помимо игры, развивать широкий спектр личных интересов и хобби;

- строго устанавливать денежную сумму, которую человек тратит на игру;
- прекращать игру, когда исчерпан денежный лимит;
- с осторожностью относиться к крупным выигрышам — однажды везение закончится;
- помнить, что реклама крупных выигрышей направлена на поощрение игры;
- не забывать, что длительные периоды увлечения игрой в конце концов приводят к финансовым потерям;
- записывать выигрыши и проигрыши, долги и активы;
- попросить человека, которому можно доверять, управлять деньгами игрока, если он чувствует беспокойство;
- помнить: если игра превратилась в привычку, то, несмотря на выигрыши, в общем человек проигрывает.

Неправильно

- играть на деньги, проигрыш которых создаст проблемы;
- одалживать деньги на игру;
- пытаться с помощью игры решить финансовые трудности;
- играть ежедневно;
- пытаться в игре компенсировать проигрыши;
- доверять непобедимой выигрышной системе — в долговременной перспективе она не сработает;
- проигрывая, считать, что «удача вернется» — потери, вероятнее всего, продолжатся;
- позволять игре вмешиваться в работу или учебу;
- делать игру своим основным интересом;
- превращать игру в привычку.

Если какие-то пункты из последнего списка касаются вас, следует озаботиться степенью своего увлечения азартными играми.

Доктор Эмануэль Моран

Заключение доктора Персоуда

Игра стала крайне противоречивой частью общественной жизни из-за того, что правительство, как национальное, так и местное, считает казино методом оживления экономики. Национальные лотереи воспринимаются как относительно позитивный метод сбора средств, которые в противном случае должны были бы собираться с помощью менее популярных налогов. Некоторые считают лотереи чем-то вроде налога, взимаемого с бедных и легковерных.

Игровая индустрия, создающая рабочие места и прибыль, со стороны может казаться простой забавой и развлечением. Но, несмотря на то что миллионы людей играют ради удовольствия, не создавая себе никаких проблем, рядом существуют негативные социальные последствия и сломанные жизни.

Дилемма либерального общества, превыше всего ценящего свободу, заключается в том, как регулировать индустрию и обучать публику, чтобы сохранить в азартных играх элемент развлекательности и при этом снизить их возможное отрицательное влияние на жизнь человека. Прежде доступ к азартным играм был широким, но в обществе это не поощрялось. Теперь же, когда азартные игры активно рекламируются, вряд ли образовательное воздействие окажется эффективным.

Каким бы ни был окончательный ответ, существует опасность, что объединенные силы, действующие на просторах общества свободного предпринимательства, постепенно превратят англичан в нацию игроков и крайне негативно повлияют на их психическое здоровье.

Литература

Quit Compulsive Gambling: Action Plan for Gamblers and Their Families, Gordon Moody and Emanuel Moran, Harper Collins, 1991.

Алкогольная зависимость

Мужчина, который считал, сколько он выпивает

Майку пятьдесят пять, и семейный доктор направил его к специалисту по проблемам алкоголизма. Врач писал: «Я регулярно наблюдал Майка в течение последних месяцев. Он говорит, что испытывает депрессию и иногда думает о самоубийстве.

Несколько лет назад он попал в автокатастрофу, и его обвинили в вождении в нетрезвом виде. Из-за приступов гастрита он часто не выходит на работу. Недавно он упал и повредил лодыжку. Согласно заключению врачей травмпункта, он принимал алкоголь.

У Майка избыточный вес и слегка повышенное давление. Его жена, тоже моя пациентка, замечала, что он слишком много пьет. С некоторым трудом я убедил Майка обратиться за советом к специалисту по алкогольной зависимости».

На первой встрече Майк сказал: «С недавних пор я начал чувствовать себя подавленно. Работа требует от меня больших усилий, а дела идут не слишком хорошо, и из-за этого я настолько тре-

вожусь, что по утрам еле встаю с постели. Я переутомлен, почти не сплю, жена сыта мною по горло, дети тоже. Она даже угрожает уйти, говорит, что я больше о них не забочусь. Дома я только тем и занимаюсь, что пью, чтобы расслабиться, и засыпаю перед телевизором».

В клинике врач попросил Майка подробнее рассказать о своей депрессии. Тот ответил, что ему тяжело вставать по утрам. Работа трудная, энтузиазма нет, а чтобы успокоиться и справиться с заданиями, ему требуются ранний перерыв на обед и выпивка. Майк настаивал, что ни в коем случае не является алкоголиком, ведь многие его коллеги в обеденный перерыв выпивают.

Врач спросил, сколько Майк пьет. Помимо литра пива в обед, он выпивал литра полтора вечером по дороге домой и бутылку вина в пятницу и в субботу, вместе с женой.

В воскресенье он старался вообще не пить, готовясь к следующей неделе. Иногда они с женой что-то выпивали в обед. Разумеется, по особым случаям он пил больше.

Жена рассказала, что проблемы с алкоголем существуют у Майка уже много лет. Еще когда они поженились, она знала, что он много пьет, но поначалу это было не так заметно. За последние десять лет он стал пить больше и вечерами практически не бывает с семьей. Он либо спит, либо сидит в пабе, однако не признает наличие проблемы.

Врач обсудил с Майком роль алкоголя в его жизни, преимущества (и препятствия) в изменении его пристрастия и объяснил, каким образом выпивка может быть связана с депрессией. Майк

согласился вести дневник и поставил себе целью уменьшить количество потребляемого алкоголя. Чтобы оценить состояние печени, врач провел несколько анализов крови.

Вернувшись в клинику спустя две недели, Майк рассказал, что его депрессия стала менее выраженной. Врач показал ему результаты исследования печени, работа которой серьезно отклонялась от нормы. Хотя Майк сокращал на литр свой ежедневный прием пива, врач рекомендовал ему вообще бросить пить.

В следующий раз Майк и его жена с радостью сообщили, что он полностью и без особого труда отказался от алкоголя, хотя первые пару дней испытывал беспокойство и легкую дрожь. Их совместная жизнь также значительно улучшилась. Жена заметила, что наладились и сексуальные отношения, которых не было уже довольно долгое время.

Майк продолжал посещать клинику. У него случались рецидивы, иногда серьезные, и его работа вновь оказывалась под угрозой, но он справился с трудностями и не вернулся к алкоголю. Майк присоединился к группе, объединившей людей со схожими алкогольными проблемами, которые понимали и поддерживали друг друга. Недавно он продвинулся по работе, заняв в управлении более высокую должность.

Что такое алкоголизм?

Алкоголь — любимый и самый доступный наркотик многих людей. Однако социальные и экономические

последствия его употребления значительно перевешивают все те, что связаны с употреблением запрещенных веществ. Алкоголь успокаивает, воздействуя на центральную нервную систему как обезболивающее средство.

Как это выглядит?

Поначалу алкоголь делает человека более раскованным и дает ложное ощущение стимуляции, однако его продолжительное употребление приводит к утрате концентрации и самоконтроля, замедленному мышлению и, в конечном итоге, к сонливости, потере сознания и смерти. Каждый год множество людей умирает от непреднамеренной алкогольной передозировки.

В небольших количествах алкоголь имеет некоторые социальные и психологические плюсы. Но, как мы отлично знаем, бесконтрольное употребление алкогольных напитков вызывает проблемы, начиная от смертельных заболеваний и заканчивая общим ухудшением здоровья, несчастными случаями, преступлениями и отрицательными последствиями на работе и в семейной жизни.

Некоторые люди считают, что проблемы вызваны лишь количеством алкоголя, которое они выпивают каждую неделю, однако это не так. Множество трудностей создается чрезмерным употреблением алкогольных напитков по особым случаям, например в праздники. Состояние опьянения влияет на здравость суждений и приводит к асоциальному поведению, случайным сексуальным связям, нарушению правил дорожного движения и насилию. Чрезмерная выпивка по особым случаям часто вызывает острые боли в желудке и другие физиологические проблемы.

В алкоголе содержится много калорий, и одно из осложнений алкоголизма — ожирение. (Поллитра пива содержит примерно 180 калорий, а в стакане вина объемом 175 $см^3$ — 90 калорий).

Алкоголь вызывает зависимость. Толерантность (здесь: нечувствительность к определенному количеству алкоголя) повышается при регулярном употреблении спиртного, так что человек начинает «лучше переносить выпивку». Это указывает на адаптацию мозга к увеличению объема алкоголя и является первым шагом на пути к алкогольной зависимости.

После этого у пьющего возникают симптомы отмены и ощущение тревоги и беспокойства, если он долго не выпивал, а следом появляется тяга — стремление выпить во что бы то ни стало. На следующей стадии симптомы отмены становятся более серьезными: видимый тремор, беспокойство, потение, тошнота и рвота, бессонница и регулярные кошмары. Эти симптомы могут прорываться в бодрствующее сознание в виде галлюцинаций, характеризующих такое тяжелое нарушение, как белая горячка.

Регулярное злоупотребление алкоголем ведет к повреждению мозга и потере кратковременной памяти, что, в свою очередь, вызывает состояние, близкое к деменции.

Алкоголь препятствует всасыванию некоторых витаминов. При плохом питании у хронических алкоголиков может возникать острое заболевание, при котором двоится в глазах и наблюдаются спутанное сознание, слабость и признаки глубокого разрушения мозга. Это называется энцефалопатией Вернике и требует срочного лечения у специалистов.

Споры и разногласия

Существует множество споров относительно слова «алкоголик», которое часто используется в уничижительном смысле. Мы называем так людей с описанной ранее тяжелой алкогольной зависимостью.

Известно, что алкоголизм прослеживается в истории семьи и вероятно влияние генетической предрасположенности. Однако лишь регулярное употребление алкоголя и легкий доступ к нему ставят человека в рискованную ситуацию возникновения зависимости.

Другой вызывающей разногласия темой является цель лечения: полное воздержание от алкоголя, пропагандирующееся Обществом анонимных алкоголиков, или контролированное употребление для отдельных категорий людей. На ранней стадии употребления те, кто еще не выработал физической зависимости от алкоголя, могут вернуться к его контролированному употреблению, хотя некоторым легче ставить себе целью полное воздержание, нежели постоянно волноваться об утрате контроля. Для людей с физическими или психическими заболеваниями воздержание является наиболее безопасным вариантом.

Нет твердых доказательств существования особого типа личности, склонной к употреблению алкоголя. Однако многие используют его, чтобы облегчить жизнь, особенно если постоянно тревожатся и постепенно попадают в зависимость. Пьянство является привычкой, без сомнения приводящей к физическим и психическим проблемам.

Многие полагают, что изменить свою привычку к выпивке невозможно. Однако это не так, и существуют методы лечения алкоголизма, доказавшие свою эффективность.

Что нужно делать?

Самопомощь

Большинство из людей недооценивает количество потребляемого алкоголя. Вид помощи зависит от природы и стадии алкогольной зависимости. Самопомощь всегда играет важную роль, и этого иногда достаточно, чтобы избавиться от вредной привычки. Многие признают свою проблему и стараются измениться, часто с помощью членов семьи, друзей или коллег по работе.

Самопомощь заключается в регулярном ведении дневника, где человек указывает, сколько он пьет, отмечая любые рискованные ситуации (например, конкретное время и место, где он пьет больше всего). Приведенная ниже таблица используется для подсчета ежедневного употребления алкоголя.

День	Сколько	Когда	Где	С кем	Единицы	Всего
Понедельник						
Вторник						
Среда						
Четверг						
Пятница						
Суббота						
Воскресенье						
Всего _____						

Спиртные напитки отличаются по крепости. Чтобы понять, сколько выпито, следует считать единицы. Одна

единица содержит примерно 10 граммов алкоголя и представляет объем стандартной мерки в пабе: 250 граммов пива обычной крепости или маленький стакан вина (во многих пабах мера вина часто бывает две и более единицы).

Разумный объем потребления алкоголя составляет до трех единиц в день для женщин и до четырех единиц для мужчин; в неделю это максимум 14 единиц для женщин и 21 единица для мужчин. Превышая эти нормы, человек рискует нанести вред здоровью, особенно женщины, поглощающие более 35 единиц в неделю, и мужчины, поглощающие более 50 единиц.

В период беременности следует воздерживаться от алкоголя или употреблять его в очень ограниченных количествах, поскольку он может негативно повлиять на развитие ребенка.

Главный этап процесса восстановления заключается в признании необходимости перемен. На пути к цели наверняка возникнут рецидивы — редко удается достичь ее немедленно. Однако, если стремление изменить привычки сохраняется, человек вполне способен достичь значимых и долговременных результатов.

Виды лечения

Важным фактором в успешном лечении является желание измениться. Службы первичной помощи и социальные организации, специализированные учреждения, клиники по лечению алкогольной зависимости и добровольные службы по работе с алкоголизмом — все эти структуры оказывают помощь по данной проблеме. Однако некоторым людям сложно решиться на то, чтобы изменить жизнь.

Препятствия к изменениям делятся на несколько групп.

- Социальные — друзья и коллеги настаивают на том, чтобы человек пил; его работа связана с употреблением алкоголя на банкетах.
- Окружающая среда — выпивка в общежитии для бездомных часто является основным их развлечением.
- Психологические — тревога, депрессия, социальные фобии, представление о том, что справиться с трудностями без алкоголя невозможно. Проблемы часто исчезают после того, как человек прекращает пить.
- Физические — использование алкоголя для облегчения боли или при бессоннице (однако само избыточное употребление алкоголя может вызывать бессонницу).
- Симптомы отмены — когда зависимый человек прекращает пить или снижает объем потребления алкоголя, он может испытывать тревогу, тремор, беспокойство, тошноту или рвоту. Медикаментозное лечение помогает преодолеть симптомы отмены, но длится не более нескольких дней. Чаще всего оно проходит дома, хотя иногда возникает необходимость в госпитализации.

Детоксификация — лечение, направленное на преодоление физической зависимости, начало длительного процесса преодоления психологической зависимости и обретения понимания того, как жить, не обращаясь к алкоголю.

Предотвращение рецидива. Существует несколько особых техник, помогающих предотвратить рецидив. К ним относятся разговорная терапия (см. *Психотерапевтические и медикаментозные методы лечения*) и лекарства.

Тягу к спиртному снижают акампросат и налтрексон. Если человек употребляет алкоголь, принимая дисульфирам (антабус), то чувствует себя очень плохо, поскольку лекарство препятствует расщеплению спирта в организме. Этого эффекта не наблюдается, если человек не пьет спиртные напитки.

Долговременные позитивные эффекты возникают благодаря разговорной терапии (например, когнитивно-поведенческой), целью которой является изменение стиля жизни, преодоление препятствий на пути к изменениям, а также понимание и работа с ситуациями, предшествующими рецидиву (см. там же).

Большинство видов разговорной терапии исследует механизмы, запускающие желание выпить, увеличивает личностную мотивацию для изменений с помощью техники опроса и тщательно изучает ведущие к рецидиву факторы.

Групповая терапия помогает в процессе длительного изменения стиля жизни и в кризисных ситуациях (см. *Психотерапевтические и медикаментозные методы лечения*). Свою эффективность, особенно в работе с тяжелой формой зависимости, доказало Общество анонимных алкоголиков. Его члены дают обещание воздерживаться от алкоголя в течение всей жизни. Социальная сеть организации помогает тем, кто оказался в одиночестве из-за пристрастия к спиртному или чьими единственными товарищами являются другие алкоголики.

Большинство людей с алкогольными проблемами получают помощь на лечебных сеансах в клиниках или общественных центрах. Госпитализация необходима в тех случаях, когда у человека тяжелые симптомы отмены, требующие детоксификации в стационарных условиях, серьезные нарушения в работе мозга или другие физи-

ческие проблемы, при которых следует начать немедленное лечение.

Хотя есть свидетельства, что краткий и точный совет по одному-двум вопросам бывает очень полезен, люди с серьезной алкогольной зависимостью нуждаются в более пристальном и длительном внимании специалистов. Это гарантирует, что возникающий рецидив быстро заметят и начнут с ним работать.

Альтернативная терапия. Существует несколько альтернативных подходов к работе с алкогольной проблематикой, включая акупунктуру, травяные препараты (например, масло вечерней примулы), а также различные техники расслабления. Есть доказательства, что эти методы помогают, хотя ни один из них не зарекомендовал себя как наиболее результативный.

Каждый может использовать альтернативные способы лечения вместе с такими традиционными и доказанными психологическими техниками, как когнитивно-поведенческая терапия, и лекарственными препаратами.

Какое лечение выбрать?

Искушение напомнить о тех, кто категорически не признает наличия у себя алкоголизма, понятно, но лишено смысла. Поддержка семьи и друзей, а также план по самопомощи с использованием дневника часто приводят к снижению количества употребляемого алкоголя.

Если проблемы серьезные, человеку иногда достаточно обратиться в Общество анонимных алкоголиков. Кому-то потребуется помощь семейного врача или психолога.

Семейный врач должен направить людей с тяжелыми проблемами в специализированные клиники по работе с зависимостью, предоставляющие ряд необходимых методов лечения. Медсестры таких заведений помогают

преодолеть симптомы отмены и определяют человека к специалисту или в группу, где он сможет найти совет и поддержку.

Можно помочь даже тем, кто серьезно болен и чей мозг уже поврежден, если они станут полностью воздерживаться от алкоголя и научатся адаптироваться к нарушениям в работе мозга, пожив некоторое время в интернате со специальным уходом.

Предупреждение: советы пьющим, их семьям и друзьям

- ❖ Проверяйте количество употребляемого алкоголя, используя дневник и советы, приведенные выше.
- ❖ Старайтесь пить медленно, чередуйте алкогольные напитки с безалкогольными.
- ❖ Не пейте на пустой желудок.
- ❖ Еженедельно соблюдайте дни без алкоголя.
- ❖ Не забывайте, что для выведения одной единицы алкоголя требуется час.
- ❖ Устраивая вечеринку, обязательно ставьте на стол безалкогольные напитки — вы отвечаете за безопасность своих гостей.
- ❖ Никогда не заставляйте человека пить алкоголь.
- ❖ Отказываться от предложения выпить — это нормально.

Доктор Брюс Ритсон

Заключение доктора Персоуда

Алкоголь не только широкодоступен, но и глубоко внедрился в жизнь западного общества, из-за чего не пью-

щий на вечеринке человек (например, выздоравливающий алкоголик, который не афиширует это) выглядит странно. Таким образом, развитие зависимости от алкоголя — одна из тех психологических проблем, заполучить которую настолько легко, что этого можно даже не заметить.

Один из способов определить наличие зависимости — попробовать жить без алкоголя длительный период времени. Возможно, в традиции Великого поста, когда на сорок дней и сорок ночей люди оставляют любые потенциально вредные привычки, существует глубокий смысл. Другой ключевой проблемой в работе с алкогольной зависимостью является представление, будто большинство мыслей о воздержании приходят в голову самодовольных и унылых ворчунов. Реальность, однако, такова, что если веселье наступает только после принятия алкоголя, значит надвигаются серьезные проблемы.

Литература

The Effective Way to Stop Drinking (Penguin Health Care and Fitness), Beechy Colclough, предисловие Elton John, Penguin, 1998.

The Thinking Person's Guide to Sobriety, Bert Pluymen, Griffin, 2006.

Альтернативная медицина

Женщина, желавшая выбора

Стеф тридцати лет больна депрессией и принимает антидепрессанты. Она приходит к своему врачу, чтобы обсудить ход лечения.

Стеф: *Я чувствую себя лучше, но мне нужно как-то себя подбодрить. Я слышала, что неплохо помогает зверобой.*

Доктор В.: *В некоторых странах его используют чаще антидепрессантов. Он подходит для лечения слабой и умеренной форм депрессии, но если человек болен серьезно или подумывает о самоубийстве, то должен лечиться традиционными средствами.*

Стеф: *А как действует зверобой и насколько он эффективен?*

Доктор В.: *Мы не знаем принципов его воздействия, но полагаем, что он повышает количество серотонина в мозге. Эффективность зависит от качества экстракта.*

Стеф: *Поскольку зверобой — природное средство, у него не должно быть побочных эффектов.*

Доктор В.: *Это не совсем так. Побочные эффекты есть, но обычно слабые. У вас могут возникнуть сухость во рту, головные боли, тошнота,*

проблемы с желудком, усталость, головокружение и сексуальные проблемы. Ваша кожа может быстрее обгорать — это называется фоточувствительностью. В таком случае следует использовать солнцезащитный крем.

***Стеф**: А если в будущем я захочу родить ребенка?*

***Доктор В.**: Если женщина беременна или кормит грудью, зверобой не рекомендуется.*

***Стеф**: Можно ли принимать его вместе с другим антидепрессантом?*

***Доктор В.**: Нет. В этом случае возникает вероятность всплеска серотонина. Вы можете чувствовать жар и необычную взволнованность. Резкий подъем серотонина способен вызывать судороги. Тяжелая форма такого состояния называется серотониновым синдромом и потенциально опасна для жизни.*

***Стеф**: Можно ли принимать зверобой одновременно с противозачаточными средствами?*

***Доктор В.**: Нет, поскольку зверобой снижает их эффективность, и вы можете забеременеть. Если вы принимаете это лекарство, следует подумать о других видах контрацепции.*

***Стеф**: Кажется, зверобой опаснее, чем я думала.*

***Доктор В.**: Хотя зверобой многим помогает, он не сочетается с некоторыми видами лекарств. Если вы решите его принимать, попробуйте стандартизованный экстракт, поскольку с ним легче подобрать правильную дозу. Возможно, следует выбрать продукт хорошей фирмы. Существует и другая возможность — когнитивно-поведенческая терапия с гораздо меньшим количеством побочных эффектов.*

Что такое альтернативная медицина?

Люди во всем мире используют средства альтернативной медицины. Некоторые употребляют их для улучшения самочувствия и повышения качества жизни, другие лечат заболевания, иногда совмещая традиционные и нетрадиционные препараты.

Альтернативные подходы к лечению пользуются популярностью, поскольку кажутся естественными и более безопасными, чем традиционные лекарства. Их считают целостными, то есть они обращаются к лечению и сознания, и тела, не сосредотачиваясь на отдельных изолированных симптомах.

К таким методам обращаются уже тысячи лет, однако лишь в недавние годы альтернативную медицину начали изучать. Даже сейчас о ее эффективности и безопасности известно не слишком много.

Существует множество видов нетрадиционных методов лечения. К лекарственным относятся растения, продукты и пищевые добавки, к физическим — акупунктура, массаж и остеопатия. Есть методы, основанные на изменении потоков энергии: рейки, рефлексология, целительское прикосновение (наложение рук), гомеопатия и традиционная китайская акупунктура.

Какие средства альтернативной медицины используются в лечении психических заболеваний

Многие альтернативные средства применяются в лечении тревожного состояния и депрессии, но в случае та-

ких состояний, как психоз и шизофрения (см. *Шизофрения*), возможности нетрадиционной медицины ограничены.

Некоторые интернет-ресурсы предоставляют сведения об индивидуальных методах терапии, однако не следует полагаться только на эту информацию, лучше обсудить свое положение с врачом.

Растительные средства

Эти средства изготавливают из растений. Далеко не всегда известны их активные ингредиенты или та часть растения, что требуется для достижения эффекта. Бывает довольно сложно подобрать безопасную и эффективную дозу — часто дозировка основывается на опыте, а не на результатах исследования. Растительные препараты не всегда действуют мягче, чем средства традиционной медицины. Все они могут иметь побочные эффекты и взаимодействовать с другими препаратами.

Наиболее известное растительное лекарство в сфере психического здоровья — зверобой (*hypericum perforatum*). В основном его применяют как антидепрессант, но также используют в качестве снотворного и для снятия тревоги (см. *Тревожное расстройство и паническая атака*). Зверобой помогает при слабой и умеренной депрессии (см. *Депрессия*), однако при тяжелой депрессии или суицидальных мыслях более эффективны антидепрессанты.

У зверобоя мало побочных эффектов. Его нельзя принимать вместе с антидепрессантами, и он может взаимодействовать с другими лекарствами, часто снижая их эффективность. К таким лекарствам относятся противозачаточные средства, дигоксин, лекарства от СПИДа, варфарин и некоторые препараты от астмы.

Валериану, страстоцвет, ромашку, лаванду и хмель используют от бессонницы, при лечении тревоги и (в редких случаях) зависимости. Их применяют сотни лет, но эффективность этих средств исследована крайне мало. Они могут помогать, однако доказательств этого не слишком много, а их безопасность не изучена.

Кава, лекарство против тревоги, эффективно, но, по мнению некоторых, может вызывать проблемы с печенью. В аптеках Британии она больше не продается, хотя через Интернет ее можно купить. Мы бы не рекомендовали употреблять каву до тех пор, пока не выяснится, насколько она безопасна.

Гингко и гидергин повышают умственную работоспособность. Их принимают для улучшения работы мозга и широко используют при деменции (см. *Альцгеймера болезнь и другие виды деменции*). Гингко разжижает кровь, поэтому у людей с заболеваниями крови, а также принимающих ибупрофен или аспирин могут вызвать кровотечение (в редких случаях — инфаркт).

Гингко широко распространен, и многие используют его без каких бы то ни было осложнений. Гидергин взаимодействует с препаратами против деменции и многими антидепрессантами. Есть риск, что он вызывает такие симптомы психоза, как галлюцинации.

Наиболее распространенные добавки

К добавкам относятся витамины, минералы, а также продукты животного и растительного происхождения — например, масло печени трески или подсолнечное масло. Все добавки могут иметь побочные эффекты и взаимодействовать с другими лекарствами. Любое превышение дозы необходимо обговаривать с врачом.

Жирные кислоты омега-3, содержащиеся в рыбьем жире или масле печени трески, улучшают общее состоя-

ние здоровья. Они могут помочь при депрессии, перепадах настроения и психозе. Однако эти вещества не так эффективны, как современное лечение, и многие исследования рассматривают их действие только в сочетании с традиционными препаратами.

Витамин Е (альфа-токоферол) — антиокислитель, используется как для улучшения интеллектуальной работы и лечения сексуальных проблем (см. *Сексуальные расстройства*), так и при нарушении двигательных функций, вызванных традиционными антипсихотическими препаратами (поздняя дискинезия). Он немного помогает и при других двигательных расстройствах, однако высокие дозы витамина Е могут быть опасны.

Фолиевая кислота, селен, S-аденозилметионин и 5-гидрокситриптофан — добавки, употребляются при депрессии. Фолиевую кислоту и селен лучше применять в сочетании с антидепрессантами. Кроме того, они широко используются в период беременности для предотвращения врожденных дефектов плода.

Фолиевая кислота способна взаимодействовать со многими лекарствами. Что касается селена, очень важно не превышать рекомендованную ежедневную дозу. В Британии S-аденозилметионин используется довольно редко, хотя существуют свидетельства его эффективности. Традиционно его применяют в виде инъекций, но есть вариант и для перорального применения.

Акупунктура

Акупунктуру применяют в лечении депрессии, тревоги, возбуждения, нарушений сна и усталости (см. *Синдром хронической усталости*). Существует две школы акупунктуры: традиционная китайская и западная. Традиционная китайская акупунктура размещает иглы вдоль предполагаемых энергетических каналов (меридианов),

восстанавливая энергетический баланс, нарушения которого привели к болезни.

Западный подход использует ту же технику, не обращаясь к идее энергии. На западе акупунктура применяется преимущественно как лечение от боли.

При электроакупунктуре иглы подсоединяются к прибору, испускающему небольшие электрические разряды, усиливающие стимул. Это может оказаться полезно при лечении депрессии.

Большинство людей хорошо переносит акупунктуру, хотя все ее преимущества и риски должны обговариваться индивидуально. С некоторыми точками для внедрения игл необходимо работать особенно внимательно (например, те, что стимулируют матку, не должны активизироваться у беременных женщин). Страдающие фибромиалгией плохо переносят акупунктуру из-за повышенной чувствительности к боли.

Гомеопатия

Гомеопатия работает по принципу «подобное лечат подобным» и использует вещества разной степени разведения. Индекс разведения может быть настолько высоким, что в препарате окажется лишь несколько молекул оригинального вещества или вообще ни одной.

Гомеопатические лекарства готовят из минералов, растительных и животных веществ. Чем сильнее разведен раствор, тем он эффективнее. Это один из наиболее противоречивых аспектов гомеопатии, поскольку большинство людей не понимают, как именно действует гомеопатическое средство.

Относительно эффективности гомеопатии возникает множество сомнений, поэтому при серьезных психических заболеваниях такие лекарства не следует применять вместо традиционного лечения. Однако некоторым по-

могает сочетание гомеопатических и традиционных средств. Основным преимуществом гомеопатических препаратов является их высокая степень разведения, а следовательно, безопасность. Иногда мнительные больные считают, что их симптомы обострились — это аггравация.

Ароматерапия

Ароматерапия основана на целительских свойствах растительных масел. Эти масла разведены в «масле-основе». Обычно они используются для сжигания в аромалампах, для принятия ванн или втирания в кожу; при этом запах масла распространяется по помещению и стимулирует обоняние.

Массаж в ароматерапии основывается на технике, снимающей физическое напряжение и улучшающей циркуляцию крови. По мнению практиков, это позволяет молекулам масла через кровеносную систему попасть к нервным клеткам. Масло вдыхают специально или во время массажа, что вызывает общее ощущение хорошего самочувствия.

Люди используют ароматерапию для расслабления, улучшения сна, облегчения боли, снижения депрессивных симптомов и уменьшения беспокойства при деменции. Судя по всему, эффект от нее довольно слабый, поэтому ароматерапию лучше использовать в сочетании с традиционной медициной, а не в качестве ее альтернативы.

Для большинства пациентов ароматерапия безопасна. Однако есть масла, которые нельзя использовать беременным женщинам, больным эпилепсией, младенцам и маленьким детям. Некоторые запахи могут вызвать аллергию или увеличить чувствительность к свету.

Как использовать альтернативные препараты

Из-за огромного разнообразия существующих лекарств и техник выбрать подходящий вариант непросто.

Правильно

- трезво подходить к выбору методов традиционной и альтернативной медицины;
- советоваться с врачом, медсестрой или фармацевтом;
- рассказать лечащему врачу, в том числе и практику альтернативной медицины, обо всех принимаемых лекарствах и используемых методах;
- предупредить врача о беременности, планировании зачатия или кормления грудью;
- рассказать врачу о физическом здоровье, в том числе о возможных приступах и аллергии;
- обсуждать сомнения, связанные с традиционными методами лечения;
- интересоваться квалификацией и опытом врача, практикующего альтернативные методики;
- задавать врачу вопросы о побочных эффектах любого средства или метода;
- консультироваться при возникновении необычных симптомов;
- отводить сеансам лечения четко определенное время.

Неправильно

- резко прекращать прием традиционных лекарств;
- верить любой информации о лекарствах и методах лечения, если только они не поступают из надежного источника;
- верить в чудесное исцеление;

- принимать высокие дозы пищевых добавок, если только их безопасность не подтверждена опытным врачом;
- сочетать множество различных препаратов;
- принимать альтернативные лекарства, не зная, для чего они предназначены;
- принимать лекарства, выписанные другому пациенту;
- принимать лекарства, приобретенные у ненадежного продавца;
- платить заранее крупные суммы денег за лечение;
- практиковать на себе акупунктуру или другое физическое лечение, не имея навыков;
- обвинять себя, если альтернативное лечение не помогает;
- опускать руки из-за неоправданной критики, но удостовериться, что вы действительно не наносите себе вреда.

Доктор Хаген Рэмпс
и доктор Урсула Вернеке

Заключение доктора Персоуда

Один из вопросов, стоящих перед врачами традиционной медицины, таков: почему сейчас, когда медицина находится на пике своего развития, столько людей, особенно на Западе, обращаются к альтернативным методам и нетрадиционным подходам к лечению?

Возможно, дело в том, что врачи часто говорят с людьми на «чужом языке», употребляя незнакомые широкой публике научные термины. В свою очередь практики альтернативной медицины используют язык «энергий» и «каналов», находящий отклик у гораздо большего числа пациентов.

Есть и другая теория: у врачей нет ни времени, ни навыков тщательно анализировать тревоги больного. Им гораздо удобнее просто выписать рецепт.

Однако большинство из нас, столкнувшись с проблемой, требующей срочного решения (внезапная сильная боль в груди и рвота), не станут обращаться к ароматерапевту, а вызовут «скорую помощь». В ситуации, угрожающей нашей жизни, мы хотим, чтобы нам помогала современная техника. Возможно, взлет популярности альтернативных подходов отражает увеличение числа людей, страдающих от менее острых хронических заболеваний, притом что современная медицина не предлагает решения этих проблем.

Альтернативный подход позволяет человеку чувствовать себя более состоятельным и самому следить за своим здоровьем, тогда как в современных клиниках и больницах роль пациента обычно сводится к пассивной роли в процессе лечения.

К кому бы пациент ни обратился, имеет смысл придерживаться базовых правил: узнать квалификацию врача, кто регулирует его работу, есть ли у него опыт в этой области, какова вероятность успеха, существует ли независимая оценка предложенного подхода, сколько это будет стоить и что делать, если лечение не поможет.

Литература

«Complementary Alternative Medicine in Psychiatry: A Review of Effectiveness and Safety», U. Werneke, T. Turner and S. Priebe, *British Journal of Psychiatry,* 188, 109 — 21, 2006.

Боль хроническая и физические заболевания

Женщина, которой не стало легче после того, как ее вылечили

Миссис Аллен радовалась выходу на пенсию. Дети покинули дом, и они с мужем могли больше времени уделять себе. Однако спустя какое-то время миссис Аллен начала очень уставать. Поначалу она списала это на процесс старения, но муж тревожился из-за того, какой бледной и больной она казалась, и миссис Аллен обратилась к врачу.

Врач провел обычные анализы крови, и после этого события начали стремительно развиваться. Он позвонил миссис Аллен и назначил срочную встречу с гематологом — специалистом по заболеваниям крови. На встрече гематолог предложил ей немедленно лечь в больницу.

После нескольких обследований миссис Аллен поставили диагноз: лейкемия, рак крови, из-за чего она была вялой и уставшей, а сопротивляемость организма инфекциям снизилась. Миссис Аллен намеревалась бороться с болезнью и согласилась пройти курс химиотерапии.

Побочные эффекты химиотерапии отрицательно сказались на ее самочувствии: началась диарея, стали выпадать волосы. Она глядела в будущее с печалью и пессимизмом, испытывая вину за то, какое влияние эта болезнь оказывает на ее семью.

Спустя несколько недель врачи сообщили миссис Аллен хорошие новости: химиотерапия помогла, и они планируют ее выписывать. Однако она продолжала чувствовать себя больной, усталой, не могла подняться с постели и утратила всю энергию.

Врачи полагали, что некоторые ее проблемы связаны с подавленным настроением, и пригласили психиатра. Он попросил миссис Аллен рассказать о своей болезни и о том, как она с ней справляется. Она признала, что дается ей это непросто, и объяснила, как она привыкла решать свои проблемы. Если невозможно было выйти из положения или получить совет, она отвлекала себя, занимаясь садом, или ходила гулять с собакой. В больнице и то, и другое было ей недоступно, поэтому она чувствовала себя в ловушке.

Сначала миссис Аллен держалась хорошо, несмотря на болезненные обследования. Однако из-за химиотерапии она почувствовала себя хуже, настроение стало подавленным. Даже когда все закончилось, дух ее пребывал в угнетенном состоянии. Все казалось безнадежным, ей хотелось уснуть и никогда больше не просыпаться.

Психиатр спросил, помогает ли миссис Аллен ее семья. Она ответила, что родственники пытались ее поддерживать, но при этом очень расстраивались. В семье она всегда была сильной, и это к ней обращались за помощью. Теперь же, когда в помощи нуждалась она, родственники не знали, что делать.

По словам психиатра, у нее, как и у многих людей с физическими заболеваниями, развилась депрессия. Ей требовалось свыкнуться с диагнозом, неопределенностью будущего, обследованиями и тяжелым лечением. К тому же химиотерапия иногда напрямую влияет на мозг, провоцируя депрессию, а в больнице миссис Аллен не могла привычным способом преодолеть трудности.

Она согласилась попробовать лечение антидепрессантами. Психиатр регулярно встречался с миссис Аллен, проверяя, как она себя чувствует, а также обсудил с ее семьей то, как они справляются в этой ситуации. Лечащим врачам миссис Аллен он рассказал о депрессии, и те предоставили возможность ей и ее семье снова обсудить практические детали жизни с лейкемией и общий эмоциональный настрой.

Через пару недель миссис Аллен чувствовала себя гораздо лучше. К ней постепенно возвращалась энергия, она начала вставать и ходить по палате. Мистер Аллен сказал, что его жена становится наконец собой.

В конечном итоге ее выписали. Психиатр рекомендовал продолжать принимать антидепрессанты; к тому же миссис Аллен нуждалась в дальнейших курсах химиотерапии. Антидепрессанты успешно предотвратили новые эпизоды депрессии, несмотря на продолжающееся лечение от лейкемии.

Физические заболевания и психологические проблемы

Часто мы говорим о сознании и о теле так, словно это отдельные вещи. Легко забыть, что у физического забо-

левания есть психологические причины, или наоборот — оно спровоцирует психическую болезнь, особенно тревожное расстройство и депрессию (см. *Депрессия*; *Тревожное расстройство и паническая атака*).

У людей с физическими заболеваниями часто наблюдаются психологические проблемы:

- вероятность появления депрессии у таких людей в два раза выше, чем в популяции;
- в больницах треть пациентов с физическими заболеваниями страдают тревожным расстройством или депрессией;
- тревожное расстройство или депрессия наблюдается как минимум у половины пациентов с хронической болью.

Длительная или хроническая боль — реальный фактор риска для возникновения психологических проблем. Хроническая боль возникает в случае, когда лечение проходит медленно или вообще отсутствует. После того как болезнь или травма вылечены, человек иногда продолжает испытывать боль.

Как жить с физическим заболеванием

Жизнь с физическим заболеванием поднимает много вопросов, в том числе:

- что для человека означает этот диагноз?
- какое лечение и обследование ему необходимо?
- как болезнь повлияет на его семейную жизнь, отношения, работу и общение?

Привыкание к физическому заболеванию может длиться долго, особенно если его симптомы то появляются, то исчезают или если оно ведет к ухудшению состояния.

Каков уровень стресса физического заболевания?

Уровень стресса, связанного с заболеванием, зависит от следующих факторов:

- ❖ диагноз;
- ❖ необходимое лечение;
- ❖ социальное положение человека;
- ❖ его способность справляться с проблемами.

Наиболее стрессовые заболевания связаны с мозгом: например, инсульт или опухоль. Они длительные, болезненные, истощающие и с большей вероятностью ведут к депрессии. Создавать психологические проблемы могут определенные лекарства и методы лечения — к ним относятся стероиды, химиотерапия и некоторые болеутоляющие средства.

Важную роль играют друзья и семья, предлагающие социальную поддержку. Хорошо, если есть такой человек, которому больной доверяет и который понимает его положение. Без социальной поддержки риск развития психологических проблем гораздо выше.

У каждого человека есть свои способы справляться с трудностями. Некоторые сосредотачиваются на практических вещах (например, ищут информацию о своем заболевании), другие предпочитают эмоциональный стимул и находят пользу в группах поддержки, где делятся своими чувствами.

Некоторые попытки справиться с проблемами могут обратиться против больного:

- ❖ он отрицает наличие у себя заболевания, не обращается к врачу и не получает необходимой помощи;
- ❖ он обвиняет в своих проблемах кого-то другого;

- если в семье существует история психических заболеваний, возрастает подверженность человека психологическим проблемам, особенно стрессу на фоне физического заболевания.

Сложности в определении и лечении психологических проблем

Существует несколько причин, по которым у физически больных людей врачи не определяют психологических проблем. К ним относятся:

- предположение врачей или пациентов, что тревога и депрессия естественным образом сопутствуют физической болезни и организм не отреагирует на лечение;
- нежелание врачей исследовать эмоциональные проблемы пациентов из-за отсутствия времени или из страха, что не смогут с ними справиться;
- сложности с отделением симптомов депрессии от симптомов физического заболевания;
- предположение, что психологические симптомы являются частью физического заболевания;
- нежелание пациента обсуждать свои психологические проблемы с врачами, занимающимися физическими заболеваниями;
- обвинение пациентом самого себя в своих симптомах;
- случай, когда пациент считает психологические проблемы признаком слабости;
- неверие, что к хронической боли имеют отношение психологические факторы и им может помочь психологическое лечение.

Врачи должны разобраться, не тревожится ли пациент, не испытывает ли депрессию. Исследование показывает,

что обычный вопрос «У вас депрессия?» — самый простой и прямолинейный способ понять, есть ли у пациентов психологические осложнения.

Как это выглядит?

Нормальная реакция на стресс или депрессия?

Хотя тревога и депрессия при физических заболеваниях встречаются часто, нелегко определить, когда эмоциональная реакция на стрессовую ситуацию превращается в психическую проблему, требующую лечения. И особенно нелегко сориентироваться на ранних стадиях болезни, когда человек должен смириться с плохими новостями.

Обычно тревога и депрессия продолжаются дольше нормальной реакции на стресс. Эти чувства могут быть сильными и негативно влиять на жизнь человека. К признакам того, что он находится в депрессии, относятся:

- ❖ больной не может смириться с болезнью;
- ❖ испытывает вялость;
- ❖ выздоровление идет медленнее, чем ожидалось.

Если человек говорит о желании умереть или думает о самоубийстве, он, вероятнее всего, находится в депрессии (см. *Самоубийство и самоповреждение*).

Симптомы депрессии или физическое заболевание?

Симптомы депрессии включают в себя:

- ❖ плохой аппетит;
- ❖ потерю веса;
- ❖ снижение энергии.

Эти же симптомы иногда сопутствуют и физическим заболеваниям. Пытаясь определить депрессию у больного человека, следует сосредоточиться:

- ❖ на недостатке социального общения;
- ❖ на спадах в настроении, отрицательном расположении духа;
- ❖ на чувстве вины или бесполезности.

Последствия тревоги и депрессии

Психологические трудности влияют на качество жизни человека и способны обострять физические заболевания, которые у него есть.

Депрессия действительно может повлиять на физическое заболевание. Человек начинает больше курить и меньше занимается спортом, чаще всего не принимает выписанные лекарства или перестает участвовать в реабилитационной программе.

Депрессия и тревога оказывают прямое влияние на функции организма, что очень опасно:

- ❖ в состоянии депрессии при заболеваниях сердца нарушается сердечный ритм;
- ❖ при раковых заболеваниях психологические факторы отдаляют ожидаемый результат лечения.

Хроническая боль

Хроническая боль повышает раздражительность, которая, в свою очередь, вызывает у человека чувство вины. Боль нарушает сон. Когда человек устал, ему сложнее бороться с болезнью.

Боль невидима, и иногда людям кажется, что другие просто не верят, сколько им приходится терпеть. Человек можете разочароваться во врачах, неспособных ему помочь.

У людей с длительными болями страдания порождают тревогу или депрессию. Депрессия понижает болевой порог и делает боль еще сильнее. Так возникает замкнутый круг боли и депрессии.

Что нужно делать?

Когда следует обращаться за помощью?

При физическом заболевании человек должен обращаться за помощью, если:

- с течением времени его настроение не улучшается;
- его самочувствие влияет на повседневную жизнь, отношения с семьей и друзьями;
- ему кажется, что жизнь не стоит того, чтобы ее продолжать.

Важно поговорить с кем-то об этих чувствах и проблемах, например с терапевтом.

Самопомощь

- Возможность обсудить свои проблемы с близким человеком способна принести облегчение. Большую поддержку оказывает свободное общение с тем, кому вы доверяете и кто не выносит никаких суждений. Собеседник может напомнить вам, что эти чувства — не признак слабости.
- Если у вас есть беспокоящие вопросы о болезни или что-то, в чем вы не уверены, поговорите с врачами или медсестрами, которые вас лечат. Вам станет гораздо легче справляться с заболеванием, если вы как можно больше о нем узнаете.
- Потребляйте здоровую пищу или выработайте сбалансированную диету. Из-за тревоги и депрессии ваш

аппетит ухудшается, вес может снижаться. Это только усугубит физические проблемы.

- ❖ Необходимо включить в свой распорядок дня какую-то позитивную деятельность. Если возможно, регулярно занимайтесь физическими упражнениями.
- ❖ Не пейте слишком много алкоголя для подъема настроения или в качестве болеутоляющего. Алкоголь может ухудшить ваше состояние и повлиять на действие других лекарств, которые вы принимаете.

Людям с хронической болью могут помочь следующие советы:

- ❖ найдите то, что отвлекает вас от боли;
- ❖ соблюдайте хорошую осанку;
- ❖ оставайтесь активными, но не перегибайте палку;
- ❖ постепенно увеличивайте свою активность и наращивайте уверенность, благодаря которой вы сможете справиться с болью.

Лекарства от тревоги и депрессии

Иногда врачи или пациенты считают, что антидепрессанты не помогут, поскольку физическая болезнь — вполне логичная причина для возникновения тревоги или депрессии. Однако антидепрессанты помогают при лечении этих расстройств, появляющихся в широком спектре физических заболеваний. То, что депрессию «можно понять», не означает, что ее нельзя вылечить.

Выбор врачом антидепрессантов зависит от вида физического заболевания и других лекарств, которые принимает пациент. Некоторые антидепрессанты имеют побочные эффекты, с большей вероятностью влияющие на сердце, и пациентам с сердечными заболеваниями следует их избегать. Люди с физическими болезнями очень чувствительны к побочным эффектам, так что прием ан-

тидепрессантов им необходимо начинать с низкой дозы, увеличивая ее постепенно.

Ингибиторы обратного захвата серотонина и другие новые антидепрессанты наиболее безопасны и широко используются людьми с физическими заболеваниями.

Лекарства от хронической боли

Для лечения хронической боли применяются самые разные лекарства.

- ❖ Существует множество болеутоляющих средств (анальгетиков). Они снижают или блокируют передачу нервной системой и мозгом болевых импульсов.
- ❖ Противовоспалительные средства снижают количество веществ, передающих сигналы боли, которые возникают в месте травмы.
- ❖ Некоторые антидепрессанты могут оказаться полезными при лечении хронической боли, даже если у человека не наблюдается тревоги и депрессии. Они действуют как болеутоляющие, снижая передачу нервной системой болевых импульсов.
- ❖ Противосудорожные средства, чаще применяемые при лечении эпилепсии, также помогают при определенных типах боли.
- ❖ При боли, вызванной мышечными спазмами, иногда применяют мышечные релаксанты.

Если пациенту выписали лекарства от хронической боли, необходимо следовать предписанию врача или советам медсестер. Хотя лекарства часто очень эффективны, они могут вызывать серьезные побочные эффекты.

Разговорная терапия

Психологическая и духовная поддержка играет важную роль в помощи тем, кому приходится жить со своим за-

болеванием, и способна защитить человека от тревоги и депрессии. Если у него возникают психологические проблемы, разговорная терапия может оказаться столь же эффективной, что и антидепрессанты, и чаще всего два этих подхода применяют в комплексе.

Разговорная терапия помогает человеку разобраться в происходящем и найти способы более эффективно справиться со своими чувствами, мыслями и практическими задачами.

К какому виду разговорной терапии лучше обратиться, зависит от характера проблем и доступного лечения. Один из наиболее популярных видов разговорной терапии — это когнитивно-поведенческая терапия (КПТ), помогающая людям с хронической болью. КПТ направлена на изменение образа мышления и моделей поведения. Эти перемены помогают человеку разобраться в своих мыслях и действиях, научиться управлять ими и улучшают самочувствие. В отличие от других разговорных методов лечения, КПТ сосредотачивается на проблемах и сложностях, возникающих здесь и сейчас.

Цель терапии — научить человека управлять болью и вернуть контроль над собственной жизнью. В КПТ входят рекомендации по растяжкам, физическим упражнениям и расслаблению, а также планированию повседневных забот. Такой подход позволяет вернуть человеку уверенность в себе. Помимо этого, КПТ работает и с негативными моделями мышления (см. *Психотерапевтические и медикаментозные методы лечения*).

Альтернативная терапия

Некоторым людям помогает нетрадиционная (альтернативная) терапия. Благодаря этим методам человек чувствует, что делает нечто позитивное и управляет ситуациями, которые в противном случае показались бы

ему неконтролируемыми. Если он принимает любые другие лекарства, это следует обсудить с лечащим врачом.

Советы семье и друзьям

Часто признаки депрессии и тревоги замечают именно близкие и друзья больного. Если вы о ком-то тревожитесь, постарайтесь убедить человека обратиться к специалистам, которые его лечат, или к терапевту.

Напомните человеку, что тревога и депрессия являются распространенными проблемами, особенно у людей с физическими заболеваниями, и поддаются лечению. Вылечившись, человек будет лучше справляться со своим физическим недугом.

Вот как вы можете помочь человеку справиться с болезнью:

- ❖ проводить с ним время и выслушивать его;
- ❖ поощрять его заниматься привычными делами;
- ❖ следить, чтобы он питался правильно и сбалансированно;
- ❖ контролировать норму потребляемого алкоголя;
- ❖ если человек говорит, что больше не хочет жить или думает о причинении себе вреда, его врач должен об этом знать.

Забота о человеке с физическим заболеванием может быть очень тяжелой, особенно когда у него депрессия или тревога. Если вы устали, не стесняйтесь обращаться за помощью.

Доктор Джим Болтон
и доктор Шейн Квинн

Заключение доктора Персоуда

Многим кажется, что болезнь может быть либо физической (то есть настоящей), либо психологической («все от нервов»), однако в наши дни большинство лечащих врачей рассматривают любое заболевание как нарушение и физических, и психических функций.

Такой подход предъявляет высокие требования к врачам-специалистам, поскольку от них требуются познания и в психологии, и в физиологии, так что пациентам следует оценить, как понимание врачом определенного метода способно влиять на решение проблемы.

Возможно, идеальным стандартом работы с любым пациентом является введение в схему лечения и физиологических, и психологических составляющих. Отсутствие такого подхода остается главным недостатком современной медицины.

Литература

Manage Your Pain: Practical and Positive Ways of Adapting to Chronic Pain, Michael Nicholas, Allan Molloy, Lois Tonkin, Lee Beston, Souvenir Press, 2000.

Бытовое насилие

Женщина, которую выставили за дверь без одежды

Мэнди встретила Стива, когда ей было семнадцать, а ему — двадцать девять лет. В то время Мэнди училась на парикмахера и мечтала когда-нибудь открыть собственный салон. Ей льстило его внимание, подарки и то, что он относился к ней «как к королеве». Она думала, что любит его, а он любит ее. Мэнди переехала к Стиву спустя лишь три месяца после знакомства, а еще через полгода они поженились. До свадьбы не было ни одного случая насилия, хотя Мэнди заметила, что Стив относится к ней как собственник и часто расспрашивает о предыдущих приятелях и отношениях.

Первый эпизод насилия произошел через две недели после свадьбы. Супруги выпивали в местном пабе, а когда вернулись домой, Стив обвинил жену в том, что в баре она «болтала» с другим мужчиной. Когда Мэнди начала это отрицать, он ударил ее по лицу, оставив синяк.

Мэнди была в ужасе от случившегося. Она подумывала о том, чтобы вернуться домой, к матери,

но была слишком растеряна и не желала огорчать маму, недавно перенесшую тяжелую операцию. Она не понимала, почему Стив ее ударил и что она сделала, чтобы настолько его расстроить.

Стив тоже казался шокированным и испуганным. Он извинился перед ней, а на следующий день позвонил на работу и прислал букет цветов. Мэнди решила забыть об инциденте, подумав, что это был единственный срыв и подобного больше не случится.

Через месяц Мэнди узнала, что беременна своим первым ребенком, и с этого момента Стив начал регулярно подвергать ее насилию — физическому, психологическому и эмоциональному. Его поведение стало более собственническим, он стремился контролировать все аспекты жизни Мэнди, заставив ее бросить работу. Стив был груб, оскорблял ее друзей, когда те заходили к ней в гости, и предупреждал «держаться подальше». Он настаивал, чтобы в доме была идеальная чистота, еда приготовлена вовремя, а Мэнди могла выходить на улицу, только предупредив, куда направляется и с кем намерена встретиться. Стив выдавал ограниченное количество денег на продукты и настаивал, чтобы она отчитывалась за каждый пенни. Во время беременности он сопровождал ее на консультации и ждал до конца приема.

Постепенно насилие стало более серьезным и регулярным. Стив кричал на нее, вызывая страх и заставляя чувствовать свою уязвимость, а по мере приближения родов начал критиковать ее, называя «ленивой и толстой». Злясь, он швырял и разбивал вещи. Насилие проявлялось в шлепках, ударах кулаком или ногой.

Мэнди боялась ложиться в постель, поскольку Стив требовал секса, которого при беременности ей совсем не хотелось. Он все больше ревновал, обвинял ее в романах на стороне, что Мэнди отрицала, и регулярно звонил домой, проверяя, где она находится.

Время шло, и Стива больше не беспокоило то, что он причиняет ей боль и страдания, он перестал извиняться и не выглядел виноватым. Он угрожал: если Мэнди уйдет, он найдет ее и вернет обратно. Иногда Стив угрожал ей убийством, и Мэнди рассказывала об одном жутком случае: он так сильно стиснул ее горло, что она решила, будто умирает.

Мэнди ни с кем не могла поговорить о происходящем. Она обратилась к врачу, жалуясь на то, что все время плачет, не может заснуть и испытывает раздражительность. Врач не осмотрел ее, не расспросил о взаимоотношениях со Стивом, а просто выписал антидепрессанты. Она начала пить, чтобы «успокоить нервы».

Депрессия Мэнди становилась все сильнее, и она вернулась к врачу, сказав, что недавно думала о самоубийстве. Врач посоветовал ей меньше пить и поменять одни лекарства на другие. Он снова не спрашивал Мэнди о браке и ее отношениях с мужем.

Когда ребенку исполнилось три месяца, Мэнди покинула дом. Она не смогла найти футболку Стива, из-за чего он накинулся на нее, ударил по голове и вышвырнул без одежды на задний двор. Она поселилась в убежище для женщин, но жизнь без Стива и семьи казалась одинокой и тяжелой; вопреки совету служащих, Мэнди все-таки позвонила ему.

Стив убедил жену вернуться, обещая, что «никогда больше ее не ударит». Она поверила. Но физическое и психологическое насилие возобновилось. Когда Мэнди ушла во второй раз, Стив нашел место, где она скрывалась, и возник на пороге. Мэнди сочла, что у нее нет иного выхода, кроме как снова вернуться домой.

Она ничего не сказала полиции, считая, что этим только ухудшит свое положение. Вечером Стив запер ее в доме и изнасиловал. На следующий день Мэнди приняла большую дозу лекарств и попала в больницу. Ее осмотрел психиатр из отделения «Скорой помощи», однако, поскольку рядом был Стив, Мэнди не смогла рассказать о насилии.

После этого случая Мэнди больше не пыталась уйти. Она поверила словам Стива о том, что, если уйдет еще раз, ее лишат материнских прав как «плохую мать». Поверила Мэнди и угрозе убить ее, если она снова решит сбежать.

Спустя четыре года Стива признали виновным за иное преступление, и Мэнди наконец смогла рассказать о том, что творилось у нее дома. Помощь и поддержку ей оказала организация *Woman's Aid*, ее врач и члены семьи.

Мэнди вновь обрела самоуважение, уверенность в себе и чувство собственного достоинства, утраченное за годы унижений. Вместе с ребенком она переехала в другую часть страны. С тех пор прошло два года; Мэнди работает и пьет гораздо меньше. Она перестала принимать антидепрессанты и познакомилась с человеком без склонности к насилию.

Что такое бытовое насилие?

Бытовое насилие можно описать по-разному, однако ныне используется следующее определение: «Любое проявление угрожающего поведения, принуждения или оскорбления (психологического, физического, сексуального, финансового или эмоционального) между совершеннолетними людьми, которые есть или были близкими партнерами или членами семьи, независимо от их пола и сексуальной ориентации» (*Home Office 2005*).

Бытовое насилие редко происходит по причине психического заболевания и не является состоянием, требующим «лечения» как такового. Однако у многих жертв бытового насилия развиваются серьезные психические проблемы, которые требуют внимания психиатра и медицинского вмешательства.

Бытовое насилие — это преступление, связанное со злоупотреблением властью и контролем. Чаще всего объектами насилия становятся женщины, а совершают его мужчины. Многие жертвы испытывают сильное чувство стыда и считают свое положение позорным. Негативный опыт общения с системой уголовного судопроизводства и другими официальными структурами (в том числе с врачами) ухудшает их и без того тяжелое состояние.

Насколько распространено бытовое насилие?

- Бытовое насилие — во всем мире это наиболее частая причина плохого здоровья у женщин в возрасте от девятнадцати до сорока четырех лет.
- Уровень бытового насилия, о котором сообщают женщины, варьируется от 19 до 69 процентов.
- В Великобритании ежегодно регистрируется примерно 16 миллионов случаев бытового насилия. В тече-

ние года 4 процента женщин и 2 процента мужчин сообщают об эпизодах бытового насилия; в течение одного жизненного срока этот показатель составляет 21 процент для женщин и 10 процентов для мужчин.

- ❖ Женщины значительно чаще сталкиваются с регулярными нападениями, получают травмы, испытывают страх или эмоциональную боль.
- ❖ Любая женщина может столкнуться с бытовым насилием, хотя возможность его появления увеличивают такие факторы, как бедность, плохое образование, брачные конфликты и алкоголизм.
- ❖ После первого эпизода насилия с высокой степенью вероятности последуют другие.
- ❖ Мужчины, которых били в детстве или которые видели, как бьют их матерей, с большей вероятностью нападут на своих партнерш. Женщины, пережившие в детстве насилие, гораздо чаще становятся его жертвами.
- ❖ Многие общества поддерживают право мужчины наказывать свою жену.

Психологические и эмоциональные последствия бытового насилия

- ❖ У жертв бытового насилия развивается низкая самооценка, возникает чувство стыда и неполноценности. Они начинают испытывать страх и впадают в депрессию, теряют работоспособность и уверенность в себе.
- ❖ Часто они обвиняют себя или считают, что по каким-то причинам заслуживают наказания.
- ❖ Они могут становиться все более замкнутыми и необщительными, оказываясь в зависимости от партнера и не обращаясь за помощью.

- ❖ Они считают, что партнеры диктуют им чувства, поведение и даже мысли. Жертвы производят впечатление пассивных, беспомощных людей, неспособных контролировать свою жизнь.
- ❖ Многие женщины оправдывают, извиняют, преуменьшают агрессивное поведение своих партнеров, давая неправдоподобные объяснения своим травмам вместо того, чтобы подтвердить факт избиения.
- ❖ Реакция беспомощности в ответ на регулярное насилие и оскорбления, а также прочная связь между жертвой и ее агрессивным партнером являются характерными чертами подобных взаимоотношений.
- ❖ Врачи часто выражают непонимание очевидной неспособности жертвы избавиться от ситуаций бытового насилия, несмотря на имеющиеся возможности. Однако у женщин есть несколько причин, по которым они не могут покинуть агрессивного партнера:
  - — страх перед неизвестностью;
  - — страх мести;
  - — финансовая зависимость;
  - — тревога о детях;
  - — отсутствие поддержки со стороны семьи и друзей;
  - — постоянная надежда на то, что мужчина изменится;
  - — во многих обществах статус незамужней женщины считается позорным.

Влияние домашнего насилия на здоровье

- ❖ Бытовое насилие в Великобритании стоит государству 3 миллиарда евро ежегодно, включая 1,2 миллиарда евро Национальной службы здравоохранения.

- Британским службам, занимающимся психическим здоровьем, бытовое насилие стоит примерно 176 миллионов евро ежегодно.
- Помимо ухудшения физического здоровья и травм, бытовое насилие часто приводит к смерти жертвы. От рук настоящего или бывшего партнера погибают две женщины в неделю, и большинству этих случаев предшествует история предыдущих избиений.
- Самый высокий риск для женщин наступает во время беременности и непосредственно после родов.
- Домашнее насилие влечет за собой психологические и психические проблемы, в том числе депрессию (см. *Депрессия*), мысли о нанесении себе вреда (см. *Самоубийство и самоповреждение*), посттравматическое стрессовое расстройство (см. *Посттравматическое стрессовое расстройство*), тревогу (см. *Тревожное расстройство и паническая атака*), алкоголизм или наркоманию.
- Психологические проблемы сохраняются даже после того, как женщина покидает партнера; иногда после ухода она погружается в более глубокую депрессию.
- Женщины не хотят рассказывать о бытовом насилии, пока не будут уверены, что встретят понимание и услышат продуманный совет относительно своих перспектив. Министерство здравоохранения призывает врачей всегда спрашивать женщин-пациенток о возможных случаях бытового насилия.
- Врачу необходимы опыт и постоянная поддержка, чтобы женщина отнеслась к его вопросам как к помощи и содействию, а также для гарантии того, что подобные беседы не поставят пациентку в опасную ситуацию.

Степень риска при бытовом насилии

- 40 — 70 процентов женщин гибнут от рук настоящего или бывшего мужа или партнера; большинство этих убийств происходит в тех случаях, когда в прошлом или настоящем присутствует бытовое насилие.
- В Великобритании две женщины в неделю погибают от рук настоящего или бывшего партнера.
- Хотя уход от агрессивного партнера может прекратить насилие, примерно одна из пяти женщин заявляет о преследовании [см. *Преследование (сталкинг)*] и угрозы с его стороны. Значительное число бытовых убийств приходится на время развода или расставания.
- Оценивая возможность убийства, важно учитывать:
  - частоту нападений;
  - тяжесть повреждений;
  - злоупотребление алкоголем или наркотическими веществами агрессивным партнером;
  - сексуальное насилие или угрозы;
  - угрозы убийства;
  - доступ к оружию.
- Существуют свидетельства, что угрозы или причинение вреда детям, живущим в доме, патологическая ревность (см. *Ревность патологическая*) и попытки самоубийства жертвы связаны с высокой вероятностью смертельного исхода.

Как оценить риск

Женщина постоянно должна оценивать свой риск, чтобы принять взвешенное решение о том, насколько безопасно (необходимо) прекращать отношения.

- Становится ли насилие более жестоким или частым, присутствует ли сексуальное насилие?

- Наблюдались ли недавно изменения в способе насилия?
- Живет ли пара отдельно или только собирается разъехаться?
- Есть ли случаи продолжающихся оскорблений или преследования?
- Обращалась ли женщина за помощью прежде? Какова была реакция на ее обращение? Какого рода поддержка у нее есть?
- Существует ли реальный вред или угроза детям?
- Есть ли история самоповреждений или попыток самоубийства (у жертвы или насильника)?
- Употребляют ли в семье алкоголь или наркотики?
- Есть ли доступ к оружию, использовалось ли оно ранее?
- Есть ли случаи проявления патологической ревности?
- Получала ли женщина серьезные травмы, требующие госпитализации?

Что нужно делать?

- В защите жертв и оказании им необходимой помощи наиболее эффективны многоадресные компании.
- Врачи и медицинские службы должны работать вместе с другими добровольными организациями, благотворительными обществами и агентствами, помогающими женщинам — жертвам бытового насилия.
- Женщина хочет (и ждет), чтобы ее выслушали, поверили и отнеслись с уважением, а не обвиняли, критиковали или воспринимали как беспомощную жертву.
- Жертва бытового насилия стремится получить информацию, юридическую защиту (адвоката, представ-

ляющего права) и поддержку (эмоциональную и практическую), а также возможность обсудить свой опыт со знающим, информированным слушателем и разобраться в вариантах предлагаемой помощи. В конце дня многим женщинам требуется физическая безопасность и надежность убежища.

- Некоторые женщины хотят, чтобы партнер понес уголовную ответственность и был наказан, но другие заинтересованы только в том, чтобы насилие прекратилось, а их партнер получил любую помощь и поддержку, если он в них нуждается.

План безопасности

В него следует включить:

- важные телефонные номера для жертвы и ее детей;
- кодовое слово или фразу для срочных случаев;
- место или места, куда женщина может пойти в критической ситуации;
- хранение копий документов, одежды, ключей от машины и денег у другого человека, которому женщина доверяет;
- составление списка других важных вещей, которые нужно взять в случае поспешного ухода;
- обзор путей побега с человеком, которому можно доверять;
- рассказ соседям о насилии и просьба позвонить в полицию, если они услышат подозрительные звуки.

Советы семье и друзьям

Одна из стратегий, которую используют преступники в ситуациях бытового насилия, заключается в ограничении общения женщины с ее друзьями, семьей и другими

внешними источниками потенциальной помощи и поддержки. Многие поощряют или заставляют женщин бросить работу и, таким образом, оказаться в еще большей зависимости от их финансовой и эмоциональной поддержки.

Из-за такой изоляции другие члены семьи не знают о творящемся насилии. Женщинам бывает сложно поговорить даже с близкими и родственниками, поскольку они испытывают стыд и чувствуют себя неудачницами.

Правильно

- напрямую спрашивать о бытовом насилии при малейших подозрениях;
- действовать, если вы заметили изменения в характере или поведении женщины, синяки на ее теле, замкнутость, необщительность и депрессию, особенно при наличии известного вам супружеского конфликта;
- не забывать, что за пределами своего дома многие насильники являются уважаемыми, законопослушными гражданами и бытовое насилие может происходить в самых приличных и богатых семействах: заблуждение о типичном насильнике или жертве бытового насилия мешает распознать беду и вовремя прийти на помощь;
- понимать, что многие женщины чувствуют беспомощность и безнадежность при мысли об изменении ситуации и им сложно принять совет, кажущийся вполне благоразумным и практичным;
- помнить о вероятном риске, связанном с уходом от партнера-насильника.

Неправильно

- критиковать или обвинять в происходящем женщину;
- отталкивать ее, если она возвращается к агрессивному партнеру или не может окончательно его поки-

нуть; чтобы женщина эмоционально и физически отдалилась от партнера, часто требуется несколько попыток.

Доктор Джиллиан Меци

Заключение доктора Персоуда

Многие люди не понимают, почему женщины продолжают жить с агрессорами, если совершенно очевидно, что дальше будет только хуже и единственно правильное решение — это уйти, скрыться.

На самом деле с такой ситуацией сталкивается огромное число женщин по всему миру. Большинство из них имеют очень сильный инстинкт защиты потомства. Родственники, друзья и врачи должны убедить матерей (независимо от их отношения к собственной безопасности и здоровью), что при бытовом насилии страдают и дети. Часто этот фактор становится ключевым в мотивации женщины для преодоления своих сомнений и избавления от опасной дилеммы.

Литература

Children's Needs, Parenting Capacity: The Impact of Parental Mental Illness, Problem Alcohol and Drug Use and Domestic Violence on Children's Development, Department of Health, 1999; *www.dh.gov.uk/Home/fs/en.*

Domestic Violence: A Resource Manual for Health Professionals, www.dh.gov.uk/Home/fs/en.

Domestic Violence, Royal College of Psychiatrists, Council Report 102; *www.rcpsych.ac.uk.*

Воспитания проблемы

Семьи

Семья — удивительное явление. Какими бы близкими мы ни были с нашими родителями, какими бы далекими ни становились, все мы начинаем свою жизнь в семье и все сталкиваемся со стрессами и трудностями семейной жизни.

Семьи становятся темой кинофильмов, мыльных опер и заголовков газет. Смеемся ли мы над ними или плачем, каждый так или иначе идентифицирует себя с их историей: вспоминает схожие проблемы в собственной семье или благодарит небо, что его ситуация не такая ужасная.

Несмотря на страшные истории, о которых мы часто слышим, насилие над детьми случается в семьях редко, но когда оно происходит, то может оказаться разрушительным. Даже если родители скорее проявляли невежество, чем намеренную жестокость, влияние на ребенка все равно оказывается отрицательным.

Исследования помогают отделить реальность от мифов и сплетен, но иногда подлинный опыт родителей более реален, чем выводы академиков. Было проведено множество исследований в попытках опровергнуть существование «синдрома среднего ребенка», но родители с тремя детьми знают, что у среднего часто возникают особые трудности.

Каждая семья уникальна, и то, что срабатывает для одной, может не помочь другой. В этой главе приводятся общие идеи, взятые из опыта семей, побывавших в одинаковых ситуациях. Если вы хотите сказать «не учи ученого», то не волнуйтесь — у ученых те же проблемы, и иногда их действительно следует кое-чему поучить!

Понимание детского поведения

Воспитание детей — нелегкая работа, и так было во все времена. Когда все складывается хорошо, трудно представить лучшее средство для проведения ребенка через стадии развития и взросления. Но когда дело плохо, это ощущает каждый член семьи.

Рассматривайте поведение ребенка как центральный фрагмент мозаики различных факторов:

- индивидуальные характеристики ребенка;
- текущая стадия его развития;
- проблемы, с которыми сталкиваются ребенок и его семья;
- ровесники, культура и общество, в котором семья живет;
- структура семьи, ее история и отношения родителей, оказывающие влияние на поведение ребенка.

Невозможно оценить всю картину детского поведения, проблемы родителей и общение между ними, пока все части головоломки не встанут на свои места.

Индивидуальные характеристики

Все дети разные, даже те, что живут в одной семье. Помимо пола, физического облика и ума, они отличаются

на более тонком уровне — характером, темпераментом, способом решения проблем. Эта разница может быть заметной с ранних лет. Даже самые здравомыслящие родители бывают поражены тем, что после нескольких спокойных детей у них родился совершенно неуправляемый ребенок.

Родители оживленного ребенка-экстраверта, популярного среди друзей, заводилы любой компании, и более интровертного одиночки, который предпочитает читать или играть в компьютерные игры у себя в спальне, могут беспокоиться, что одного воспитали правильно, а другого — неправильно, вместо того чтобы радоваться индивидуальности каждого из них.

Мы привыкли рассуждать о том, вызваны ли эти различия природой, нашими задатками («Она так похожа на мать!») или воспитанием, влиянием окружающей среды («Неудивительно, что он таким вырос, в такой-то семье!»). На самом деле каждый из нас представляет собой сочетание и того и другого, и именно это сочетание делает людей уникальными.

Стадии развития

Дети растут и развиваются последовательно и поэтапно. Каждый такой этап требует овладения различным набором навыков. Маленький ребенок узнает о себе и о мире под надежной защитой своей семьи. Взрослея, он делает первые шаги в дружбе и учится более сложным отношениям с окружающим миром. Подросток сталкивается с собственной сексуальностью, расширяет понимание своей личности, учится идти на компромисс с желаниями других и становится независимым.

Вы наблюдаете за тем, как ваш ребенок впервые понимает, что, если он не видит упавшую со стола игрушку, это не значит, что она перестала существовать. Вместе с

малышом вы радуетесь его первым неуверенным шагам. Вы машете сыну у школьных ворот или отпускаете дочь на первое свидание. Все это прекрасно и волнующе одновременно.

Начальная школа может походить на продолжение дома: находится рядом, родители и учителя часто общаются и знают друг друга. Они в курсе того, что у кого происходит, и оказывают взаимную поддержку в воспитании детей. Затем ребенок переходит в среднюю школу: тысяча учеников, двадцать миль от дома, утомительные поездки на автобусе, непривычная форма, необходимость хорошо учиться, ритуалы инициации, дети разных возрастов (некоторые кажутся почти взрослыми), и все выглядят более уверенными, чем ваш ребенок. Поначалу это и ребенка, и родителей может выбить из колеи.

События

В первую очередь речь здесь идет о жизненных событиях, с которыми сталкивается любая семья. Некоторые из них оказываются травмирующими — болезнь, смерть, переезд, финансовые катастрофы, даже распад семьи. Желая защитить детей от трудностей и сдержать собственные чувства, родители часто хранят событие в тайне: если мы об этом не говорим, этого как бы и нет.

На самом же деле, если вы хотите научить ребенка правильно вести себя в трудных ситуациях, нужно допустить его участие на всех уровнях — информацию следует объяснять так, чтобы он понял, в таких объемах, которые он сможет вместить, с такими эмоциями, какие испытывают окружающие. Если он хочет, можно позволить ему участвовать в любых сопутствующих ритуалах, например в похоронах.

Если «золотое правило» и существует, оно заключается в том, что дети всегда знают больше, чем нам кажется. Поэтому, если родители говорят, что они должны «быть сильными» ради детей (каковы бы ни были их лучшие намерения), они оставляют ребенка наедине с его знанием: ему будет не с кем поделиться своими чувствами, и он может решить, что иметь их неправильно. Плач *вместе* с детьми может оказаться самым сильным поступком родителей.

Родители не должны предлагать ребенку свою иерархию несчастий. Потеря домашнего животного или подружки может представляться ему катастрофической, и нельзя беззаботно отмахиваться от этого, говоря: «Другую встретишь!»

Окружающее общество

Семьи не живут в вакууме. Дети уходят от родителей в социум, в группу ровесников — друзей и врагов. Школа — это не просто академическая оранжерея, но и полигон для навыков общения. Те, кто бросает школу, упускают социальные возможности, которые не менее важны, чем работа.

«Достаточно хороший» родитель должен найти золотую середину между практически полным отсутствием внимания к тому, что происходит с его ребенком за пределами дома, и чрезмерным, подавляющим беспокойством из-за компании, в которой он проводит время. Способность взрослого человека выстраивать хорошие отношения зарождается в детстве, в совместной игре и в гостях с ночевкой.

В нашем мире широкого разнообразия возникают контрасты между культурой в доме и культурой общества, с которой ребенок сталкивается за пределами семьи. Это может явиться обогащающим опытом и для родителей, и для их детей.

Семейная динамика

Семья удерживается вместе паутиной положительных и отрицательных отношений; некоторые из них более тесные, другие — менее, но все они взаимозависимы. Нельзя изменить отношения между двумя членами семьи без того, чтобы не вынудить всех остальных к ним приспосабливаться.

На этих отношениях основываются роли членов семьи (кто что делает) и семейные правила (как мы это делаем). Например, существует большая разница в методах и способах улаживания семейных конфликтов. Одни садятся за стол и вместе обсуждают проблему, другие расходятся в противоположные концы дома до тех пор, пока кто-то не взорвется, третьи «назначают» двух членов семьи ответственными за все проявления эмоций.

Эти модели поведения переходят из поколения в поколение. Они являются частью семейной истории. Хорошо, если метод окажется конструктивным, но некоторые семьи одержимы духом отрицательного прошлого опыта. Например, если родителям в детстве не позволяли горевать над утратой, они, скорее всего, также будут запрещать своему ребенку открыто выражать эмоции.

«Современные» осложнения

Сейчас многие семьи живут в относительной бедности. В продуваемых ветром жилых микрорайонах, построенных вокруг закрытых заводов и фабрик, социальное напряжение приводит к высокому проценту распадающихся семей, насилию, преступлениям, ссорам, алкоголизму, наркомании и уходу из школы.

Даже в богатых районах обеспеченные семьи с трудом выплачивают свои займы, оба родителя круглыми сутками работают, дети живут под прессингом необхо-

димости быть успешными, и времени на истинное семейное общение катастрофически не хватает.

В конце концов традиционная семейная структура может рухнуть. Дети перестают ценить заботу, не следуют примеру родителей, как это было раньше, когда в больших семьях старшие братья и сестры помогали присматривать за младшими. Родители стали более мобильны и в поисках работы могут уезжать далеко от семьи, а бабушки и дедушки уже не так легкодоступны, как в прежние времена.

Даже в самых традиционных обществах роли мужчин и женщин подвергаются переоценке, и подростки имеют своего рода коммерческую направленность с соответствующими семейными требованиями и задачами. В некоторых семьях хорошее воспитание может ассоциироваться с количеством денег, которое тратится на детей, а не с любовью и уверенностью, которую им дарят.

В наше время существует множество типов семей; они не лучше и не хуже, но очень разные по структуре, результатам и потребностям. Количество семей с одним родителем растет, и, будь то собственный выбор человека или пережитый развод, повседневная родительская ноша в этом случае ложится на плечи лишь одного воспитателя.

Существуют восстановленные семьи, где отчим или мачеха стремятся построить взаимоотношения с ребенком бывшего партнера их супруга, часто наперекор детским обидам и попыткам настоящего родителя подорвать эти отношения.

Приемные родители без усыновления дарят надежность семьи детям, которые до сих пор ее не испытывали и на каждом шагу проверяют ее на прочность. Усыновившие ребенка родители беспокоятся, что его желание найти своих кровных родственников разрушит

связь, которую тщательно выстраивали в течение долгих лет.

Многие заводят детей поздно и в относительно пожилом возрасте сталкиваются с требовательными подростками, а ведь в это время люди уже освобождаются от родительских забот. Матерей-подростков обременяет ответственность за своего ребенка в период, когда их ровесники еще наслаждаются свободой собственного детства.

Аспекты заботы

Принятие. Родители должны принимать своего ребенка таким, какой он есть, а не таким, каким они хотят его видеть. Нечестно, если родители перекладывают на детей собственные неудавшиеся амбиции. Отстаивание ребенком собственной личности заслуживает уважения — это основа его будущей уверенности в себе.

Границы. Это не означает, что вы должны принимать все, что делают ваши дети. «Я тебя люблю, но мне не нравится то, что ты делаешь» — одно из наиболее важных сообщений, которые слышит ребенок. Если границы определены четко и ясно, дети будут чувствовать себя уверенно, экспериментируя внутри них.

Последовательность. Родители должны решить, какие правила в их семье неприкосновенны, и следовать своему решению, в противном случае любой нормальный ребенок берет бразды правления в свои руки. Наказания должны соответствовать нарушениям, но награда за хорошее поведение всегда более эффективна.

Споры. Мы бы не были людьми, если бы в наших семьях не возникали споры! Многие родители считают, что ни-

когда не должны спорить на виду у детей. Но почему? Это хороший жизненный урок — наблюдать, как родители цивилизованно устраняют разногласия и приходят к компромиссу.

Пример. Несмотря на все родительские страхи, большинство детей вырастают похожими на своих родителей. Это означает, что дети берут с них пример, хороший он или плохой. Невозможно запретить детям делать то, что родители не одобряют, но тем не менее делают.

Веселье. Жизнь в семье иногда кажется чересчур серьезной, и чаще всего так оно и есть. Но, несмотря на работу, учебу, финансовое и социальное давление, она должна быть веселой. Радуйтесь своим детям, пока можете, — они не будут рядом вечно.

Поколения. «Современные» родители выглядят моложе и одеваются иначе, чем люди прошлого поколения. Но разница между поколениями важна. Не «похищайте» подростковый бунт, присоединяясь к своим детям во всем, чем они занимаются. Как они смогут бунтовать, если у них не будет на то причин?

Честность. Детей не следует отягощать всеми родительскими тревогами, но им следует рассказывать, если что-то происходит. Помните: дети все равно об этом узнают. Если они обнаружат, что вы лжете, как они смогут вам доверять? Оставаясь в неведении, они заполнят лакуны чем-то более тяжелым, почерпнув это из своего воображения.

Вторжение. Личная жизнь каждого члена семьи очень значима. Родителям необходимо уделять друг другу вре-

мя, чтобы поддерживать свои отношения. Для подростков необходимо физическое уединение. Старайтесь делать так, чтобы в семейной жизни не доминировали ссоры из-за уборки комнаты или того времени, что дети проводят в ванной. И не читайте их дневники, как бы вам того ни хотелось!

Ревность. Это нормальное явление в семейной жизни. Маленькие дети могут обижаться на появление в их семье новорожденного, особенно если он отнимает у матери драгоценное время. Следует позволить им приглядывать за младенцем. Дополнительные привилегии, получаемые с возрастом и на основе личного успеха, станут для младших детей ролевой моделью.

Поддержка контакта. Семейные отношения продолжают играть важную роль и в тех случаях, когда дети покинули дом или родитель ушел из семьи после развода. Дети остаются детьми, сколько бы им ни было лет. Иногда, если взрослая жизнь становится невыносимой, они могут вернуться в дом за утешением.

Умение отпускать. Родители должны уважать независимость взрослых детей. Неважно, как сильно мы лелеем воспоминания о тех временах, когда они были маленькими, — нам все равно придется их отпустить. Если этого не сделать, наши дети отыщут менее традиционные способы покинуть дом.

Серьезные ситуации

Несмотря на все эти сложности, большинство родителей справляется с ними без посторонней помощи. Одна-

ко некоторые обстоятельства оказываются не такими простыми и требуют вмешательства профессионального *терапевта*.

Линн (15 лет)

Родители рассказывают, что Линн часами сидит у себя в комнате, одевается в черное и слушает «траурную» музыку. Она всегда ела мало, а теперь, кажется, вообще перестала питаться. По словам Линн, в школе ее оскорбляют, но она не хочет ничего предпринимать, чтобы не усугубить ситуацию.

У нее прыщи, на зубах она носит скобки. Родители никак не могут разобраться в перепадах ее настроения (то она вежливая, то раздражительная) и беспокоятся, что Линн «шизофреник», как ее тетя («которая начала странно себя вести, попала в больницу и так там и осталась»). После того как Линн разругалась со своим приятелем, она пришла к терапевту (без особых возражений). Мать нашла ее дневник, где Линн писала, что иногда ей хочется себя убить.

Комментарий. Родители Линн поступили совершенно правильно, обратившись за помощью, и отсутствие сопротивления со стороны девушки означает, что она этому рада. Линн ведет себя как нормальный подросток, и маловероятно, что ее поведение указывает на возможное психическое расстройство, например шизофрению (см. *Шизофрения*).

Однако она может испытывать депрессию (см. *Депрессия*) и нуждается в обследовании на предмет нарушения пищевого поведения (см. *Пищевого поведения расстройства*). С дневником она делится чувствами, согласно которым вряд ли будет действовать, однако разрыв с приятелем мог оказаться последней каплей. Воз-

можно, терапевт направит ее в детскую и подростковую службу психического здоровья.

Адам (4 года)

Мать называет Адама «злым» ребенком. В младенчестве он был раздражительным и с тех пор постоянно устраивает истерики. Женщина прошла через послеродовую депрессию (см. *Послеродовая депрессия*), а вскоре после рождения Адама его отец ушел из семьи. Когда мать Адама злится, то говорит, что он «в точности как его отец...».

Она вышла замуж второй раз и от нового мужа родила ребенка, на несколько недель раньше срока. Младенец находился в специальном отделении для недоношенных и теперь нуждается в полноценной родительской заботе. Приходящая медсестра сообщила в социальную службу, что Адама шлепали, поскольку он щипал ребенка и прятал его игрушки.

Комментарий. Этой семье приходится справляться с огромным напряжением, связанным с тревогой за здоровье младенца и тягостными чувствами из-за отца Адама. Отношения между Адамом и матерью были подорваны с самого начала, так он превратился в козла отпущения.

Постепенно его поведение стало соответствовать роли, которую ему определили. Адам лишен какого бы то ни было положительного внимания. Терапевту предстоит серьезная работа по коррекции взаимоотношений между членами этой семьи и представлений Адама о самом себе. Ребенок может вызывать в нем не только злость, но и беспокойство. Однако родителям сложно будет переключиться с негативных чувств, которые они испытывают к Адаму, на позитивные, а потому необходимо внимательно наблюдать за его благополучием.

Кристи (8 лет)

Кристи — старший ребенок в англо-индийской семье. Ее отец — директор компании, мать — адвокат. У них большой дом и крупный заем. Оба родителя устают, испытывают эмоциональное напряжение и очень мало времени уделяют семейной жизни.

Кристи считают одаренным ребенком, который сдает все экзамены на отлично. Родители беспокоятся, что в местной школе она не сможет реализовать свой потенциал, а потому платят деньги за дополнительное обучение и подумывают о переводе Кристи в дорогую школу-интернат. Ее игры с соседскими детьми не поощряют.

После гриппа у Кристи возникли боли в ногах, и она перестала ходить в школу. Терапевт направил ее на педиатрическое обследование, но врачи не нашли ничего подозрительного. Состояние Кристи ухудшилось; теперь она с трудом передвигается и боится покидать больничную палату. Родители требуют нового обследования.

Комментарий. Относительно природы болезни Кристи возникло множество споров, кто-то назвал бы ее синдромом хронической усталости (см. *Синдром хронической усталости*). Однако врачам не следует дискутировать, поскольку такой подход лишь отразит и усилит напряжение, уже существующее в этой семье.

Не надо никого обвинять. Все хотят помочь Кристи, даже если чей-то подход является ошибочным. По крайней мере, анализы исключили серьезное физическое заболевание. Теперь Кристи требуются программа постепенной реабилитации, с которой согласятся все, и тщательное исследование некоторых психологических проблем.

Симптомы Кристи дали ей возможность избежать однообразия учебы. Родителям может потребоваться значительная поддержка, чтобы сделать выводы из ситуации и выслушать, чего же хочет сама девочка.

Гевин (11 лет)

Гевин — средний ребенок в семье с тремя усыновленными детьми. Все они сталкивались с насилием в родной семье. Сейчас у старшего брата появились спортивные успехи, младшая сестра — привлекательная девушка. Гевин считает себя некрасивым, испытывает проблемы со слухом, слегка заикается, постоянно попадает в переделки и по ночам мочится в постель.

Учителя говорят, что в классе он нарушает дисциплину, строя из себя клоуна, а однажды его застали стоявшим на стреме у магазина, когда старшеклассники занимались воровством. Поймали только Гевина. Приемные родители начинают думать, что ему лучше вернуться в заведение социальной службы.

Комментарий. Нет ничего необычного в том, что у одного ребенка влияние пережитого насилия проявляется в большей степени, чем у других детей из той же семьи. Брат и сестра Гевина имеют положительные качества, помогающие им в жизни, но у Гевина есть только проблемы. Плохое поведение или смешная глупость могут оказаться единственными способами завоевать внимание сверстников.

Гевин — классическая мишень для эксплуатации более старшими детьми. В первую очередь необходимо решить все его физические проблемы: взятые по отдельности, они несерьезны, но вместе гарантируют трудности в общении и заниженную самооценку.

Его приемные родители должны знать: такое поведение может быть следствием той негативной среды, из которой он вышел, и факт, что проявляет его один лишь Гевин, не является ни его, ни их виной. Чтобы сохранить семью, социальные службы обязаны максимально поддерживать ее. Дальнейшее «отвержение» может оказать катастрофическое влияние на будущее Гевина.

Доктор Майк Шутер

Заключение доктора Персоуда

Все дети, о которых шла речь в этих историях, несчастны, но каждый демонстрирует это по-своему: Линн — через странное поведение, Адам — через дерзость и агрессивность, Кристи — через физические симптомы, а Гевин — через постоянные проблемы. В каждом случае для разрушения замкнутого цикла детской печали и поведения родителей требуется помощь профессионалов.

Но все это не должно становиться поводом для пессимизма. Помощь есть. Большинство родителей и их детей радуются семейной жизни, какие бы внутренние разногласия и внешние обстоятельства ее ни нарушали. Хотя нас практически не учат воспитывать детей, большинство родителей в выполнении своих обязанностей опирается на здравый смысл. Все, что нужно помимо этого, — немного удачи.

Воспитание детей — одна из самых сложных вещей, за которые мы когда-либо беремся, и при этом оно зачастую получает наименьшую поддержку общества. Суть качественного воспитания кроется в способности четко и хладнокровно заботиться о ребенке, не перекладывая на него эмоциональный багаж собственных родитель-

ских и личностных проблем, сильных желаний или страхов. Однако это, конечно, легче сказать, чем сделать!

Учитывая, что семейная терапия (см. *Психотерапевтические и медикаментозные методы лечения*) может эффективно помочь в широком разнообразии родительских проблем, очень жаль, что система здравоохранения недооценивает ее и недостаточно финансирует.

Литература

The Incredible Years — A Troubleshooting Guide for Parents of Children Aged 3—8, Webster C. Stratton, Umbrella Press, Toronto, Canada 1992.

Духовное состояние

Женщина, которая слышала в новостях особые послания

Ребенком Нэнси часто бывала с семьей в церкви, но всегда испытывала разочарование. «Мне нравилась обстановка и службы, но я не чувствовала с ними никакой связи. Я всегда ощущала в сердце невероятную пустоту». Позже она пыталась заполнить болезненную пустоту любовью публики: музыкальная от природы, Нэнси стала актрисой и телеведущей. Будучи знаменитой, она начала много пить и употреблять наркотики и пережила несколько неудачных романов.

К тридцати годам у Нэнси возникли серьезные проблемы с алкоголем; ее очередные отношения зашли в тупик. Именно в то время она познакомилась с практиками медитации и пения в традиции индийской йоги.

Однажды после пения Нэнси вдруг ощутила, как ее переполняют доброта и великодушие. Она стала нехарактерно жизнерадостной. «Я чувствовала себя настолько весело, что мне стало казаться, будто я каким-то образом связана с радио. Некоторые детали новостей обрели для меня особый

смысл». В последующие дни возникали еще более странные состояния, пугающие и прекрасные одновременно. «В парке я ощущала свою связь с каждым деревом, птицей, собакой, озером и человеком — со всей природой. Я без смущения махала всем и каждому, и, к моему удивлению, они махали мне в ответ. Я действительно считала, что раскрыла тайну бытия».

Нэнси начала слышать странные голоса и видеть странные вещи. Она решила, что ее мать умерла, и связала это с угрозой Матери-Земле. «Мать-Земля плачет, и мы должны действовать прямо сейчас!» — закричала она на работе перед самым выпуском новостей, удивив и встревожив своих коллег. Нэнси увели из студии и сообщили о случившемся ее родителям. Тем же вечером, после встречи с врачом, Нэнси поместили в психиатрическую больницу, где она оставалась на лечении двадцать восемь дней.

Все это время с ней продолжал общаться «Внутренний Голос». Он успокаивал Нэнси и помогал ей. Голос говорил: «Все существующее — любовь, Нэнси. Когда ты это увидишь, то поймешь». У нее было видение сверкающего существа в серо-синей одежде. «С невероятной любовью оно произнесло: „Я — это тот, кто ты есть на самом деле. Будь со мной, и ты поймешь, что все существующее — это любовь“. Мое сердце просто разрывалось. Я никогда не испытывала такого восторга».

Нэнси объяснила, каким образом «Внутренний Голос» вел свои уроки в больнице. «Мне показали стадии существования. Они были уподоблены этажам высокого здания. Я узнала, что наши обязанности, начиная с уборщика и заканчивая

королем, являлись прямым результатом кармы души. Невозможно пропустить этаж. Каждый из нас должен пройти через всё».

Нэнси научилась правильно вести себя и не рассказывала о своем опыте медсестрам и врачам, хотя для нее это был важнейший этап жизни. Сразу после этого она бросила пить, принимать наркотики и следующие семнадцать лет являлась членом Общества анонимных алкоголиков, с тех пор ни разу не притронувшись к алкоголю и наркотикам. Ее карьера тоже изменилась. Теперь она ведет популярные и очень успешные певческие семинары для людей с психическими заболеваниями и с зависимостью от алкоголя и наркотиков.

Нэнси записала компакт-диск с автобиографическими песнями. У нее наладилась личная жизнь. Встретив ее, люди видят щедрого, живого, творческого, счастливого и довольного человека. О своем опыте пребывания в больнице она говорит так: «Конечно, я бы хотела его избежать, но это было лучшим, что со мной происходило».

Бывают ситуации, в которых необходимо отличать серьезное психическое заболевание от состояния, связанного со скачком быстрого духовного роста. Приподнятое настроение, повышенный уровень энергии, несдержанность на публике, грандиозные мысли, зрительные аномалии и слуховые галлюцинации (голоса) навели бы психиатров на мысль, что Нэнси страдает от биполярного расстройства (см. *Биполярное расстройство*). Однако в ее случае это явилось бы неполной и неверной интерпретацией состояния. Разница в том, что у Нэнси было четкое осознание и деталь-

ное воспоминание о внутреннем душевном опыте и о происходящем вокруг нее.

Это лишь один из примеров психического заболевания *и* проявления духовного аспекта, приведшего к быстрому внутреннему росту. Здесь сыграли свою роль и психологическое, и духовное измерение. Именно поэтому психиатрам и их пациентам следует лучше понимать духовную составляющую, принимая ее во внимание как в своей работе, так и в жизни. Исследование духовной истории или некая форма «духовного осмотра» должны стать для врачей обязательными при обследовании каждого пациента.

Что такое духовное состояние?

Духовное состояние — это часть человеческого опыта, которой психиатры интересуются все больше из-за ее потенциально позитивного влияния на психическое здоровье. Духовность не связана с определенными религиозными убеждениями, соблюдением ритуалов или принадлежностью к традиционной вере.

Описание духовных состояний в этой главе сочетается с тем, что широко представлено в литературе о здоровье. Этот опыт можно определить как глубинное ощущение смысла и цели жизни, чувство принадлежности и гармонии со Вселенной. К духовности относится стремление найти ответы на вечные вопросы, что особенно значимо в период стресса, болезни, утраты, скорби и смерти. Такое стремление затрагивает чувства и важно равным образом и для молодых людей, и для тех, кто страдает слабоумием.

Врач стремится ослабить и снять симптомы, но с духовной точки зрения его назначение — вернуть целост-

ность человеку, то есть излечить *всего* человека. К этому относится внутренний рост и формирование зрелого отношения к жизни, иногда через опыт несчастий, трудностей и страданий, когда человек вынужден оставить привычную зону комфорта (как это происходит при встрече с психическим заболеванием).

Как отличить духовность от религиозности?
Подлинная духовность является содержательной и объединяющей. Она создает обоюдное ощущение, что вред или помощь другому — это вред или помощь себе. Это касается каждого человека, включая тех, кто не верит в Бога или в Высший разум. В мире множество религий, но духовность универсальна и при этом уникальна для каждого из нас.

Какую духовную помощь можно предложить пациенту?

Врачи все чаще убеждаются в преимуществах внимания к духовной жизни пациентов с психическими заболеваниями. Таким пациентам требуются следующие разновидности духовной заботы:

- возможность делать что-то полезное или приятное — творчество, структурная работа, пребывание на природе;
- уважительное и достойное отношение, создающее чувство принадлежности, собственной ценности и доверия;
- возможность выражать врачам свои чувства, рассчитывая на понимание;
- поощрение к поиском смысла в жизненном опыте, в том числе и в болезни;

- побуждение развивать отношения с Богом, или Абсолютом (как бы человек ни определял для себя священное); время, место и возможность молиться и поклоняться, размышлять и медитировать, исследовать духовные (и иногда религиозные) проблемы, поддержка углубления веры, ощущения вселенской связи и, возможно, обретение прощения.

Каковы положительные результаты внимания к духовному измерению?

Группа пациентов определила следующие результаты:

- улучшение самоконтроля, развитие чувства собственного достоинства и уверенности;
- прогресивное выздоровление путем переживания обычной скорби и возможность накопления потенциала для будущих достижений;
- более совершенное отношение к себе, к другим и к Богу — творению — природе;
- новое понимание смысла жизни, порождающее надежду и мир в душе, помогает людям принять свои проблемы и жить с ними.

Исследование религиозных и духовных аспектов жизни

Психиатры и психологи могут разобраться в духовном измерении пациента, задав простой вопрос: «Что вам помогает?» или «Что поддерживает вас в тяжелые времена?» Ответ на него обычно раскрывает духовные интересы и цели человека, и тогда у врача возникает две важные темы для размышления.

- Какие позитивные внутренние ресурсы пациента следует развивать и поощрять?

❖ Есть ли доступные ему внешние ресурсы поддержки общества или религиозной традиции?

Обычно духовные интересы являются глубоко личной областью, и мало кто говорит о таких вещах открыто, поэтому врачу не следует торопиться — он должен выбрать наиболее мягкий подход. Вот некоторые вопросы, которые врач и пациент могут исследовать вместе.

Общий взгляд. Что наполняет вашу жизнь? Есть ли то, что дает вам наибольшее ощущение смысла или цели?

Прошлое. Эмоциональный стресс обычно связан с какой-то утратой или угрозой утраты. Сталкивались ли вы с какими-то серьезными утратами или скорбью? Как это на вас повлияло? Как вы с этим справились?

Настоящее. Ощущаете ли вы себя частью чего-то? Как вы считаете — вас ценят? Вы испытываете уверенность, уважение, чувство собственного достоинства? Свободно ли вы общаетесь с окружающими? Не кажется ли вам, что в ваших текущих проблемах есть духовный аспект? Возможно, вам следует обратиться к священнику вашей веры или кому-то из религиозной общины? Что именно стоит принять во внимание относительно вашей религиозной жизни?

Будущее. Что, по вашему мнению, ожидает вас в ближайшем будущем? А в более длительной перспективе? Вы волнуетесь о смерти или о возможности жизни после смерти? Хотели бы вы поговорить об этом подробнее? Каковы ваши самые сильные страхи относительно будущего? Вы хотите обрести прощение? Что вселяет в вас надежду?

Меры. Что могло бы вам помочь? Как предпринять эти шаги? Пытались ли вы помочь себе сами?

Духовные практики

Это достаточно широкая область, в которую входят следующие аспекты.

Преимущественно религиозные

- ❖ принадлежность к определенной религиозной традиции и участие в соответствующих занятиях общины;
- ❖ ритуальная и символическая практика и другие формы поклонения;
- ❖ паломничество и ретриты;
- ❖ медитация и молитва;
- ❖ чтение священных текстов;
- ❖ священная музыка (прослушивание, пение или игра), песни, гимны, псалмы и благочестивые песнопения.

Преимущественно светские

- ❖ акты сострадания (включая работу, особенно групповую работу);
- ❖ глубокие размышления (медитации);
- ❖ йога, тайцзи-цюань и другие тренировочные практики;
- ❖ интерес и любовь к природе;
- ❖ вдумчивое чтение литературы;
- ❖ интерес к искусству и собственное творчество, включая живопись, кулинарию, садоводство и т. д.;
- ❖ стабильные семейные и дружеские отношения (особенно с высоким уровнем доверия и близости);
- ❖ совместные групповые или командные занятия, спорт и отдых, связанные с особой товарищеской сплоченностью.

Большинство людей проявляют ту или иную духовную активность, часто не осознавая этого до конца, но интерес к духовной сфере рано или поздно выйдет на поверхность. Будь то часть проблемы, когда люди переживают религиозный кризис, или важное житейское решение, духовность всегда играет в жизни человека значимую роль.

Духовные ценности и навыки

Духовные практики помогают обрести и поддерживать определенное состояние ума. Они способствуют осознанности, определяющей и стимулирующей такие достоинства, как творчество, терпение, упорство, честность, доброта, сострадание, мудрость, самообладание, надежда и радость. Все это способствует поддержанию хорошего здоровья.

Духовные способности включают в себя:

- умение отдыхать, расслабляться и пребывать в спокойном, мирном расположении духа;
- углубленное погружение в это спокойствие и эмоциональная стабильность при наблюдении за возникающими мыслями и чувствами, которая потом переходит в повседневную жизнь;
- применение этого качества для более глубокого размышления и установки связи с личной духовной сутью и ценностями, что развивает дополнительные навыки:
  - честное, искреннее самонаблюдение, ответственность за каждую мысль, слово и действие;
  - сосредоточение на настоящем, осознанность, спокойствие и внимательность;
  - развитие сострадания и развитая способность прямого эмоционального общения с другими;

— эмоциональная гибкость: мужество созерцать и терпеть боль, поддерживая в себе и в других надежду;
— самоотдача без опустошения;
— умение скорбеть и отпускать горе.

Важным принципом духовного подхода к заботе о психическом здоровье является «взаимность», согласно которой преимущества получают и отдающий, и берущий. Если избегать истощения и «сгорания», люди, которые о ком-то заботятся, с течением времени естественным образом развивают духовные навыки и ценности благодаря преданности тем, за кем они ухаживают. В свою очередь люди, о которых заботятся, могут помогать другим в схожих ситуациях.

Священники и пасторы

В Национальной системе здравоохранения существуют отделения, привлекающие священников, пасторов и служителей как христианского направления, так и других конфессий и гуманитарных организаций. Священники, или духовные наставники, как их иногда называют, вносят большой вклад в работу комплексных служб психиатрии и в больницах, и в обществе.

Современное психиатрическое отделение, имеющее больничного священника, должно предоставлять пациентам доступ к священному месту. Обычно священники устанавливают хорошие отношения с местными приходами и религиозными общинами и рассказывают о местных религиозных группах, их традициях и практиках. Они следят за ситуациями, когда религиозные убеждения и ритуалы могут нанести вред или когда психиатри-

ческие службы игнорируют полезные духовные практики. Священнику нужно предоставить право давать советы по таким спорным темам, как одержимость и вселение духов. Тесная связь священников с психиатрами обеспечивает холистический подход, наилучшим образом отражающий потребности целостной личности.

Психиатры, пациенты и их близкие должны иметь полную информацию о местных религиозных службах.

Образование и исследование

Исследования показали:

- ❖ принадлежность к религиозному сообществу,
- ❖ религиозные или духовные убеждения,
- ❖ участие в соответствующих практиках —

положительно влияют на психическое здоровье. Будущие психиатры и врачи все активнее учатся распознавать и использовать ценности духовного опыта пациентов.

Совет

Духовность — глубоко личная сфера. Человеку следует искать то, что является для него наиболее эффективным. Ежедневная практика включает в себя три полезных элемента:

- ❖ регулярное время уединения для молитвы, размышления или медитации;
- ❖ исследование соответствующего религиозного или духовного материала;
- ❖ общение с другими людьми, придерживающимися тех же духовных взглядов.

Советы, касающиеся духовных практик и традиций, можно найти на ресурсах многочисленных религиозных организаций. Не менее популярны и светские духовные занятия. Например, альтернативные подходы к лечению имеют духовный или целостный элемент, не связанный с какой-то конкретной религией (см. *Альтернативная медицина*). Поищите информацию в Интернете, в справочнике «Желтые страницы», в магазинах здорового питания или в книжных магазинах.

Доктор Ларри Каллифорд

Литература

Spirituality and Mental Health: Breakthrough, Philip J. Barker and Poppy Buchanan-Barker (редакторы), Wiley, 2003.

Love, Healing and Happiness, Larry Culliford, O Books, 2007.

Spirituality and Mental Health Care: Rediscovering a Forgotten Dimension, John Swinton, Jessica Kingsley Publisher, 2001.

Happiness: The 30-Day Guide, Patrick Whiteside, Rider, 2001.

Наркомания

Дочь, воровавшая у матери

Доктор А.: *Что ж, Рейчел, пока все идет неплохо — теперь мы с тобой встретимся через несколько недель. Я так понимаю, ты собираешься прийти с мамой? Есть ли что-то, о чем бы ты не хотела говорить в ее присутствии?*

Рейчел: *Она должна понять, что я работаю над своей проблемой с наркотиками. Объяснять будет легче, если она сможет поговорить с вами. Я больше не хочу ничего скрывать, поэтому вы можете обсуждать с ней что угодно.*

Следующая встреча с врачом

Доктор А.: *Привет, Рейчел, рад тебя видеть. Садись.*

Рейчел: *Спасибо. Это моя мама.*

Доктор А.: *Спасибо, что пришли, миссис Уайт. Для Рейчел очень важно, чтобы вы разобрались в произошедшем. Она хотела откровенно поговорить о своих проблемах с наркотиками.*

Миссис У.: *Поначалу я сомневалась, идти мне или нет. Я чувствовала себя на пределе и совершенно не представляла, как быть. Но сейчас я*

рада, что пришла, — возможно, я наконец пойму, как она попала в такую ужасную ситуацию. Когда Рейчел рассказала о своем лечении, это стало для меня полной неожиданностью. Пять лет назад, когда ей было восемнадцать или девятнадцать, я поняла, что она принимает наркотики. Я не знала какие именно, но даже если бы она сказала, я бы вряд ли поняла, что это и насколько это серьезно. Я не представляла, как можно помочь, а она не хотела со мной ничего обсуждать.

Рейчел: *Поэтому, мама, я тебя и позвала. Я хочу начать с самого начала, а потому не должна скрывать то, что со мной происходило. Ты права, я не сказала тебе правду, когда ты узнала о наркотиках, — боялась, что ты выставишь меня за дверь.*

Доктор А.: *Итак, как бы вы хотели с этим разобраться?*

Миссис У.: *Мне хочется, чтобы Рейчел объяснила, как она начала принимать наркотики, какие именно и как я могла ей тогда помочь.*

Рейчел: *Честно говоря, не думаю, что поначалу я чем-то отличалась от своих друзей. Все мы что-нибудь да принимали. В четырнадцать я попробовала марихуану и амфетамины — все это делали, так я заводила друзей. Это как стащить из дому бутылку спиртного, чтобы выпить в парке. Мы все так поступали. Все изменилось, когда я начала общаться с более старшими людьми, регулярно употреблявшими наркотики. Тогда я попробовала ЛСД, экстези и смеси разных веществ.*

Я не могла позволить себе употреблять их регулярно, но потом познакомилась с героиновыми

наркоманами, зарабатывавшими деньги на продаже и воровстве. Примерно в то время ты все и обнаружила. Я никогда не кололась — ты ведь знаешь, я не люблю уколы. Я пыталась преуменьшать значение происходящего, представить это как обычные эксперименты, но мне требовалось все больше и больше, и я не могла остановиться.

Все деньги я тратила на наркотики, воровала и в конце концов начала продавать свои вещи. Когда деньги заканчивались, я впадала в отчаяние. Мне было нужно ровно столько, сколько стоила следующая доза, и ни о чем другом я уже не думала. Я потеряла всех своих друзей, так как наркотики забирали у меня все время, словно это была работа. Я доставала деньги, покупала героин, принимала его и начинала искать деньги на следующую дозу.

Миссис У.: *Я знала, что-то происходит. Сперва мне казалось, ты просто растешь, поэтому становишься угрюмой и ссоришься с друзьями. Но когда у меня из кошелька начали пропадать деньги, стало ясно — дело серьезное. Хотя даже тогда мне понадобилось время, чтобы понять, в чем именно кроется проблема. Я очень расстроилась, считала, что это моя вина, я плохая мать. Я не осмелилась рассказать о происходящем твоему отцу, держала все в секрете и не представляла, чем могу помочь.*

Рейчел: *Понимаю, как тебе было больно и как ты злилась. Мы это не обсуждали, и я не знала, как быть. Думала, если молчать, все будет хорошо. Мне просто хотелось, чтобы мы смогли поговорить об этом — мне было стыдно, что я так тебя расстраивала.*

Доктор А.: Итак, я вижу здесь двух людей, которые очень заботятся друг о друге, но не знают, что делать. Теперь, когда Рейчел перестала употреблять наркотики, вы наконец сможете во всем разобраться, и наркотики вам не помешают. Вероятно, Рейчел стоит попросить своего лечащего врача провести несколько сеансов терапии для вас обеих.

Как часто молодежь употребляет наркотики?

За последние двадцать лет число наркоманов среди молодежи возросло. Рейчел — одна из многих молодых людей в Великобритании, которые начинают экспериментировать с наркотиками в раннем подростковом возрасте. Чем старше становится человек, тем вероятнее, что он употребляет наркотики. В одиннадцать лет 4 процента подростков принимают наркотики по данным за последний месяц и 8 процентов — в течение следующего года; в пятнадцать лет эти цифры составляют 23 процента и 38 процентов соответственно.

Уровень употребления наркотиков молодыми людьми Великобритании — один из самых высоких в Европе. Примерно треть подростков пробует марихуану, а один человек из пяти употреблял ее в последний месяц. Почти половине молодых людей на каком-то этапе их жизни предлагали наркотики.

Чаще всего предлагают марихуану (27 процентов); далее следуют летучие вещества — клей и растворители (19 процентов), попперс (12 процентов), галлюциногенные грибы (10 процентов), крэк (9 процентов), кокаин (9 процентов) и героин (7 процентов).

На каком-то этапе своей жизни примерно 2,8 миллиона жителей Англии и Уэльса в возрасте от 16 до 24 лет использовали запрещенные наркотические вещества; за последний год наркотики класса А употребляли полмиллиона человек. Люди более старшего возраста к наркотикам прибегают реже — менее 5 процентов используют кокаин или амфетамины.

В Англии за 2002 — 2003 годы примерно 140 900 человек прошли лечение у врачей общей практики или в клиниках, специализирующихся на наркотической зависимости. У 13 процентов наркоманов, занесенных в региональные базы данных, возраст не превышает 20 лет. Таким образом, около 18 000 молодых людей получают какое-то лечение.

Причины употребления наркотиков

Рейчел употребляла наркотики за компанию с друзьями и ради общения. Люди могут обращаться к наркотикам по многим причинам, в том числе:

- во время праздника;
- чтобы подавить горе;
- ради удовольствия и хорошего настроения;
- чтобы убежать от реальности и стрессовых ситуаций;
- чтобы чувствовать себя комфортно в общении;
- от скуки;
- под давлением сверстников;
- чтобы справиться с симптомами отмены и тяги;
- чтобы справиться с депрессией и заниженной самооценкой;
- чтобы повысить уверенность в себе;
- для облегчения других психологических, психиатрических и физических симптомов, в том числе боли;

- для увеличения энергии, концентрации и улучшения качества работы;
- чтобы снизить вес;
- чтобы развеяться и повеселиться.

На данном этапе мы не способны предсказать, кто склонен к употреблению наркотиков, а кто нет и у кого возникнут серьезные проблемы. Однако некоторые семейные факторы способны защитить молодых людей:

- стабильность отношений в раннем возрасте;
- хорошие отношения с одним из родителей;
- добрые чувства и порядок в семье;
- отсутствие семейных ссор;
- положительное отношение к образованию;
- осуждение наркотиков родителями.

А также:

- принадлежность к женскому полу;
- высокий интеллектуальный уровень;
- позитивное отношение к жизни;
- хорошие навыки общения;
- аналитический подход к решению проблем;
- поддержка семьи и друзей;
- высокие жизненные стандарты;
- школы, предлагающие большой спектр возможностей;
- занятия спортом;
- интересы, хобби.

Рейчел была девушкой и могла анализировать сложившуюся ситуацию, хотя и не делилась своей проблемой с матерью, которая не уделяла дочери достаточного внимания. У матери поддержка отсутствовала, поскольку она ничего не обсуждала с отцом Рейчел.

Как это выглядит?

Существует ли разница между употреблением наркотиков, злоупотреблением наркотиками и зависимостью от них (наркоманией)?

Рейчел рассказывала о постепенных изменениях, о переходе от обычного экспериментального использования к зависимости. Спустя какое-то время человек:

- начинает употреблять больше для достижения прежнего эффекта (рост толерантности);
- не может остановиться;
- не может думать ни о чем другом, кроме наркотиков;
- тратит на них все свои деньги;
- ворует деньги и продает вещи, чтобы купить наркотики;
- теряет своих друзей, которые не употребляют наркотики.

Помимо того что наркотики запрещены законом, они наносят вред здоровью и благополучию. Иногда проблемы развиваются после одной дозы и даже могут приводить к смерти. Если человек употребляет наркотики от случая к случаю или «экспериментирует» с ними, он может заметить ухудшение своего состояния вскоре после их приема.

Героин

Эффекты

- сонливость;
- расслабленность;
- удовлетворенность;
- тошнота и рвота;
- запор;

- снижение аппетита;
- снижение либидо.

Обычно физическая зависимость к героину возникает после шести месяцев употребления наркотика.

Симптомы отмены

- неустойчивость;
- бросает то в жар, то в холод;
- судороги в животе;
- слезливость;
- выделения из новой полости;
- тяга к наркотику, которая может стать настолько сильной, что человек начинает продавать свои вещи, берет деньги в долг и даже ворует их у членов семьи и друзей.

Кокаин

Эффекты

- эйфория;
- рост энергии;
- возбуждение;
- ускоренное или нерегулярное сердцебиение;
- тошнота и рвота;
- иногда паранойя, напыщенность, агрессивность, вербальная и физическая агрессия;
- иногда галлюцинации;
- потоотделение и озноб;
- эпилептические припадки.

Симптомы отмены

- глубокая депрессия;
- отсутствие энергии;
- склонность к суициду;
- повышенный аппетит;
- тяга к наркотику.

Марихуана

Эффекты

- расслабленность;
- измененное восприятия времени;
- счастье;
- сонливость;
- повышенный аппетит;
- покраснение глаз;
- сухость во рту;
- тревога и возбуждение;
- расслабление;
- галлюцинации;
- учащение сердечного ритма.

Симптомы отмены

- тревога;
- тремор;
- потоотделение;
- мышечные боли.

Общие проблемы

Помимо физических эффектов, существуют и сложности с законом: хранение и распространение наркотиков — это уголовное дело, и человека могут посадить в тюрьму.

В остальном злоупотребление наркотиками ничем не отличается от злоупотребления алкоголем, табаком и такими летучими соединениями, как клей. Люди могут приобрести зависимость от нескольких веществ одновременно. Кто-то курит табак, марихуану и пьет алкоголь, попадая в зависимость от одного, двух или от всех элементов сразу. Алкоголь и табак имеют свои собственные симптомы отмены.

Прекращение приема различных наркотиков вызывает различные симптомы:

- ❖ успокаивающие средства (бензодиазепины или алкоголь) — спутанное сознание, дезориентация;
- ❖ стимуляторы (кокаин, амфетамины) — апатия и склонность к суициду.

Привычки, связанные с наркотиками, влияют на эмоциональный, интеллектуальный и социальный рост и развитие человека. Одновременное использование нескольких веществ наносит больший ущерб здоровью.

Психические проблемы и злоупотребление наркотиками могут взаимодействовать по-разному:

- ❖ отмена наркотика способна вызвать психические расстройства;
- ❖ сами наркотики также вызывают психические расстройства; например, одна доза ЛСД способна повергнуть человека в состояние психоза;
- ❖ если у человека уже существуют проблемы с психикой, он использует наркотики, чтобы с ними справиться;
- ❖ злоупотребление наркотиками и психическое расстройство часто приводят к рискованному поведению, что, в свою очередь, ведет к проституции, сексуальной эксплуатации, исключению из школы, преступлениям и нищете.

Что нужно делать?

В работе с наркоманией применяются физические и психологические подходы. Каждый из них имеет свои преимущества, но обычно врачи сочетают оба. Медикаментозное и психологическое воздействия должны входить в курс лечения, принимающий во внимание социальные и медицинские потребности человека (условия жизни, образование или профессиональное обучение).

Существует и заместительная терапия (например, метадон и бупренорфин вместо героина), но важно заметить, что она не подходит для лечения зависимости от большинства запрещенных наркотиков. Психологическое лечение, в которое входят также укрепление мотивации, *познавательная и семейная терапия, является единственным* видом лечения, и его следует предлагать, даже если можно подобрать лекарства. Это относится к марихуане, стимуляторам (амфетамины, кокаин) и экстези (См. *Психотерапевтические и медикаментозные методы лечения*).

Где лечиться?

Лечением наркомании занимаются различные организации (адреса и телефоны необходимых служб, как правило, известны терапевту). В Интернете есть сайты общественных организаций, располагающихся по месту жительства человека, или специализированных клиник.

Советы семье и друзьям

Как узнать, что человек употребляет наркотики?

Наркотиков существует великое множество, и составить полный список тех признаков, на которые следует обращать внимание, невозможно, особенно если человек использует их время от времени. Однако, если он употребляет наркотики регулярно и активно, признаки становятся явными (хотя им могут быть и другие объяснения).

Дома:

- ❖ непонятные изменения в настроении;
- ❖ необычная неискренность и скрытность;
- ❖ необъяснимая потеря вещей или денег.

Среди друзей:
- потеря дружеских отношений;
- нежелание рассказывать о новых друзьях.

Личные проблемы:
- необычный запах;
- ухудшение внешнего вида;
- частое «плохое самочувствие»;
- изменение в распорядке дня, чрезмерная сонливость или гиперактивность.

Что делать, если человек употребляет наркотики?
- изучить информацию, приведенную на специальных сайтах;
- сказать человеку о вашем беспокойстве, но сделать это тогда, когда прекратится действие наркотика;
- заручиться поддержкой — обсудить проблему с тем, кому вы доверяете;
- не оставлять это без внимания в надежде, что все наладится само собой, — разговаривая об этом, вы показываете, что вам не все равно.

Доктор Роджер Блур
и профессор Илана Кром

Заключение доктора Персоуда

Одна из проблем с наркоманией состоит в том, что человек не может сопротивляться искушению, если после лечения от зависимости продолжает жить по-старому. Очень важно, чтобы у него не было доступа к наркотикам и иным запрещенным веществам. На необитаемом острове без наркотиков не существует наркоманов. Подход «необитаемого острова» непопулярен и считается

довольно жестким, но, если для его осуществления достаточно мотивации, он может оказаться чрезвычайно эффективным.

Следует также иметь в виду и другие проблемы, существующие в жизни человека, — низкую самооценку, депрессию или скуку. Человек старается решить эти проблемы, употребляя вещества, со временем вызывающие зависимость. Вероятно, проблема с наркотиками исчезнет лишь тогда, когда человек устранит свои внутренние противоречия.

Литература

Alcohol, Drugs and Addictions — брошюра для врачей и специалистов, работающих с наркоманами. Опубликована на сайте *www.rcpsych.ac.uk.*

Drugs, Dilemmas and Choices, Working Party of the Royal College of Psychiatrists and the Royal College of Physicians, Gaskell Publications, London, 2000; *www.rcpsych.ac.uk.*

Street Drugs, Andrew Tyler, Coronet Books, 1995.

Профилактика психических заболеваний

Предотвращение психологических проблем

> Кризисы совершенствуют жизнь. Благодаря этому вы понимаете, кто вы есть на самом деле.
>
> *Аллан Найт Чалмерс*

На вопрос, как оставаться в здравом уме, большинство людей наверняка ответит: «Меньше работать, избегать стрессов, чаще расслабляться». Имей мы возможность уходить от проблем, с которыми сталкивает нас жизнь, то действительно чувствовали бы себя лучше. Однако нас загружают таким количеством требований, что совет «больше отдыхать» попросту невыполним. Таким образом, ключом к психическому здоровью и «нормальности» оказывается активное взаимодействие с кризисами, стрессами и сложностями.

Учитывая эти факты, вы придете к выводу, что профилактике в решении психических проблем должно уделяться *особое внимание*. Современная медицина уже давно тратит огромные ресурсы на такие профилактиче-

ские меры, как программы по вакцинации и кампании в поддержку общественного здоровья, однако психиатрия в сфере профилактики до сих пор находится на уровне Средних веков. Одна из причин такого отставания заключается в том, что физические заболевания очевидны для всех, а область психического здоровья все еще остается малоизученной.

Возможно, лучшим способом оценки душевного здоровья является исследование того, как человек реагирует на негативные, а не на позитивные события своей жизни. Психически здоровые люди менее подвержены влиянию таких переживаний, как скорбь или развод, нежели человек с уязвимой психикой.

Много лет психиатрия и психология сосредотачивались на лечении психических заболеваний и психологических проблем, а не на исследовании причин их возникновения. Во многом это происходило потому, что врачи были убеждены в невозможности их предотвращения, ведь истоки психических заболеваний оставались непонятными.

В наше время мы достаточно знаем о связях между неэффективными стратегиями преодоления трудностей и будущими психическими заболеваниями, а потому можем обучать людей методам предотвращения большинства психологических проблем.

Существует значительный прогресс в профилактике физических заболеваний (например, сердечно-сосудистых) или в борьбе с курением. Хотя точные причины возникновения этих болезней и пагубных привычек понятны не до конца, техники, использующиеся для их предупреждения, уже показали свою эффективность.

Важно определить не только те жизненные факторы, что увеличивают риск возникновения психических заболеваний, но и те, что защищают психику человека. На-

пример, если у него сложности во взаимоотношениях, мышление нерационально, он может погрузиться в депрессию. Работая над избавлением от этих факторов риска, он снижает угрозу психологических проблем.

Самопомощь

В прошлом наблюдалось отсутствие единства во мнении о наилучших способах справляться с трудностями. Однако есть две основные стратегии, которые, по всеобщему убеждению, приносят пользу.

Решение проблем

Человек старается каким-то образом снизить интенсивность стрессовых событий или вообще избавиться от них. Например, активным подходом к решению проблемы мужа-грубияна окажутся меры, направленные на пресечение такого поведения с помощью семейного психолога; если же попытки оказываются тщетными, следует подумать о расставании с ним.

Эмоциональная адаптация

Если жена не может уйти или как-то повлиять на грубого мужа, следует приспособиться к жизни с ним рядом. Все стратегии сводятся либо к изменению окружающей обстановки, чтобы стало меньше стрессов, либо к изменению себя, чтобы научиться жить с неразрешимыми проблемами и меньше из-за них расстраиваться.

Сталкиваясь с трудностями, человек должен ответить себе на следующие вопросы.

- Разрешима ли это проблема?
- Сталкивались ли с этой проблемой другие?
- Как они ее решали?

Такой подход требует четкого определения проблемы: человек должен подумать, какой ее аспект представляет наибольшую сложность. Обретя ясное понимание ее сути, человек займет наилучшую позицию для принятия решения.

Иногда проблема неразрешима, и с ней ничего нельзя поделать. В этом случае необходимо переключиться на эмоциональную адаптацию и изменить свое внутреннее состояние, то есть отношение к происходящему, чтобы расстраиваться как можно меньше.

Вы когда-нибудь задумывались о том, как справляются с трудностями другие? Вы слышите в новостях о людях, которые несколько дней провели посреди океана под перевернувшейся лодкой, даже не зная, что их поиски прекращены и спасатели вернулись домой, — однако жертвы крушения как-то справились! Как у них это получилось? Может казаться, что для выхода из подобных кризисов требуются особые человеческие качества, но на самом деле они вырастают из простых навыков, подобных езде на велосипеде, и их может получить любой заинтересованный человек.

На ранних стадиях расстройства сложно мыслить ясно или спокойно, и человек стремится активно разрабатывать план действий. Существует известный и относительно простой способ справиться со стрессом — «мантра помощи», или «рациональная мысленная установка в ответ на кризис».

Мантра помощи

Этап 1. «Из-за ужасного события, которое со мной приключилось, я чувствую себя отвратительно, и этого, конечно, следовало ожидать. Было бы странно чувствовать себя как-то иначе. Однако следует точно разобраться, насколько мне плохо. Не надо отрицать или пода-

влять чувства, но и не следует их преувеличивать, придавая им чрезмерное значение».

Этап 2. «Даже если это самое ужасное событие из всех, что могли со мной произойти, чтобы эффективно справиться с ним, необходимо подумать, какие практические, конструктивные шаги можно предпринять прямо сейчас, чтобы максимально исправить положение».

Этап 3. «Если сейчас я ничего не могу с этим поделать, не имеет смысла снижать свой настрой беспрестанными размышлениями о безвыходности. Поняв, что в данный момент я бессилен что-либо изменить, следует каким-то образом отвлечь себя, улучшить свое настроение и боевой дух. Если я почувствую себя хоть немного лучше, то окажусь в выгодном положении, чтобы разобраться и стать более позитивным и изобретательным. В такой кризисной ситуации мне потребуется вся возможная помощь, и я должен помогать себе, а не делать происходящее еще хуже».

Объяснение мантры помощи

Она делится на три части.

Этап 1 включает в себя понимание того, что огорчение является неизбежной частью кризиса. Часто люди обращаются за помощью для облегчения душевной боли, что вполне понятно, учитывая их обстоятельства. Нельзя ухудшать ситуацию, добавляя себе еще работы, то есть пытаясь справиться не только с проблемой, но и со своими эмоциями. Многие просто не разрешают себе впадать в панику, а некоторые даже приходят к терапевту, чтобы тот позволил им расстроиться.

Хорошим примером такого поведения является плач. Мужчины стараются не плакать, как бы они ни были рас-

строены. Однако есть свидетельства, что плач улучшает самочувствие страдающего человека. Почему именно слезы оказывают такое влияние, до сих пор неизвестно, хотя исследование утверждает, что слезы, вызванные скорбью, имеют иной химический состав, нежели те, что проливаются по другим причинам. Возможно, плач облегчает боль, поскольку является механизмом, избавляющим организм от какого-то токсина, накопившегося в результате стресса.

Кроме того, плач служит сигналом, указывающим на расстройство и потребность в помощи или успокоении. Даже плач в одиночестве облегчает боль. Его можно считать физическим признанием страдания человека перед самим собой; это признание позволяет ему оставить борьбу с эмоциями, выразить боль и освободиться от нее. Такое поведение снижает внутреннее напряжение. Плач часто служит сигналом неспособности справиться с болью и помогает перейти к следующей стадии работы над этой проблемой.

Этап 2 связан с проверкой эмоциональной реакции, основанной на здравой и рациональной оценке сложившегося положения. Каким может быть худший исход текущей ситуации? Чего человек боится? Каковы основания для подобного умозаключения? Отражают ли страхи реалистичную оценку того, насколько все плохо?

Требуется ли человеку дополнительная информация, прежде чем он сможет осмыслить масштабы проблемы? Если да, ему лучше отложить оценку до тех пор, пока он не получит все необходимые сведения или дружеский совет. Еще один хороший способ действия — обратиться за помощью к тем, кто уже побывал в аналогичной ситуации.

Этап 3 наступает тогда, когда человек разобрался в степени несчастья, постарался понять, какие положи-

тельные, конструктивные шаги необходимо сделать для исправления ситуации, и теперь должен отвлечь себя или подумать о чем-то другом.

Таким образом, мантра помощи и практика ее использования дают навыки работы с проблемами. Ставьте себе целью работать с ними, верьте, что сможете справиться, учитесь этому, и вы увидите, что у вас все получится.

Работа мозга

Множество исследователей пытались найти ответ на вопрос, не кроется ли причина серьезных психических заболеваний в нарушении функций мозга. Однако, по последним данным, физические нарушения в мозге бывают вызваны тяжелым стрессом, связанным с психическим заболеванием.

С помощью магнитно-резонансного сканирования были исследованы области мозга солдат, участвовавших в боевых действиях. Оказалось, что участок их мозга, связанный с памятью (гиппокамп), меньше, чем у людей контрольной группы. Исследователи пришли к выводу, что уменьшение объема этой части мозга произошло за то время, которое солдаты находились в стрессовых условиях войны. Другими словами, чем больше сражений человек видит, тем меньше становится его гиппокамп.

Исследование показывает, что аномальное освобождение гормонов стресса в условиях крайнего напряжения способно повредить мозг. Аналогичное снижение объема гиппокампа наблюдается у пациентов, не сталкивавшихся со стрессовыми ситуациями, но переживших повышенный выброс стероидных гормонов стресса при эндокринном расстройстве.

Человек может считать, что вдали от боевых действий ему вряд ли грозит тяжелое повреждение мозга. Однако снижение объема гиппокампа наблюдается и у людей, испытывающих депрессию и никогда не видевших войны. То время, что они пробыли в депрессии, указывает, насколько уменьшился их гиппокамп.

Эти новые открытия вызывают обеспокоенность, поскольку плохое психическое здоровье само по себе вредит мозгу и делает человека более уязвимым для будущих психологических проблем.

Таким образом, чем раньше человек обратится со своими проблемами к врачу, тем лучше будут его перспективы.

Доктор Радж Персоуд

Литература

Staying Sane: How to Make Your Mind Work for You, Dr. Raj Persaud, Bantam Press, 2000.

Physical Activity and Mental Health, William P. Morgan (редактор), Taylor & Francis, London, 1997.

Understanding and Managing Stress: Readings, John D. Adams, Pfeiffer Wiley, 1980.

Primary Prevention for Children and Families, M. Frank (редактор), Haworth Press Inc., Birmingham, New York, 1985.

Preventing Mental Health Disturbances in Childhood, Stephen E. Goldston, American Psychiatric Publishing Inc., Arlington, Virginia, 1990.

Психотерапевтические и медикаментозные методы лечения

Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ)

КПТ затрагивает следующие темы:

- как пациент думает о себе, о мире и об окружающих;
- как поступки пациента влияют на его мысли и чувства.

КПТ направлена на изменение образа мышления и моделей поведения. В отличие от других разговорных методов лечения, КПТ сосредотачивается на проблемах и трудностях, возникающих здесь и сейчас. Вместо того чтобы исследовать истоки боли или симптомов в прошлом пациента, она ищет новые способы улучшить его текущее состояние.

КПТ зарекомендовала свою эффективность в решении таких проблем, как:

- тревожное расстройство;
- депрессия;

- паническая атака;
- агорафобия и другие фобии;
- социофобия;
- булимия;
- навязчивый невроз;
- посттравматическое стрессовое расстройство;
- шизофрения.

Как действует КПТ?

Когда человек испытывает стресс, он в большинстве случаев зацикливается на вызвавших его проблемах. Он *либо преувеличивает их, либо недооценивает* свою способность с ними справиться.

КПТ помогает разобраться в отягощающих обстоятельствах, разбив их на небольшие группы. Так легче увидеть связь между этими проблемами, влияние, которое они оказывают на пациента, и методы борьбы с ними. Вот эти группы:

- проблема, случай или сложная ситуация;
- мысли;
- настроение /эмоции;
- телесные /физические чувства;
- поступки.

Каждая из этих областей оказывает воздействие на все остальные. Вид мышления пациента влияет на его физическое и эмоциональное самочувствие. От мыслей зависит и то, как он в конечном итоге поступает.

Определение и понимание связей между приведенными выше группами называется «оценкой пяти областей». *Приведем пример того, как это происходит на практике.*

Кошелек Джона

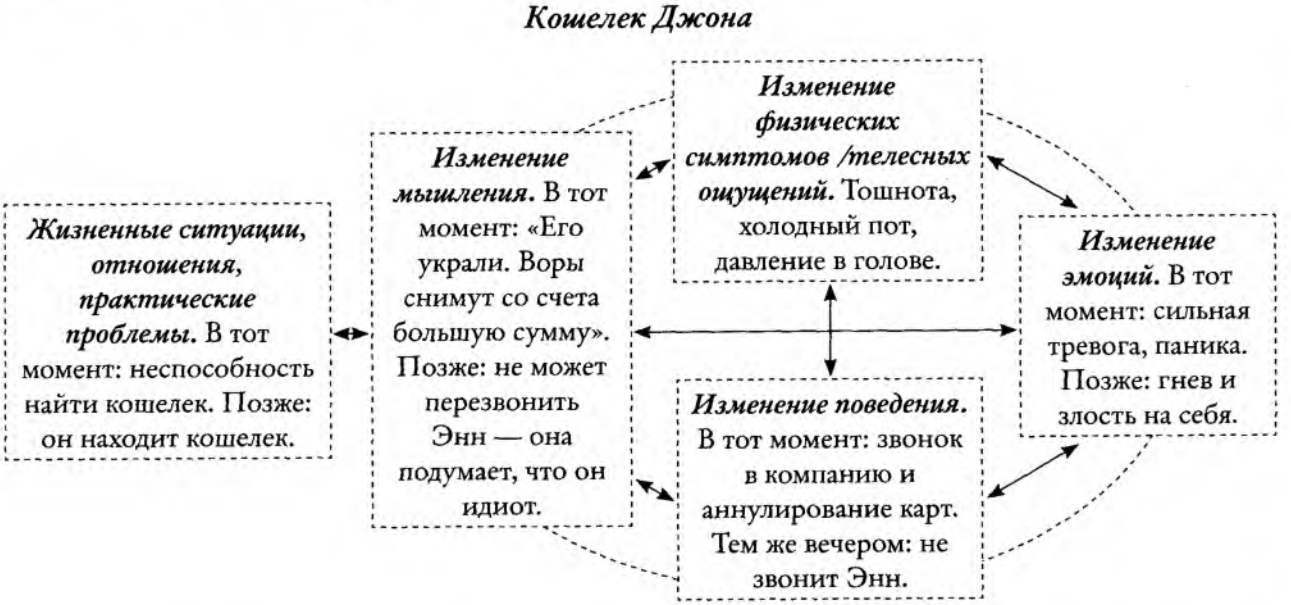
Джон собирается в магазин и вдруг понимает, что не может отыскать кошелек (***жизненная ситуация /практическая проблема***). Он сразу же делает наихудшее предположение: его кошелек и кредитные карты украли, когда он в последний раз выходил на улицу. Джон боится, что вор снимет с его банковского счета большую сумму (***мышление***). Это вызывает в нем тревогу (***чувства / эмоции***). Он отмечает неприятное ощущение в животе и сильное напряжение во всем теле. На лбу выступает холодный пот, в голове возникает давление (***физические симптомы***). Он звонит в компанию, обслуживающую его кредитные карты, и в банк, чтобы закрыть по ним операции (***поведение***).

После этого он звонит своей подруге Энн и рассказывает, что произошло. Она сочувствует ему, рекомендует вспомнить, где он в последний раз видел кошелек, и предлагает продолжить поиски в доме — вдруг он все же найдется? Джон рад, что поговорил с ней, поскольку теперь ему стало немного спокойнее. Он обещает Энн перезвонить вечером и сообщить новости.

Чуть позже Джон обнаруживает кошелек в кармане куртки, где оставил его днем ранее. Он не перезванивает Энн рассказать о своей находке, беспокоясь, что она сочтет его глупым. Джон злится и мысленно ругает себя («Ты просто идиот!»), однако это лишь ухудшает его состояние.

То, как Джон интерпретировал ситуацию, являлось *крайним* и *неэффективным подходом.* В результате он впал в беспокойство, расстроился и теперь не может ничего купить, поскольку аннулировал все свои кредитные карты.

Оценка пяти областей Джона



Каждая из этих пяти областей влияет на четыре другие в худшую или в лучшую сторону.

Друг, который не обратил на вас внимания

В большинстве ситуаций возникают либо полезные, либо бесполезные реакции, в зависимости от того, как вы думаете.

Ситуация	У вас был тяжелый день, вы очень устали и решили пройтись по магазинам. По дороге вы заметили знакомого, который прошел мимо и не обратил на вас внимания.	
Мысли	**Бесполезные** Он меня не замечает — видимо, я ему не нравлюсь.	**Полезные** Он выглядит погруженным в себя — может, у него что-то случилось?
Эмоции	Расстройство.	Забота о другом человеке.
Физические ощущения	Спазмы в животе, снижение энергии, тошнота.	Никаких — ощущение расслабленности.
Поведение	Возвращаетесь домой и с тех пор избегаете этого человека.	Звоните, чтобы узнать, все ли у него в порядке.

Одна и та же ситуация, в зависимости от того, как вы думаете, приводит к двум очень разным результатам. То, как вы *думаете*, влияет на то, что вы *чувствуете* и что *делаете*.

В примере в левой колонке вы приходите к определенному выводу без каких-либо серьезных доказательств. Последствия негативны, поскольку:

- вы ощущаете дискомфорт;
- ведете себя бессмысленно.

Если вы возвращаетесь домой в подавленном настроении, то можете погрузиться в мрачные размышления о случившемся, отчего вам станет только хуже. Позвонив встреченному вами человеку, вы почувствуете облегчение. Если этого не сделать, вы лишите себя возможности разобраться, что этот человек на самом деле о вас думает.

Давайте оценим описанную выше ситуацию согласно пяти областям.

Такой порочный круг способен создавать новые, ухудшающие ваше состояние обстоятельства. Испытывая разочарование, мы с большей вероятностью приходим к радикальным выводам, интерпретируем события, прибегая к крайностям, и ничем себе в результате не помогаем.

КПТ помогает разорвать порочный круг неадекватного мышления, чувств и поведения. Четко видя части целого, вы изменяете их — а значит, свои чувства и реакции. КПТ стремится научить вас делать это самостоятельно, вырабатывая собственные подходы к решению проблем.

Как проходит КПТ?

КПТ используется в самых разных областях: у врачей общей практики, в условиях стационара, в общественных центрах психического здоровья. Вести сеансы может врач, медсестра, социальный работник, психотерапевт, консультант или психолог.

КПТ проводится индивидуально или коллективно. Человек может заниматься ею самостоятельно, по книге, посещая группу или класс повышения образования —

Встреча на улице

даже через компьютерную программу. При индивидуальных занятиях:

- человек будете встречаться с терапевтом от 5 до 20 недель раз в 7 или 14 дней. Каждый сеанс длится от 30 до 60 минут;
- на первых 2 — 4 сеансах терапевт проверит, годится ли пациенту этот вид лечения и насколько он для него приемлем;
- терапевт станет задавать вопросы о жизни, той среде, в которой человек вырос, и о том, как он чувствует себя сейчас. Из этого выводится общая формулировка (см. ниже), помогающая понять, почему пациент чувствует себя именно так, а не иначе.

Пример общей формулировки

Джоан Смит — замужняя женщина сорока лет. Три недели назад муж бросил ее после того, как она узнала о его романе. С тех пор Джоан обезумела от горя: у нее ужасное настроение, она вся в слезах и ничему не рада.

Хотя роман был у мужа, Джоан обвиняет во всем себя: «Я была ужасной женой». Ей кажется, что у нее никогда не будет другого мужчины и жизнь ее кончена. Она «знает», что думают об этом ее друзья и родственники: «Они уверены, что это я виновата в распаде брака», — хотя на самом деле никто так не считает.

Она спит урывками и просыпается раньше обычного, продолжая испытывать усталость. Это ухудшает ее состояние: она не отвечает ни на телефонные звонки, ни на звонки в дверь. Джоан устает и, чтобы уснуть, пьет больше обычного. Однако сон не становится лучше, а настроение продолжает портиться.

Она подумывает о самоубийстве и запасает для этого таблетки парацетамола.

Оценка пяти областей Джоан Смит

Анализ проблемы поможет разобраться, над чем нужно работать. Следом пациент поставит себе ближайшие, среднесрочные и долговременные цели, к которым постепенно начнет приближаться на следующих сеансах терапии.

Терапевт может попросить его вести дневник, где определятся принципы мышления, эмоции, телесные ощущения и действия.

Вместе с врачом человек будет исследовать свои мысли, чувства и поступки, чтобы понять:

- насколько они нереалистичны или бесполезны;
- как они влияют друг на друга и на его состояние.



Далее терапевт поможет пациенту разобраться в принципах изменения бесполезных мыслей и моделей поведения. Для анализа размышлений используется «Разбор мыслей» (см. ниже). Наконец, могут потребоваться некоторые новые навыки (решение проблем, эффективное управление временем, напористость), а также способы справляться с трудностями (сниженной активностью, замкнутостью, бесполезным поведением или чрезмерным употреблением алкоголя), которые только ухудшают положение.

Домашние задания: претворение теории в практику

Говорить о том, что нужно что-то сделать, легко, а вот выполнить это значительно сложнее. Поэтому после определения областей, которые можно изменить, терапевт порекомендует «домашнюю работу», где пациент спланирует способы воплощения этих изменений в жизнь. В зависимости от ситуации его могут попросить:

- ❖ исследовать самокритичную или огорчающую мысль с помощью методики разбора мыслей;
- ❖ опробовать новые умения на практике, чтобы проверить их эффективность.

Разбор мыслей

Пометьте это как бесполезную мысль. Я:

- ❖ свой худший критик (предубеждения против самого себя);
- ❖ в каждой ситуации сосредотачиваюсь на плохом (негативный ментальный фильтр);
- ❖ делаю отрицательные выводы о будущем (мрачное видение будущего);
- ❖ сразу перехожу к худшему из возможных вариантов развития событий (чрезмерное преувеличение);

- ❖ считаю, что другие думают обо мне плохо, не проверив, так ли оно на самом деле (догадки);
- ❖ беру ответственность за то, что не является моей виной;
- ❖ использую бесполезные, радикальные или неосуществимые (должен, обязан, вынужден) утверждения.

Теперь внимательно подумайте: не зацикливайтесь на огорчающей вас мысли?

Продолжайте работу: не отказывайтесь от того, что собираетесь сделать. Проявите активность. Не бойтесь. Придерживайтесь своего плана. Реагируйте позитивно.

Спросите себя: что сказал бы на это человек, который меня любит?

Оцените, насколько вы убеждены в своей мысли? (0 — 100 процентов).

Задайте себе семь анализирующих мысль вопросов:

- ❖ Что бы я сказал другу, обратившемуся ко мне с такой проблемой?
- ❖ Основываю ли я свою мысль на эмоциях или на фактах?
- ❖ Что сказали бы другие люди?
- ❖ Вижу ли я всю картину целиком?
- ❖ Это действительно настолько важно?
- ❖ Что бы я сказал об этом через полгода?
- ❖ Применяю ли я к себе более высокие стандарты, чем к другим людям?

Эксперимент: проверка на практике. Сделайте взвешенный вывод.

- ❖ Действуйте вопреки своим крайним мыслям, с опорой на новое, взвешенное заключение. Посмотрите, что произойдет.
- ❖ В конце сделайте выводы из всего, что узнали.

Снова оцените, насколько вы уверены в мысли, которая вас огорчает (0 — 100 процентов), и в новом взвешенном выводе.

Помните, что такой процесс требует времени. Претворяя этот подход в жизнь, вы постепенно обретете уверенность в себе.

Внимание. Версия аналогичного процесса, рассказывающего о случае с кредитными картами, находится в бесплатном доступе на сайте *www.livinglifetothefull.com*

На каждом терапевтическом сеансе пациент и врач обсуждают, насколько продвинулись со времени последней встречи. Терапевт поможет советами, если какие-то задания окажутся слишком трудными или на первый взгляд бесполезными.

Врач не станет требовать от пациента быстрых перемен — он сам определяет интенсивность работы и то, что будет или не будет выполнять. В лечении нет никаких неожиданностей — все проходит в том темпе, который помогает двигаться вперед, однако не слишком быстро, чтобы задания не вызывали напряжения.

Сила КПТ заключается в том, что пациент может заниматься практикой и развивать свои умения после окончания сеансов. Это снижает вероятность рецидива симптомов.

Проблемы когнитивно-поведенческой терапии

Основная проблема — нехватка квалифицированных терапевтов, поэтому для начала можно обратиться к книгам самопомощи по КПТ или их компьютерных вариантов.

Насколько эффективна КПТ?

- КПТ — один из наиболее действенных подходов при состояниях, в которых основной проблемой является тревога или депрессия (см. *Депрессия*; *Тревожное расстройство и паническая атака*).
- Это лучшее психологическое лечение умеренной и тяжелой депрессии, столь же эффективное, как и антидепрессанты при различных формах этого заболевания. При тяжелой депрессии следует использовать КПТ вместе с антидепрессантами. При тяжелой форме депрессии почти невозможно изменить способ мышления пациента до тех пор, пока он не почувствует себя лучше благодаря лекарствам.
- Существует исследование, где утверждается, что КПТ может быть эффективнее антидепрессантов в предотвращении депрессивных рецидивов. Если потребуется, можно пройти повторный курс.
- КПТ может оказаться чуть более эффективной, чем антидепрессанты, в лечении тревожного расстройства, и это лучший подход в случае панической атаки (см. *Тревожное расстройство и паническая атака*).

Однако КПТ подходит не всем, кому-то поможет другой вид разговорной терапии (см. далее).

Проблемы, возникающие при КПТ

Если человек находится в глубокой депрессии и испытывает сложности с концентрацией, то поначалу вряд ли почувствует эффективность КПТ или любого другого психотерапевтического подхода. Из-за этого пациент может испытать разочарование и подавленное настроение. Хороший терапевт будет придерживаться на своих сеансах такой скорости работы, которая соответствует

возможностям больного. Иногда людям сложно говорить о депрессии, тревоге, стыде или гневе.

Сколько продлится лечение?

Курс может продолжаться от шести недель до шести месяцев — все зависит от типа проблемы и того, насколько человеку помогает лечение. Доступность КПТ не везде одинакова, иногда на прием к терапевту образуется длинная очередь.

Доктор Крис Уильямс

Заключение доктора Персоуда

Хотя многие врачи считают КПТ лучшим подходом к наиболее распространенным психологическим проблемам, вести сеансы должен компетентный терапевт. Необходимо проверить, работает ли психотерапевт в технике КПТ, учился ли он ей и каким опытом обладает. На это может указывать членство в соответствующей организации.

Литература

Overcoming Depression and Low Mood: A Five Areas Approach, Christopher J. Williams, Hodder Arnold, 2006.

Благодарности: примеры модели пяти областей и обзорные вопросы приведены с разрешения доктора К. Уильямса. Иллюстрации: Кит Чан из книги *Overcoming Depression and Low Mood* (второе издание) К. Уильямса (2006), Hodder Arnold Publisher. Приводится с разрешения.

Другие виды разговорной терапии

Девушка, чьи родители обвиняли себя

Сейчас Мириам семнадцать, а диагноз нервной анорексии ей поставили в десять лет. Она внезапно перестала есть, начала быстро терять вес и в конечном итоге была вынуждена лечь в больницу. Для семьи это оказалось настоящим шоком.

В больнице, благодаря помощи опытных педиатров и медсестер, Мириам быстро набрала вес, но когда вернулась домой, все началось сначала. Через восемь месяцев она опять оказалась в больнице. На этот раз она оставалась там три месяца, и, когда набрала нужный вес, родители были рады видеть дочь поправившейся. Однако Мириам все глубже погружалась в депрессию. Обследовавший ее детский психиатр прописал Мириам антидепрессанты и время от времени беседовал с ней.

В тринадцатилетнем возрасте она попыталась покончить с собой. Ее поместили в подростковое отделение, где она пробыла полгода. Когда Мириам выписали, проблемы вернулись — она снова начала голодать. Родители угрожали ей возвращением в больницу, если она продолжит терять вес, и вскоре она действительно туда вернулась.

После этого Мириам бросила сеансы терапии. На время она присоединилась к молодежной

группе своей синагоги, но эти люди слишком отличались от нее, умело управляя своей жизнью, так что она перестала посещать встречи. В конце концов, не видя никаких выходов, она снова попыталась покончить с собой. Родители буквально сражались за жизнь своего ребенка. Им предложили семейную терапию, и Мириам с большой неохотой согласилась принять в ней участие.

Родители обвиняли в проблемах дочери себя. Однако врач поддержал мысль о тесной совместной работе в борьбе с пищевым расстройством Мириам. Они сосредоточились на решении, когда и сколько Мириам должна есть и какие последствия ее ожидают, если она не будет этого делать.

Родители взяли на себя полную ответственность за выполнение новых правил, хотя Мириам начала возмущаться, обвиняя их в отсутствии заботы, бесчувственности и властности. Врач считал, что родителям следует больше знать о болезни и поговорить с родителями других детей, страдающих пищевыми расстройствами.

Мать Мириам вспоминает: «Мы отправились на вечер встречи без Мириам и увидели там родителей, дети-подростки которых тоже страдали анорексией. У всех были одинаковые проблемы. Мы узнали об ошибках, совершенных нами по собственному невежеству. Информация о болезни очень важна».

Помимо семейных сеансов, они ходили на групповую семейную терапию. Мать Мириам говорила: «В каждой семье был больной на определенной стадии заболевания, но мы всегда могли обсудить новые проблемы и ситуации. Так мы анализировали и больше узнавали о болезни, за-

трагивая вопросы о любых возникавших трудностях».

За следующие три месяца Мириам смогла восстановить свой вес дома — больница ей не понадобилась. Вместе с семьей она продолжала посещать сеансы семейной терапии и участвовала в групповой семейной терапии. Ее пищевое расстройство больше не давало о себе знать.

Когда Мириам было шестнадцать, она выразила желание заняться индивидуальной психотерапией, чтобы справиться с низкой самооценкой и эпизодами депрессии. После десяти сеансов КПТ она находится в хорошем душевном состоянии.

Что такое разговорная терапия?

Психотерапию часто называют «разговорным лечением», то есть полагающимся на силу слова, а не силу препаратов. Существует почти пятьсот различных видов разговорной терапии; ниже указаны лишь наиболее распространенные и доказавшие свою эффективность методы. Иногда разговорную терапию называют консультированием и поддерживающей психотерапией.

Разговорная терапия бывает очень разной, но все ее виды помогают понять, как мы «работаем» и как, если потребуется, совершать нужные изменения. Все эти виды основываются на разговоре с другим человеком и иногда на совместных с ним действиях.

Основные психотерапевтические подходы довольно многообразны и могут включать в себя работу с индивидуальными клиентами, парами, семьями и группами. Человек, который проводит сеанс разговорной терапии, обычно называется терапевтом, а тот, кто с ним встречается, — клиентом.

Психоаналитическая и психодинамическая психотерапия

Психоанализ был изобретен более 120 лет назад Зигмундом Фрейдом, и многие идеи, как его, так и его последователей, дожили до наших дней и используются в XXI веке.

Психоаналитическая психотерапия

Эта разновидность основывается на идее о том, что человек обладает сознанием и бессознательным: мы осознаем и помним множество ситуаций и событий, однако некоторые из них сохраняются в глубине бессознательного.

Фрейд утверждал, что с младенчества до раннего детства мы развиваем механизмы защиты для того, чтобы справляться с серьезными конфликтами, в то время как тяжелый ранний опыт и чувства подавляются, становясь недоступными нашему сознанию.

Изначально Фрейд использовал гипноз, позволявший пациентам свободно рассказывать о себе, поскольку тогда их подавленные бессознательные воспоминания всплывали на уровень сознания. Некоторые из них возникали в виде снов, фантазий и оговорок. Фрейд просил своих пациентов лечь на кушетку, а сам, сидя позади, предлагал говорить «все, что приходит на ум». Иногда он толковал то, что, по его мнению, происходило с бессознательным пациентов, указывая на их страхи, тайные желания и подавленные страсти.

В работе Фрейд отмечал важность отношений между пациентом и психоаналитиком. Он обратил внимание, что пациенты часто «проецируют» и «перено-

сят» на него свои мысли и чувства, назвав это явление «переносом». Целью этого подхода для пациента являлось снижение управляемости бессознательными повторениями предыдущих моделей поведения и проверка новых способов отношений с помощью аналитика.

За прошедшую сотню лет этот «чистый» психоанализ уступил место психоаналитической психотерапии, когда кушетка почти не используется, а клиент и психотерапевт сидят лицом друг к другу. Такое лечение опирается на взаимоотношения между терапевтом и клиентом. Психотерапевт больше не является отстраненным наблюдателем, но исследует собственный «обратный перенос» — чувства, возникающие у него во время терапевтической работы.

Психодинамическая психотерапия

Этот метод развился из личностной психологии в двухсторонний процесс. Его цель — помочь клиентам, поставив их проблемы в контекст личного опыта и развития с необходимым формированием отношений между терапевтом и клиентом.

Сеансы психодинамической психотерапии проходят как минимум раз в неделю, обычно в одно и то же время и в одном месте. Сеансы длятся по 50 минут, а лечение может продолжаться много месяцев, если не лет. Изменения происходят медленно, их сложно измерить, но весь этот процесс помогает клиентам принять ответственность за свои проблемы и поступки. Такой подход оказывается эффективным в работе с депрессией, тревожным состоянием, расстройствами личности и другими заболеваниями (см. *Депрессия; Тревожное расстройство и паническая атака; Расстройства личности*).

Новые виды индивидуальной психотерапии

Когнитивно-аналитическая терапия (КАТ)

Как указывает название, КАТ сочетает в себе техники психодинамической и когнитивно-поведенческой терапии. В ходе первого сеанса терапевт и клиент разбираются в текущих проблемах и источниках их возникновения, связывая возникшую затруднительную ситуацию с моделями мышления и чувствами, наблюдавшимися в прошлом. В этом процессе определяются две-три проблемы и обсуждаются способы борьбы с ними.

КАТ сосредотачивается и на распознавании бесполезных моделей взаимоотношений. Например, если родители чрезмерно контролировали человека, это может привести к тому, что он будет чрезмерно контролировать и других, и себя. Те, над кем в детстве издевались, точно так же относятся к себе или окружающим. КАТ старается помочь пациенту разобраться в причинах своего поведения и вернуть целостность разробленной на части личности.

Продолжительность КАТ составляет от 16 до 24 сеансов, в зависимости от проблем, с которыми придется иметь дело. Этот подход прекрасно зарекомендовал себя в работе с пищевыми расстройствами, тревогой и депрессией.

Терапия по укреплению мотивации (ТУМ)

ТУМ (также мотивационная беседа) представляет собой нацеленный на клиента совместный непротиворечивый подход. ТУМ помогает человеку исследовать свои чувства, связанные с изменением определенных видов поведения, и разобраться в них.

Стремление клиента к переменам поддерживается плавным процессом переговоров. В него входит исследование причин, по которым человек демонстрирует то или иное поведение, и помощь в сдвиге методов принятия решений в направлении изменений. Мотивационная беседа уменьшает отрицательный настрой и часто используется в сочетании с техниками КПТ.

Диалектико-поведенческая терапия (ДПТ)

Этот подход хорошо помогает людям с пограничными расстройствами личности (см. *Расстройства личности*). Он основывается на техниках КПТ, стимулирующих изменения, и одном из принципов философии дзен — «радикальном принятии». Все это помогает клиенту осознать, что его реакции на происходящее обоснованны, но проблематичны.

Изменения могут произойти лишь тогда, когда клиент принимает сам факт существования проблемы. Это принятие уже является шагом на пути к изменениям. ДПТ можно проводить индивидуально и в группах.

Межличностная терапия (МТ)

Изначально разработанная в качестве быстрого лечения от депрессии (см. *Депрессия*), МТ сочетает в себе поведенческий и психодинамический подходы, в том числе ролевую игру и улучшение навыков межличностного общения.

МТ используется для работы над проблемами в отношениях, для укрепления социальной поддержки клиента и уменьшения межличностных сложностей в семье и в общении с друзьями. Целью МТ является снижение депрессии и рост социальной поддержки. Врач занимает активную позицию в обучении клиента и расширяет его понимание депрессии.

Десенсибилизация с помощью движений глаз и повторная переработка (ДПДГ)

Эта техника направлена на лечение посттравматического стрессового расстройства (см. *Посттравматическое стрессовое расстройство*). В ней используются движения глаз, помогающие мозгу обрабатывать воспоминания и выносить смысл из травмирующего опыта.

Терапевт просит клиента подумать о травмирующем событии, живо воспроизведя в памяти тревожные воспоминания и неприятные образы. Глаза клиента двигаются вслед за движением глаз терапевта. Это продолжается в течение одной-двух минут, и если происходят значимые физические, эмоциональные или познавательные перемены, клиент об этом сообщает.

Дальнейшие движения глаз совершаются до тех пор, пока пациент не испытает и не сообщит об уменьшении связанных с травмой отрицательных переживаний. Средняя продолжительность лечения ДПДГ составляет 6 — 8 сеансов, но при таких сложных травмах, как сексуальное насилие в детстве, может потребоваться более длительная работа.

Групповая психотерапия

Мысль о том, чтобы объединить отдельных клиентов в группы, возникла в начале XX века, когда врачи в США собрали вместе пациентов с туберкулезом. Это привело к серьезному улучшению их физического самочувствия и эмоционального состояния.

Спустя сто лет групповое лечение все еще является популярной и эффективной формой психотерапии. Наиболее распространенный подход основан на психо-

динамической модели, когда пациенты предлагают «материал», а терапевт его интерпретирует.

Шесть — восемь незнакомых друг с другом клиентов (мужчин и женщин обычно поровну) регулярно встречаются раз в неделю на 90-минутных сеансах; процесс занимает от полутора до трех лет. Клиенты садятся в круг вместе с терапевтом или двумя терапевтами. Соблюдается строгая конфиденциальность — о происходящем на сеансах клиенты не должны рассказывать никому за пределами группы. Также члены группы не должны встречаться друг с другом вне сеансов групповой терапии.

Цель групповой терапии для клиента — «открыться», поделившись с другими своей проблемой, и найти решение через лучшее понимание себя и своих отношений. Вместе с другими людьми, часто обладающими похожими проблемами, он может получить поддержку и при необходимости пересмотреть свои взгляды.

Особенно эффективными могут оказаться специализированные группы, где клиенты делятся сходным опытом. Такое понимание общих друг для друга проблем позволяет членам группы оказывать «опытную» поддержку, давать советы и помогать друг другу. Например, в терапевтических группах для жертв насилия клиенты с большей легкостью рассказывают о своих случаях, находясь в присутствии людей, прошедших через то же самое.

Существуют и возрастные группы: для детей, подростков, молодежи и взрослых. Клиентам одного возраста проще отождествлять себя друг с другом.

Групповая семейная работа — недавнее изобретение. 6 — 8 пар или 6 — 8 семей проводят вместе часы или даже дни. Обмениваясь идеями и опытом, они сравнивают свои впечатления и учатся друг у друга.

Семейная и супружеская терапия

Независимо от вашего отношения к ней, семья играет центральную роль в жизни большинства людей. На то, кто мы и что мы есть, серьезно влияет наше воспитание, и семейная жизнь полна драматизма от рождения до смерти.

Проблемы одного человека часто касаются не только его одного — они влияют на отношения других членов семьи. Как и любое сообщество, каждая семья уникальна. В каждой имеются свои правила и характерные черты.

Если семья не справляется с кризисом или переменами, если ей сложно перестроиться, у одного или более ее членов могут возникнуть проблемы, затрагивающие и всех остальных. Например, поведение ребенка затрагивает мать, чья реакция влияет на отца и на других детей, которые, в свою очередь, не могут не влиять на ребенка.

Семейные терапевты видят свою задачу в том, чтобы снять блоки в семье, застрявшей на уровне определенных моделей поведения, и дать членам семьи новые навыки для выхода из сложных ситуаций.

В супружеской терапии врач может работать с женщиной в депрессии, имеющей заниженную самооценку. Партнер чрезмерно опекает ее, лишь увеличивая ощущение неадекватности.

Психообразование — одна из особых форм работы с семьями. Членам семьи рассказывают о причинах и ходе психического заболевания их родственника, учат тому, что человеку с такими проблемами помогает хорошо, а что — в меньшей степени. Общая цель психообразования — уменьшить возникающие в семье сильные эмоции и предоставить клиенту больше физического /личного пространства.

Существует несколько моделей семейной и супружеской терапии. Сеанс длится в среднем 60 — 90 минут, всего проходит 6 — 10 сеансов в течение 3 — 6 месяцев. Сеансы могут проводиться в клинике, дома или в другом месте, например в общественном центре.

Многие клиенты, приходящие на семейную терапию, не имеют какой-то одной четко выраженной психической проблемы. При работе с детьми и подростками такой тип терапии предлагает эффективную помощь в случае:

- ❖ расстройств поведения;
- ❖ нервной анорексии;
- ❖ злоупотребления алкоголем и наркотиками.

Этот же подход может применяться для семейного лечения при наличии:

- ❖ депрессии;
- ❖ хронического физического заболевания.

Семейная терапия эффективно помогает в работе:

- ❖ с проблемой физического насилия над детьми и отсутствием заботы о них;
- ❖ с расстройством гиперактивности /дефицита внимания;
- ❖ с тревожным расстройством;
- ❖ со скорбью после утраты;
- ❖ с психосоматическими проблемами.

В работе с взрослыми семейная терапия помогает в лечении:

- ❖ психотических расстройств (особенно шизофрении);
- ❖ злоупотребления алкоголем или наркотиками;
- ❖ расстройств настроения, таких как депрессия;
- ❖ болезненных семейных отношений.

Семейная и супружеская терапия могут использоваться и сами по себе, и в сочетании с другими методами.

Доктор Эйя Эйзен

Заключение доктора Персоуда

Психотерапевты появляются из целого ряда различных областей: психологии, психиатрии, медсестринской и социальной службы. Все они имеют образование в области психотерапии или психологии. В Великобритании общественные психотерапевтические службы развиты плохо, и множество людей вынуждены пользоваться частными услугами в этой области.

Информацию о психотерапевтах, работающих в вашем округе, вы можете получить от своего лечащего врача. Многие центры здоровья нанимают на работу консультантов и психотерапевтов. Психиатрические и психологические службы для взрослых часто предлагают некоторые формы психотерапии, но она все равно остается главной ресурсной проблемой, и доступ к ней везде разный. Однако в рамках детской и подростковой психиатрической службы индивидуальная и семейная психотерапия теперь более доступны.

Одним весьма непростым аспектом, связанным с первым погружением в мир психотерапии, является необходимость выбора между многочисленными и очень разными терапевтическими школами. Учитывая все богатство этой области, пациентам имеет смысл «присмотреться», поэкспериментировать с тем, какая система окажется для них наиболее подходящей, и лишь после этого сделать окончательный выбор.

Есть и другая точка зрения: разница между школами больше кажущаяся, чем реальная. Некоторые исследова-

ния говорят, что важна не школа, которой следует терапевт, а личность и харизма самого врача. То, что называют «пониманием», «искренностью» и «теплотой», представляется ключевыми характеристиками терапевта; от этого зависит вероятность положительного исхода терапии независимо от выбора лечебного подхода.

Какого бы терапевта пациент ни предпочел, следует узнать об образовании, квалификации специалиста, кто регулирует его деятельность и каков опыт его работы с данной проблемой.

Хотя лекарства, применяемые в психиатрии, часто критикуют за побочные эффекты и вероятность возникновения зависимости, в отношении психотерапевтических методов подобные вопросы не рассматриваются, хотя у разговорной терапии *есть* побочные эффекты и она может вызывать зависимость.

Ко всем методам терапии следует подходить критически и четко понимать, когда лучше сменить стратегию лечения.

Медикаментозное лечение

Почему лекарства помогают при психических заболеваниях?

Многие психические заболевания хорошо поддаются медикаментозному лечению. Вероятно, потому, что отчасти связаны с изменениями количества нейротрансмиттеров (веществ, участвующих в передаче информации в мозге), и большинство препаратов восстанавливают их баланс.

Например, считается, что при шизофрении (см. *Шизофрения*) чрезмерная активность дофамина (возможно, из-за стресса или таких наркотиков, как марихуана) вызывает психотические симптомы — галлюцинации и ложные представления. Антипсихотические лекарства (хлорпромазин, галоперидол) блокируют одну из целей дофамина — место связывания, дофаминовый рецептор d2. Это снижает чрезмерную активность системы и позволяет снять симпотмы.

Другие расстройства, в том числе депрессия и тревожное состояние (см. *Депрессия*; *Тревожное расстройство и паническая атака*), вызваны относительной нехваткой других нейротрансмиттеров, таких как серотонин (5HT). Антидепрессанты восстанавливают уровень 5HT, предотвращая его исчезновение в области нервных окончаний, где он необходим. Транквилизаторы, например диазепам (валиум), увеличивают выработку естественного успокаивающего вещества мозга GABA.

Побочные эффекты

Лекарства, использующиеся для лечения психических заболеваний, часто приводят к ряду нежелательных побочных эффектов, поскольку влияют на нейротрансмиттеры, являющиеся посредниками в выполнении различных функций мозга и иногда в других системах организма.

Неблагоприятные эффекты обычно безвредны и часто кратковременны. Например, антидепрессанты — ингибиторы обратного захвата серотонина в начале лечения могут вызывать тошноту и расстройство желудка, диарею, но через несколько дней это проходит. Транквилизаторы иногда приводят к сонливости и неустойчивости.

Очень важно, чтобы пациент понимал: побочные эффекты — явление нормальное и непродолжительное; из-за них нельзя прекращать прием лекарств. Большинству препаратов требуется время, чтобы подействовать (для антидепрессантов этот срок составляет примерно четыре недели), и если прекратить их принимать, положительных изменений не будет. Некоторые побочные эффекты исчезают благодаря другим лекарствам, поэтому, если пациента что-то беспокоит, он должен поговорить с врачом.

В редких случаях психиатрические препараты вызывают более серьезные побочные эффекты. К ним относятся заболевания крови (принимая клозапин, лекарство от шизофрении, следует регулярно делать анализы), проблемы с движениями мышц лица и тела (поздняя дискинезия). От дискинезии могут прописать лекарство, но некоторые виды движений лица и тела, как при поздней дискинезии, бывают необратимыми.

Во всех случаях возникновения побочных эффектов необходимо, чтобы пациент или его близкие рассказывали о них врачу для получения нужного совета. Начало приема с низкой дозы часто минимизирует побочные

эффекты, а в некоторых случаях вместо психиатрического лекарства можно попробовать средства нетрадиционной медицины.

Прекращение приема лекарства

Существуют многочисленные руководства, где указана длительность курса лечения большинства психических заболеваний, основанная на практических выводах. В случае шизофрении лекарства рекомендуется принимать много лет, если не всю жизнь.

При депрессии оптимальный период для полного выздоровления занимает 6 и более месяцев. Если депрессивные эпизоды возникали и прежде, требуется больше времени. Мы знаем, что почти все, у кого когда-либо был приступ депрессии, испытают ее рецидив в последующие 25 лет. Те несчастные, у кого уже было 3 эпизода, имеют 90-процентную вероятность четвертого эпизода в следующие 5 лет.

Антидепрессанты более эффективны в предотвращении будущих эпизодов депрессии, нежели в лечении текущего, и людям с высоким риском рецидива или неполного выздоровления иногда приходится принимать лекарство много лет.

Когда приходит время, прекращать лечение следует постепенно, чтобы не вызвать симптомов отмены, что может навести пациента и врача на неверную мысль о рецидиве.

Антидепрессанты

Антидепрессанты — это лекарства, уменьшающие симптомы депрессии. Впервые они были разработаны в пя-

тидесятых годах XX века и с тех пор используются регулярно. В наши дни существует почти 30 видов антидепрессантов, которые делятся на пять основных типов.

- ❖ Оригинальные старые лекарства:
  - — трициклические антидепрессанты;
  - — антидепрессанты — ингибиторы моноаминоксидазы.
- ❖ Новые лекарства:
  - — ингибиторы обратного захвата серотонина (ИОЗС);
  - — ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (ИОЗСН);
  - — лекарства, блокирующие рецепторы (например, миртазапин).

Список широко используемых антидепрессантов приводится далее (см. таблицу).

Как они действуют?

При депрессии наблюдается пониженная активность систем некоторых нейротрансмиттеров, особенно серотонина и норадреналина. Антидепрессанты увеличивают их активность в мозге.

При каких расстройствах используют антидепрессанты?

- ❖ средняя и тяжелая формы депрессии;
- ❖ тяжелая форма тревожного расстройства, панические атаки, посттравматическое стрессовое расстройство (см. *Посттравматическое стрессовое расстройство*);
- ❖ навязчивые состояния (см. *Невроз навязчивых состояний*);

- ❖ хроническая боль (см. *Боль хроническая и физические заболевания*);
- ❖ нарушения пищевого поведения (см. *Пищевого поведения расстройства*).

Если пациент не понимает, почему ему назначили антидепрессанты, он должен поговорить со своим врачом.

Правда ли, что новые антидепрессанты лучше старых? В некотором смысле это так. Старые таблетки (трициклические антидепрессанты) столь же эффективны, как и новые (ИОЗС), но у новых меньше побочных эффектов. Значительным плюсом новых таблеток является то, что они менее опасны при передозировке.

Побочные эффекты антидепрессантов

Трициклические антидепрессанты могут вызывать сухость во рту, легкий тремор, учащенное сердцебиение, запор, сонливость и увеличение веса. У пожилых людей они способны привести к спутанному сознанию, замедленному процессу мочеиспускания, обморокам из-за низкого давления и падению.

Если у человека проблемы с сердцем, эту группу антидепрессантов принимать не следует. У мужчин могут появиться сложности с эрекцией или семяизвержением. Трициклические антидепрессанты *очень* опасны при передозировке (в Великобритании именно эти лекарства чаще всего связаны с реализацией суицида).

ИОЗС, суицидальные мысли и молодежь

Существуют свидетельства появления суицидальных мыслей (но не случаев самоубийства) и других побочных эффектов у молодых людей, принимающих антидепрессанты, поэтому ИОЗС запрещено выписывать

людям до 18 лет. Однако Национальный институт клинического мастерства утверждает, что флуоксетин, антидепрессант ИОЗС можно использовать до этого возраста.

Нет четких доказательств увеличения риска самоповреждений и суицидальных мыслей у взрослых. В целом антидепрессанты не повышают риск самоубийства. По сути, они могут снижать его, поскольку он очень высок при депрессии.

Вызывают ли антидепрессанты привыкание?

Антидепрессанты не вызывают привыкания, характерного для транквилизаторов, алкоголя или никотина:

- не нужно увеличивать дозу, чтобы получить тот же эффект;
- не возникает тяги, если их прием прекращается.

Однако прекращение приема антидепрессантов может вызывать симптомы отмены:

- расстройство желудка;
- симптомы простуды;
- тревожное состояние;
- головокружение;
- впечатляющие сны;
- телесные ощущения (похожи на электрические разряды).

У большинства людей эти симптомы проявляются слабо, но у некоторых довольно заметны. В целом, лучше постепенно уменьшать дозу, чем резко прекращать прием.

Беременность и грудное вскармливание

Во время беременности, особенно три первых месяца, лучше принимать как можно меньше лекарств. Суще-

ствует свидетельство, говорящее об увеличении врожденных пороков у детей тех матерей, что принимали антидепрессанты во время беременности. Однако некоторые беременные женщины все же принимают лекарства, и эти риски необходимо соразмерить.

По некоторым данным, младенцы, родившиеся у принимавших антидепрессанты матерей, могут вскоре после рождения переживать симптомы отмены. Они более вероятны, если женщина принимала пароксетин. Та же картина наблюдается и у взрослых. Пока мы не узнаем об этом больше, врачам следует рассматривать альтернативные методы лечения беременных женщин.

Некоторые женщины испытывают послеродовую депрессию (см. *Послеродовая депрессия*), но благодаря беседам с психологом и практической поддержке чаще всего поправляются. Тяжелая депрессия может истощить женщину, воспрепятствовать грудному кормлению, расстроить отношения с ребенком и даже вызвать задержку его развития. В таких случаях помогут антидепрессанты.

Из материнского молока ребенок получит лишь небольшой объем антидепрессантов. Почки и печень младенцев, возраст которых больше нескольких недель, работают очень эффективно — они способны разрушать лекарства и выводить их из организма (как это происходит у взрослых), так что риск здесь очень невелик.

В такой ситуации некоторые антидепрессанты предпочтительнее других, и об этом стоит поговорить с врачом или фармацевтом. Помня обо всех преимуществах грудного вскармливания, лучше его не прекращать из-за приема антидепрессантов.

РАСПРОСТРАНЕННЫЕ АНТИДЕПРЕССАНТЫ		
Лекарство	**Торговое название**	**Группа**
амитриптилин	триптизол	Трициклический
кломипрамин	анафранил	Трициклический
циталопрам	ципрамил	ИОЗС
досулепин	протиаден	Трициклический
доксепин	синекван	Трициклический
флуоксетин	прозак	ИОЗС
имипрамин	тофранил	Трициклический
лофепрамин	гаманил	Трициклический
миртазапин	зиспин	НССА
моклобемид	манерикс, аурорикс	ИМАО
нортриптилин	аллегрон	Трициклический
пароксетин	сероксат	ИОЗС
фенелзин	нардил	ИМАО
ребоксетин	эдронакс	ИОЗСН
сертралин	люстрал	ИОЗС
транилципромин	парнат	ИМАО
тразодон	молипаксин	Блокатор рецепторов
венлафаксин	эффексор	ИОЗСН
дулоксетин	цимбалта	ИОЗСН

Сокращения
ИОЗС — ингибитор обратного захвата серотонина.
ИОЗСН — ингибитор обратного захвата серотонина и норадреналина.
ИМАО — ингибитор моноаминоксидазы.
НССА — норадренергический и специфический серотонинергический антидепрессант (блокиратор рецепторов).

Транквилизаторы

Хотя многие антидепрессанты являются приоритетным лекарством при тревожных состояниях (см. *Тревожное расстройство и паническая атака*) и депрессии, их действие начинается не сразу (иногда через несколько недель). Чтобы облегчить симптомы, врачи часто выписывают быстродействующие транквилизаторы (так называемые малые транквилизаторы). Чаще всего используют бензодиазепины, а также некоторые антигистаминные препараты. В прошлом популярностью пользовались барбитураты, но сейчас к ним редко обращаются, так как высока вероятность возникновения зависимости.

Транквилизаторы можно использовать с перерывами, по мере необходимости, чтобы справляться с краткими периодами повышенной тревоги. Поскольку они восстанавливают сон, их можно применять при различных формах бессонницы (см. *Сна нарушения*).

Как они действуют?

Транквилизаторы подавляют активность мозга. Наиболее распространенные из них, бензодиазепины, стимулируют функцию естественных успокаивающих веществ — GABA. Антигистаминные препараты блокируют действие другого нейротрансмиттера — гистамина, который связан с сигналом мозга о тревоге и возбуждении.

Существует еще два типа препаратов, использующихся для снижения тревоги. К первому типу относится буспирон, который применяется в лечении общего тревожного расстройства, поскольку воздействует на системы 5HT, уменьшая напряжение и беспокойство. Подобно антидепрессантам, буспирон начинает действовать лишь через несколько недель.

Ко второму типу относятся бета-блокаторы, применяющиеся при высоком давлении. Блокируя гормоны, вызывающие некоторые симптомы тревоги, особенно дрожь и учащение сердцебиения, они заметно облегчают состояние пациентов.

Для чего используются транквилизаторы?

В основном их используют кратковременно для снятия острых симптомов:

- ❖ в острых ситуационных приступах, помогая людям справиться с состоянием тревоги;
- ❖ для уравновешивания побочных эффектов антидепрессантов, в том числе тревоги;
- ❖ для улучшения сна;
- ❖ для снижения мышечного напряжения и головных болей;
- ❖ в некоторых случаях, когда другие методы не помогают, транквилизаторы можно использовать как долговременное лечение.

Бензодиазепины

Когда-то бензодиазепины пользовались большой популярностью, но их сменили ИОЗС (см. выше) — главное средство от тревожных расстройств. Однако этот класс препаратов все равно используется, особенно для улучшения сна и лечения кратковременных эпизодов ситуационной тревоги. Они действуют быстро, и многие пациенты носят с собой несколько таблеток «на всякий случай».

Бензодиазепины оказывают ряд побочных действий, в том числе вызывают заторможенность, расслабление и проблемы с памятью, что может негативно сказаться при вождении автомобиля или работе с техникой, а также увеличивают воздействие алкоголя и других успокаивающих средств, в том числе болеутоляющих.

Главная проблема в том, что больным приходится увеличивать дозы препарата, а многим после его длительного использования трудно прекратить прием, так как могут появиться симптомы отмены. От 10 до 25 процентов пациентов чувствуют себя настолько плохо, что возвращаются к бензодиазепинам и начинают принимать их постоянно.

Бензодиазепинами часто злоупотребляют наркоманы, заменяя ими отсутствующие наркотики.

Антипсихотические препараты

Эти лекарства иногда называют главными транквилизаторами. Их используют более пятидесяти лет. Сначала они были представлены такими лекарствами, как хлорпромазин и галоперидол — типичные антипсихотические средства. Недавно был разработан новый класс — атипичные антипсихотические средства, к которым относятся рисперидон, оланзапин, клозапин и кветиапин.

Антипсихотические препараты изменили процесс лечения психических расстройств, особенно шизофрении (см. *Шизофрения*), и применяются в течение многих лет для предотвращения рецидивов.

Как они действуют?

Все антипсихотические средства снижают действие нейротрансмиттера дофамина. Считается, что многие из симптомов шизофрении, особенно галлюцинации и бредовые представления, вызваны его чрезмерной активностью.

Однако дофамин связан с многими функциями мозга, в частности он стимулирует движения. Лекарства часто блокируют это действие, что приводит к характерным

побочным эффектам — экстрапирамидным симптомам, форме паркинсонизма (замедленные движения, дрожь), подвижности ног (акатизия) и странным непроизвольным движениям лица и тела (поздняя дискинезия).

Самые новые атипичные антипсихотические средства в меньшей степени влияют на движения, хотя с некоторыми препаратами (особенно с оланзапином) связаны другие проблемы, такие как чрезмерный набор веса.

Клозапин действует несколько иначе и может помочь там, где другие лекарства неэффективны. Он редко нарушает двигательные функции и значительно улучшает мышление и мотивацию. Однако он увеличивает вес и в редких случаях приводит к эпилепсии. Клозапин может вызывать чрезмерное слюноотделение, что легко устраняется при помощи других лекарств. В редких случаях он негативно влияет на процесс образования клеток крови, поэтому необходимо регулярно делать анализы крови.

Многие антипсихотические лекарства увеличивают выработку гормона пролактина, что вызывает рост груди у мужчин и выделение молока у женщин. Клозапин, кветиапин и арипипразол практически не вызывают такого эффекта.

Для чего используются антипсихотические препараты?

Кроме лечения при острых эпизодах и профилактики шизофрении, эти препараты используются для:

- ослабления мании;
- улучшения сна, особенно в психотических состояниях;
- снижения агрессии;
- успокаивания при ряде психических расстройств;
- лечения депрессии в сочетании с другими лекарствами.

Уколы

Некоторые антипсихотические лекарства выпускаются для инъекций, которые можно делать раз в месяц. Они действуют так же, как таблетки, но, поскольку медленнее освобождают активные вещества, лечение занимает больше времени.

Такой метод улучшает результаты работы с шизофренией. Этот вид лечения более надежен, рецидивы возникают реже и в начале менее активны, что позволяет заметить их прежде, чем они приобретут тяжелую форму.

Различные классы антипсихотических препаратов

Типичные антипсихотические средства (старые):

- галоперидол, хлорпромазин, флупентиксол, флуфеназин.

Атипичные антипсихотические средства (новые):

- блокаторы дофаминовых рецепторов: оланзапин, рисперидон, клозапин, кветиапин, сертиндол, зипразидон, сульпирид и амисульприд;
- частичные блокаторы дофаминовых рецепторов: арипипразол блокирует избыток дофамина и увеличивает его активность в тех участках мозга, где это необходимо.

Стабилизаторы настроения

Эти лекарства предотвращают перепады настроения при любых расстройствах: от мании и гипомании до депрессии. Существует два основных типа стабилизаторов. Литий используется вот уже 50 лет, снижая число и тяжесть маниакальных перепадов настроения при биполярном расстройстве, маниакально-депрессивном забо-

левании (см. *Биполярное расстройство*). Не так давно было обнаружено, что некоторые противосудорожные средства также оказывают стабилизирующее воздействие на настроение, к ним относятся вальпроат натрия, карбамазепин и ламотригин.

Как они действуют?

В настоящее время мы не очень хорошо понимаем, почему у некоторых людей возникают перепады настроения и как эти лекарства помогают их снизить. Современные теории говорят о том, что стабилизаторы настроения влияют на производство определенных регулирующих веществ в клетках мозга, то есть препятствуют изменениям, ведущим к перепадам настроения.

Для чего они используются?

Стабилизаторы настроения предотвращают перепады настроения при биполярном расстройстве. Некоторые из них, особенно литий и ламотригин, снижают вероятность повторных депрессивных эпизодов.

Иногда литий используется для лечения мании. При лечении депрессии он дополняет действие антидепрессантов. Карбамазепин снижает приступы раздражения.

Литий

Чтобы оказывать положительное действие, уровень содержания в крови ионов лития должен быть от 0,4 до 1,0 ммоль/л. Если уровень ниже, литий неэффективен, а если уровень выше 1,2 ммоль/л, возникают симптомы отравления. Уровни выше 2 ммоль/л очень опасны и требуют вмешательства врачей.

Из-за этой опасности уровень лития в крови пациента регулярно измеряют до тех пор, пока не подберут правильную дозу. К побочным эффектам относятся дрожь,

сухость во рту, повышенное мочеобразование и набор веса. Иногда литий приводит к снижению активности щитовидной железы, но это можно поправить. Лекарство очень эффективно снижает риск перепадов настроения при биполярном расстройстве, и преимущества препарата в целом перевешивают негативные эффекты.

Противосудорожные средства

Эти лекарства имеют значительное число побочных эффектов, в том числе замедление реакций (поэтому лучше принимать их на ночь перед сном) и раздражение кожи (которого можно избежать постепенным увеличением дозы).

Иногда для определения эффективной дозы вальпроата натрия измеряется уровень в крови, но это необязательно. Если действие лития не слишком выраженно, к нему добавляют противосудорожное средство — это так называемая двойная терапия (в некоторых случаях допускается и тройная терапия).

Снотворные средства

Некоторые лекарства используются для того, чтобы помочь пациентам заснуть и увеличить продолжительность сна. Большинство этих препаратов подобны бензодиазепиновым транквилизаторам: увеличивают активность нейротрансмиттера GABA, который оказывает на мозг успокаивающее воздействие. Традиционные бензодиазепиновые снотворные — нитразепам и темазепам.

Новое поколение снотворных называют Z-препаратами, к ним относятся зопиклон, золпидем и залеплон.

Они быстрее выводятся из организма, поэтому процесс пробуждения проходит легче. Иная химическая структура препаратов означает, что они не создают такой зависимости и симптомов отмены, как прежние лекарства.

Однако все снотворные несколько ухудшают сон после прекращения приема, так что следует избегать их длительного применения. Недавно в США получила лицензию обновленная версия зопиклона — эсзопиклон, для долговременного лечения бессонницы. Препарат зарекомендовал эффективность приема на протяжении шести месяцев и дольше.

Лекарства от зависимости

Существует целый ряд лекарств, предназначенных для лечения зависимости. Некоторые из них, антидоты, блокируют влияние вещества, которым человек злоупотребляет, а другие заменяют эти вещества, имитируя их эффекты. Их выписывают в заместительной терапии, чтобы удержать людей с зависимостью от совершения преступления ради приобретения наркотиков.

Героинозависимым пациентам предлагают два заместительных вещества — метадон и бупренорфин. Метадон является вариантом морфия с более долговременным влиянием и принимается раз в день, обычно под наблюдением врача. Бупренорфин безопаснее, не такой сильный и отчасти действует как блокатор. Его дают один раз в день или три раза в неделю, в зависимости от дозы.

Единственный использующийся сейчас блокатор опиатов — налтрексон. Если его принимать ежедневно, он блокирует эффекты любых других опиатов и позволяет прекратить употребление наркотика. Однако он не

создает приятных эффектов, и наркоманы принимают его неохотно, если только их не принуждают на основании закона.

Недавно стали применять медикаментозное лечение от алкоголизма. Акампросат снижает возбудимость мозга и, возможно, снимает тягу. Антагонист опиатов налтрексон уменьшает удовольствие от алкоголя и, таким образом, снижает количество выпитого.

Никотин в табаке может вызвать очень сильную зависимость и обладает четкими симптомами отмены. Заместительная терапия в форме никотинового пластыря или жевательной резинки способна помочь бросить курить.

Антидепрессант бупропион, более широко известный как зибан, предотвращает возникновение рецидивов. При отмене никотина возникает значительный недостаток дофамина, а бупропион способствует синтезу этого нейротрансмиттера. Если дозу зибана увеличивать слишком быстро, это может вызвать приступ, поэтому лучше всего начинать со 150 мг и в течение недели довести до 450 мг (см. *Зависимость*).

Профессор Дэвид Натт

Заключение доктора Персоуда

Лекарства для лечения психических заболеваний могут быть весьма эффективными, но выписывать и проверять их действие должен только врач. Если лекарство не помогает, это связано с неправильным диагнозом или адаптацией организма при длительном курсе приема.

Большинство психологических проблем нельзя вылечить только таблетками — обычно врач изучает трудности в жизни пациента, приведшие к эмоциональным на-

рушениям. Существует ошибочное убеждение, что простая таблетка способна разрешить все трудности.

Рецепт врача связан с глубокими психологическими и фармакологическими последствиями, так как воспринимается пациентом как неявное послание, будто таблетка содержит все ответы на вопросы. Если человек не поправляется, он считает: что-то не так с лекарством или лечебным планом врача. В области психологических проблем пациент вступает в терапевтический союз с врачом, и хотя последний предлагает совет и руководство, пациенту также необходимо прилагать силы для собственного выздоровления.

Пациенты не знают, что многие врачи просто вынуждены завершать консультации выпиской рецепта как символа того, что они действительно хотят помочь и воспринимают проблему серьезно. Но рецепт нужен в том случае, если и врач, и пациент понимают истинную роль лекарства и его влияние на данное заболевание.

Синдром хронической усталости

Женщина, слишком уставшая, чтобы ходить

Мэри знала: она больна. Поднялась температура, гланды вспухли, а горло болело так, что трудно было глотать. Для того чтобы просто добраться до туалета и вернуться обратно в постель, требовались невероятные усилия. Анализ крови подтвердил воспаление миндалин, и она пораньше вернулась из университета. Следующие три недели она провела в постели. Пытаясь вставать, Мэри начинала чувствовать себя плохо, ее лихорадило, и она была вынуждена снова ложиться.

Через месяц температура пришла в норму, горло почти не болело. Она потеряла больше 6 килограммов веса и ощущала слабость и головокружение, если вставала слишком быстро. Даже после короткой прогулки по саду она чувствовала усталость.

Спустя несколько месяцев Мэри вернулась в университет. Она начала учиться, но обнаружила, что ей сложно сосредоточиться. Она беспокои-

лась из-за серьезного отставания, да и здоровье все еще было неважным. Преподаватели ожидали от нее активного включения в работу, а друг хотел, чтобы Мэри проводила с ним едва ли не все вечера. Ей было трудно уснуть, и у нее появилась привычка дремать во второй половине дня, из-за чего засыпать по ночам стало еще сложнее. Стрессы в университете вернули боль в горле, подъем по лестнице вызывал отдышку. Анализ крови ничего не показал, и терапевт пришел к выводу, что у Мэри синдром хронической усталости.

План выздоровления включал в себя несколько очень простых вещей: регулярное питание, потребление большого количества воды, постепенное прекращение дневного сна, регулярное время засыпания и пробуждения.

Важной частью плана явилось составление списка занятий, вызывавших у Мэри положительные эмоции. Она справлялась с этими занятиями даже в плохой день и без труда их придерживалась: например, разговаривала с друзьями по телефону или совершала короткие прогулки. Привыкнув к ним, она еженедельно добавляла и другие дела. Если после этого Мэри становилось хуже, она продолжала придерживаться установленного уровня активности до тех пор, пока снова не начинала чувствовать себя хорошо.

В течение лета ее здоровье, сила и стойкость постепенно выросли, несмотря на временный сбой в виде летней простуды. Мэри пересмотрела свою жизнь, рассталась с приятелем и решила не возвращаться в университет. Год спустя она перешла в другой университет, ближе к друзьям и семье.

Что такое синдром хронической усталости?

Большинство врачей называют это заболевание синдромом хронической усталости (СХУ), но для него существуют и другие названия:

- миалгический энцефаломиелит (МЭ);
- послевирусный синдром усталости;
- постинфекционный синдром усталости.

СХУ и МЭ — длительные заболевания, обычно продолжающиеся более шести месяцев у взрослых или более трех месяцев у подростков. Они не обязательно следуют за инфекцией или вирусом. Термин МЭ слегка вводит в заблуждение: миалгия (мышечная боль) наблюдается примерно у половины пациентов с СХУ, чего нельзя сказать об энцефаломиелите (инфекции или воспалении мозга или позвоночника).

Основной симптом СХУ (МЭ) — постоянная, выводящая из строя усталость или полное истощение: слабость, общее утомление, отсутствие энергии или «жизнь по инерции». Симптомы ухудшаются при физических или психических усилиях.

Другие симптомы включают в себя:

- проблемы с ночным сном (или чрезмерную сонливость);
- плохую память и концентрацию;
- боли в мышцах или суставах;
- головные боли;
- боли в горле;
- болезненность в области шеи.

Эти симптомы могут появляться и исчезать и наблюдаются не у каждого.

В любой данный момент примерно 1 из 200 человек болен СХУ (МЭ).

Дети и подростки

СХУ (МЭ) практически не возникает до полового созревания. Судя по данным, СХУ одинаково распространен как среди юношей, так и среди девушек. У подростков часто встречается воспаление гланд.

Как ставится диагноз?

Диагноз ставится на основе общей оценки физического, психологического, эмоционального и социального факторов, которая проводится для исключения следующих физических или психических расстройств:

- заболеваний щитовидной железы;
- проблем с иммунитетом;
- расстройств сна;
- депрессии (см. *Депрессия*);
- тревожных расстройств (см. *Тревожное расстройство и паническая атака*);
- навязчивых состояний (см. *Невроз навязчивых состояний*)
- соматизации (психологические стрессы, вызывающие такие органические симптомы, как ускоренное сердцебиение, тошнота, стесненное дыхание и головокружение, боль в животе или головная боль; длительная история нескольких заболеваний, а иногда тяжелое детство или травмирующий детский опыт связаны с соматизацией).

Больше одного диагноза

Пациенты с СХУ (МЭ) часто страдают одновременно от тревоги и депрессии. Болезнь порождает обеспокоенность, ее сложно диагностировать, а правильное лечение не всегда доступно. К другим проблемам относятся хроническая боль по всему телу (иногда ее называют фибромиалгией) и синдром раздраженного кишечника (диарея, запор, вздутие живота и боль в брюшной полости).

В чем причина СХУ (МЭ)?

Начиная с 1966 года на тему СХУ (МЭ) опубликовано около трех тысяч медицинских статей, но мы до сих пор не знаем, в чем именно заключается причина этой болезни. Мы даже не уверены, что это одна болезнь. Такое состояние может быть результатом нескольких отдельных проблем со здоровьем. Однако существует и подтвержденная информация.

Факторы риска

- пол: женщины заболевают СХУ в два раза чаще, чем мужчины;
- наличие таких болезней, как синдром раздраженного кишечника и фибромиалгия;
- ранее наблюдавшиеся депрессивные заболевания;
- считается, что аллергия (астма или сенная лихорадка) не увеличивает риск возникновения СХУ (МЭ).

Что влияет на развитие болезни?

Вирусные и невирусные инфекции:

- 1 из 10 больных воспалением миндалин (инфекционный мононуклеоз) заболевает СХУ (МЭ);

- ❖ вирусные инфекции: парвовирус, вирусы гепатита и вирусный менингит;
- ❖ невирусные инфекции — ку-лихорадка и болезнь Лайма;
- ❖ общие инфекционные заболевания верхних дыхательных путей (например, тонзиллит) **не являются** причиной возникновения СХУ (МЭ).

Мы не знаем, почему некоторые инфекции вызывают СХУ (МЭ). Возможно, дело в тяжелой форме заболевания, надолго задерживающего человека в постели, или в проблемах с его иммунной системой.

Пока не ясно, может ли стресс являться причиной возникновения СХУ (МЭ). Некоторые свидетельства говорят о том, что жизненные проблемы, у которых отсутствует ясное решение, делают людей более уязвимыми.

Факторы, продлевающие болезнь

Проблемы со сном. Примерно 9 из 10 больных СХУ (МЭ) имеют проблемы с засыпанием, просыпаются по ночам или большую часть ночи вообще не спят. Иногда происходит обратное, и сон становится слишком продолжительным и глубоким. В любом случае, такой сон не освежает.

Стресс. Он может возникать из-за стремления выполнять повседневные обязанности во время болезни, но обычно имеет отношение к проблемам, связанным с другим человеком — на работе, в семье или среди друзей.

Подъем и спад. Желание наверстать упущенное после улучшения самочувствия вполне естественно, однако

очень легко переоценить свои силы и вновь почувствовать себя хуже. Это составляет цикл подъема и спада.

Продолжительное бездействие. Организм реагирует на бездействие, теряя физическую форму и стойкость. Неделя, проведенная в кровати, снижает мышечную силу на 10 процентов. У человека нарушается терморегуляция, появляются головокружение при подъеме и трудности с засыпанием.

Перепады настроения. Если раньше у человека наблюдалась тревога или депрессия, СХУ / МЭ может вернуть эти состояния.

Вредная точка зрения о болезни. Если человек считает, что СХУ (МЭ) вызван продолжительной вирусной инфекцией, он склонен отдыхать, как только почувствует себя хуже. Его физическое состояние и выносливость ухудшаются, вынуждая отдыхать еще больше, чувствовать себя еще более уставшими... и так далее.

Социальная изоляция. Человек реже встречается с семьей и друзьями, хуже контролирует то, что может делать самостоятельно, и теряет уверенность в себе. Возникший из-за этого стресс способен обострить заболевание.

Что нужно делать?

Существует столько методов лечения СХУ (МЭ), сколько теорий, объясняющих его причины. Однако свою эффективность доказали два лечебных подхода:

- ступенчатая физическая терапия;
- когнитивно-поведенческая терапия.

Методы действуют, если люди, способные прийти в клинику, занимаются индивидуально. Групповое лечение не столь эффективно.

Ступенчатая физическая терапия (СФТ)

Человек выбирает физическую нагрузку, которая доставляет ему удовольствие (ходьбу, плавание, велоспорт). После этого он определяет степень нагрузки, с которой может справиться даже в тяжелый день (начиная с малого).

Далее человек решает, какой объем нагрузки следует прибавлять каждую неделю — не более 20 процентов, в зависимости от состояния здоровья и выносливости. Например, если он начал с пяти минут ежедневной ходьбы, на следующей неделе можно совершить шестиминутную прогулку.

Через неделю он анализирует свое самочувствие. Если какие-то симптомы ухудшились, надо оставаться на том же уровне активности до тех пор, пока не настанет улучшение. Если ухудшения не происходит, можно перейти на следующий уровень. Секрет успеха в постепенном прогрессе.

Поначалу просто увеличивается время занятий. Доведя упражнения до получаса в день и выполняя их пять дней в неделю, можно усилить нагрузку.

Некоторые отвергают этот метод, полагая, что физическая терапия означает походы в тренажерный зал или бег. Но она может начинаться с простейших вещей — прогулки по саду или подъема по невысокой лестнице.

Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ)

КПТ направлена на изменение образа мышления и моделей поведения. Эти перемены помогают человеку разобраться в своих мыслях и действиях, научиться управлять ими и улучшают самочувствие. В отличие от других

разговорных методов лечения, КПТ сосредотачивается на проблемах и сложностях, возникающих здесь и сейчас (см. *Психотерапевтические и медикаментозные методы лечения*).

Сначала человеку надо определить, с чем он может справляться даже в плохой день, проанализировав не только физическую, но и психологическую активность. Обсудив это с врачом, он увеличивает и физическую, и ментальную нагрузку (например, время на прогулку или чтение газет), но небольшими объемами, так что прогресс идет практически незаметно. Так человек заново тренирует тело и мозг, возрождая их прежнюю энергичность.

Вместе с врачом пациент определяет связь между своими мыслями, поступками и чувствами, а затем учится работать с вредными моделями мышления, что поддерживают болезненное состояние. Наконец, КПТ помогает справиться с бессонницей, стрессом и перепадами настроения.

Равномерный подход

По мнению пациентов, в работе со стрессом наиболее эффективен равномерный подход, но до сих пор он не подтвержден научными исследованиями. Равномерный подход заключается в сбалансированном отношении активности и отдыха, а также в равновесии между интеллектуальными и физическими занятиями. Суть в том, чтобы в течение дня экономно и разумно использовать энергию, избегая резких скачков активности, и стимулировать таким образом естественное выздоровление.

Обращение к врачу

Если трудно поставить диагноз, если у человека есть другие проблемы со здоровьем, если состояние тяжелое и

не улучшается путем собственных усилий или первичной помощи, а также, если человек не имеет возможности встречаться с врачом по месту жительства, его направляют к специалистам.

Его могут наблюдать физиотерапевт, педиатр, психиатр или невропатолог. Выслушав его историю, специалист порекомендует один из описанных выше подходов. Если его совет не покажется человеку здравым, он может обсудить это с врачом.

Что не помогает

- Антидепрессанты, применяющиеся при бессоннице и депрессии, **не помогают** в случае СХУ (МЭ).
- При СХУ (МЭ) **не помогают** антивирусные, антибактериальные и иммунные лекарства, минеральные и витаминные добавки.

Выздоровление

- Люди, испытывающие усталость после вирусной инфекции в течение нескольких недель, восстанавливают силы без всякой помощи. Если СХУ наблюдается полгода и дольше, следует обратиться к специалисту.
- Только 1 из 10 больных с устойчивым СХУ (МЭ) выздоравливает спонтанно, без какого бы то ни было лечения.
- Благодаря СФТ или КПТ примерно 6 из 10 человек начинают чувствовать себя гораздо лучше. После КПТ четверть пациентов считает себя полностью выздоровевшими, и столько же считает себя здоровыми спустя пять лет после завершения лечения.

Нетрудно понять, что человек не почувствует себя лучше до тех пор, пока не вернется к делам, которыми занимался до болезни. Однако для некоторых это означает

возврат к источнику заболевания. Иногда в долговременной перспективе СХУ может принести пользу: люди видят, насколько неуравновешенной и наполненной стрессом была их прежняя жизнь, и у них появляется шанс изменить ее.

Самопомощь

- Разберитесь, что именно вызывает у вас наибольшую усталость, а затем:
  - измените это;
  - избегайте этого;
  - измените принцип взаимодействия с этим фактором.
- Подумайте, что в вашей жизни способствует заболеванию и можете ли вы:
  - изменить это;
  - избегать этого;
  - изменить принцип взаимодействия с этим фактором.
- Оцените, какую минимальную нагрузку вы сможете вынести в тяжелый день, после чего ежедневно занимайтесь.
- Каждую следующую неделю или две увеличивайте нагрузку, но не более чем на 20 процентов за одно занятие:
  - если вы почувствуете себя хуже, вернитесь к предыдущему уровню и оставайтесь на нем одну-две недели;
  - если вы не чувствуете разницы, немного увеличьте нагрузку.
- Когда ваша активность возрастет, начинайте повышать интенсивность своих занятий (но только понемногу).

- ❖ Улучшайте качество сна — избегайте таких стимуляторов, как кофеин, ложитесь спать и просыпайтесь в одно и то же время.
- ❖ Читайте учебники по самопомощи.

Профессор Питер Уайт

Заключение доктора Персоуда

Лечение и исцеление СХУ, равно как и многих других психических и физических заболеваний, может замедляться из-за конфликта между врачом и пациентом. Часто такой конфликт возникает из-за неопределенности в причинах СХУ и в выборе правильного подхода к лечению.

Тревога, которую человек испытывает в дополнение к тяжелым симптомам, означает, что незнание их последствий только повышает уровень стресса.

В центре многих психологических и физических проблем кроется двойственность и неопределенность, и обучение (при сохранении терапевтических отношений) правильному отношению к трудностям является важной задачей для врачей и пациентов, особенно если речь идет о СХУ.

Литература

Coping with Chronic Fatigue, Trudie Chalder, Sheldon Press, London, 1995.

Overcoming Chronic Fatigue, Mary Burgess and Trudie Chalder, Constable and Robinson, 2005.

Chronic Fatigue Syndrome: The Facts, Michael Sharpe and Frankie Campling, Oxford University Press, 2000.

Стигматизация и дискриминация людей с психическими заболеваниями

Женщина, которой запрещали водить машину

По образованию Вероника библиотекарь. Получив степень бакалавра, она продолжила учиться, желая получить степень доктора философии. После возникновения психических проблем ей пришлось на собственном опыте убедиться, как «запись» подобного рода ограничивает социальные возможности человека.

«Моя проблема связана со страховкой и вождением. Я, можно сказать, живу в машине — я привыкла ездить, куда и когда захочу. Так случилось, что я потеряла водительские права и для того, чтобы восстановить их, должна была ответить на длинный список вопросов. Одним из них был: „Страдали ли вы когда-нибудь психическими заболеваниями?“, и я, как идиотка, ответила „да“. Большинство моих знакомых отвечали отрицательно. В результате права мне не вернули. Одним из руководителей

моей группы психического здоровья оказалась адвокат, и она согласилась заняться этим делом. Мы должны были обратиться в суд и подать апелляцию, после чего мне обновили права на год».

Опыт Вероники по возвращению своих прав оказался жестоким и печальным. Она подала заявление, какое-то время не получала ответа, а потом, когда уже решила, что так ничего и не получит, ей пришло письмо. «Мои права продлили на три года. Я была поражена и очень рада. Однако через пару месяцев в другом письме мне сообщили, что после дополнительной медицинской консультации права обновят только на год, и это меня сильно расстроило». Вероника была очень зла. «Вокруг ездят люди с продленными правами. Они садятся за руль, даже если напиваются. Молодые гоняют как сумасшедшие, а я — очень аккуратный водитель, но мне права давать не хотят, а им выдают спокойно. Разве это честно? В общем, я оставила мысль о том, чтобы их вернуть».

Свобода передвижения Вероники оказалась под угрозой и по причине ограничений при оформлении туристической страховки. Чтобы получить визу в Австралию, она должна была иметь туристическую страховку и застраховать здоровье, но с удивлением узнала о полном запрете психически больным людям получать страховой полис. Теперь, когда Вероника собирается в путешествие, она против всякого желания вынуждена лгать. «Ничего не происходит, и все остается в тайне. Не знаю, что бы случилось, если б я поставила галочку напротив положительного ответа».

Не имея возможности купить страховку, Вероника лишается и других гражданских прав, напри-

мер права на владение недвижимостью. «Мы с моим партнером покупали квартиру, и нам сказали, что если мы хотим взять совместный заем, то должны получить совместную страховку. Я подумала: „Ну уж нет, больше я через это проходить не собираюсь". Но это означало, что я не являюсь собственницей квартиры — ею владеет только мой партнер. Поскольку мы не состояли в браке, не знаю, что бы случилось, если б он, скажем, умер. Были бы у меня в этом случае какие-то права или нет?»

Вероника убедилась, что из-за психического заболевания доверие к ней как к жертве преступления значительно снижается. Когда ее впервые отпустили из больницы на выходные, обнаружилось, что в ее квартиру кто-то вломился. «Мой дом разграбили. Это было ужасно». Чтобы заявить в страховую компанию о взломе, ей требовался номер полицейского отчета. Когда она рассказала сержанту, что лежала в больнице, он подумал, что людям с психическими заболеваниями доверять нельзя, и объяснил: «Вы не являетесь надежным свидетелем. При таком диагнозе заявителя служба уголовного преследования не будет рассматривать показания». Лишь когда он согласился, что ей «можно верить», несмотря на диагноз, Вероника смогла подать страховое требование.

Что такое стигматизация?

Стигматизация складывается из трех проблем, с каждой из которых следует разбираться:

- проблема непонимания (невежество);
- проблема отношения (предубеждение);
- проблема поведения (дискриминация).

Что значит быть жертвой стигматизации?

Деньги, работа и отдых

Основной проблемой многих людей с психическими заболеваниями является поиск работы. Уровень безработицы среди психически больных невероятно высок и достигает 90 процентов. Люди попадают в безвыходное положение: упоминать о своей болезни, устраиваясь на работу, или нет? Если человек скажет об этом, он вряд ли получит место, а если утаит и на работу его все-таки возьмут, то не сможет ожидать особого отношения или помощи.

> «Моя болезнь, депрессия и стресс обострились из-за проблем с долгами. В результате я не могу окончательно поправиться, чтобы выйти на службу, заработать денег и выплатить их».

Суровая реальность заключается в том, что люди с психическими заболеваниями, не способные найти работу, получают очень маленькие пособия, а потому не могут позволить себе, например, купить новую одежду или где-то отдохнуть.

> «Из-за лекарств я набрала большой лишний вес и выросла из своей одежды. Но на пенсию я не могу позволить себе купить новую».

Такие люди не имеют возможности свободно общаться, ходить в бары или в кафе, что подрывает их уверенность в себе.

> «Жизнь на маленький доход я считаю унизительной. Меня словно наказывают за мою болезнь,

словно это я в ней виновата, что еще больше погружает меня в депрессию. Другие покупают симпатичные вещи, а у меня ничего нет. Это очень печально».

Путешествия и страховка

Еще одним серьезным ограничением является нежелание медиков разрешать людям с психическими заболеваниями водить машину, в чем Вероника убедилась на собственном опыте. Другим важным ограничением свободы передвижения является страховка. По данным одного британского исследования, четверть людей с психическими заболеваниями получают отказ в приобретении страховки и в других видах финансовых услуг. Это может являться противозаконным. В Великобритании Акт о дискриминации инвалидов от 1995 года говорит о незаконности предоставления инвалидам (включая людей с психическими заболеваниями) товаров и услуг на условиях, несправедливо отличающихся от условий, обеспеченных остальным ранданам.

Гражданские права

Некоторые базовые права людей с психическими заболеваниями оказываются под вопросом. Одним из примеров такой дискриминации является голосование. В Великобритании пациенты больниц имеют право голосовать, если у них есть не больничный адрес и «способность» проголосовать. На практике некоторые насильственно помещенные в лечебницу и находящиеся там долгое время пациенты, у которых есть только больничный адрес, лишаются такой возможности. Потеря этого важного демократического права является ярким выражением социальной отверженности. Как сказал один человек: «Если я голосую — я считаюсь».

Другое право, которым наделено большинство граждан — это возможность стать присяжными. Психически больные такой возможности чаще всего лишены. В Англии согласно Акту о присяжных от 1974 года люди с психическими расстройствами не имеют права быть присяжными. Однако поскольку психические заболевания на том или ином этапе жизни затрагивают примерно половину взрослого населения, подобные ограничения, накладываемые последовательно и жестко, могут серьезно снизить количество доступных присяжных! Для сравнения: люди с физическими недостатками имеют право становиться присяжными — в этом случае судья рассматривает каждую конкретную кандидатуру отдельно.

Личная безопасность

Люди с психическими заболеваниями чаще становятся жертвами насилия, чем представители общей популяции, и иногда им небезопасно находиться даже в больницах.

> «На улице меня оскорбляют. В мою квартиру вламывались двенадцать раз, проткнули дверь ножом, и все в стремлении выжить меня из дома. При этом предполагается, что это я склонен к насилию и скверному поведению».

Общественное отторжение

Иногда встречаются неожиданные виды отторжения и исключения из общества, например невозможность найти гостиницу для конференции. В письме редактору *Irish Times* от 24 ноября 2003 года Ирландская адвокатская сеть (ИАС) (ирландское движение, отстаивающее права

людей с психическими проблемами), описывает следующую ситуацию:

«В начале этого года ИАС приступила к организации трехдневной конференции. Наши сотрудники обзванивали гостиницы, спрашивая, не смогут ли те разместить ее участников. Их изумили несколько ответов, из которых следовало, что служащие гостиниц не хотели принимать у себя конференцию, чьей аудиторией в первые два дня станут люди с психическими заболеваниями.

Одна гостиница заломила невероятную цену — 126 тысяч евро. Другую беспокоило то, что на конференции не будет врачей и психиатров, присматривающих за „больными". Наконец, нас приняла гостиница Джексона в Бэллибофи, округ Данегейл. Это оказалось теплое, дружелюбное место с прекрасными служащими и качественным сервисом.

Мы были глубоко задеты тем, что людей с психическими проблемами до сих пор не считают способными и ответственными гражданами. Наш опыт доказывает высокую степень невежества и распространения господствующих в обществе предрассудков, связанных с психическим здоровьем. Это чрезвычайно тревожный симптом, поскольку психические заболевания встречаются в наше время крайне часто.

Конференция имела большой успех. Мы хотели бы поблагодарить служащих гостиницы Джексона за их открытость и корректное, вежливое обращение с нами как с равными. С уважением,

Пэдди Макгован
Комитет управления Ирландской адвокатской сети, Руски, Монаган».

Что нужно делать?

Существует ряд возможностей помочь психически нездоровым людям на рабочем месте (согласно Акту о дискриминации инвалидов это называется обоснованным регулированием).

- Людей, испытывающих трудности с концентрацией, можно посадить не в шумное, открытое помещение, а в более спокойный офис с меньшим количеством отвлекающих факторов и местом для отдыха.
- Осуществлять более внимательный или более частый контроль для оказания помощи в работе.
- Следует разрешать человеку использовать наушники для блокировки отвлекающих звуков.
- Установить гибкий график, чтобы человек имел возможность посещать врача или работать в периоды, когда не ослаблен лечением.
- Выбрать наставника из числа коллег для помощи и контроля на рабочем месте.
- Четко описывать требования к личным качествам, особенности работы и типы задач для людей, которым тяжело жить с неопределенностью и неясностью.
- Если человек может надолго оставить работу по болезни, в контракт следует внести изменения, дающие возможность спокойно брать больничный лист независимо от его продолжительности.
- Постепенно вводить в рабочий график тех, кто возвращается после длительного отсутствия или имеет некоторые трудности в познавательной деятельности — например, выделять им больше времени на завершение заданий.
- Просвещать сотрудников с целью предотвращения стигматизации и объяснять им все аспекты вносящихся в работу изменений.

- Перераспределять незначительные рабочие функции, которые могут тревожить человека.
- Разрешить оплачиваемый и неоплачиваемый отпуск на период болезни.

Какие типы изменений необходимы?

Действия	*Кто выполняет*
❖ Схемы поддержки на рабочем месте.	❖ Психиатрические службы со специалистами независимого сектора.
❖ Психологические занятия для улучшения познавательных способностей, обретения уверенности в себе и самоуважения.	❖ Психиатрические службы и врачи общей практики.
❖ Проявление доверия к кандидатам на рабочее место с историей психического заболевания.	❖ Службы социальной защиты и здравоохранения.
❖ Обеспечение обоснованного регулирования / согласования на работе.	❖ Службы здравоохранения вместе с работодателями и деловыми союзами.
❖ Информирование работодателей, предоставителей услуг и педагогов об их обязанностях, связанных с законами об инвалидах, и о правах, касающихся равенства людей, сталкивающихся с различного рода дискриминацией — расовой, половой и так далее.	❖ Союзы работодателей.

Окончание таблицы

Действия	*Кто выполняет*
❖ Обеспечение и оценка широко распространенных программ целевых вмешательств в целевые группы, включая школьников, полицию и медицинский персонал.	❖ Представители систем образования, полиции и здравоохранения.
❖ Предоставление психиатрам и врачам первичной помощи четкой информации об уровнях выздоровления от психических заболеваний.	❖ Организации, занимающиеся профессиональным обучением и аккредитацией.
❖ Меры по поддержке планов ухода, выработанных врачами и потребителями.	❖ Психиатрические службы и потребители их услуг.

Что могут сделать психиатры для снижения стигматизации и дискриминации?

Действия	*Кто выполняет*
❖ Выработка новых способов рассказа о диагнозе.	❖ Врачи-психиатры.
❖ Доступная информация для пациентов и членов их семей, объясняющая причины, природу, лечение и прогноз различных типов психических заболеваний.	❖ Врачи-психиатры, благотворительные организации.
❖ Активное предоставление фактической информации вместо широко распространенных мифов.	❖ Врачи-психиатры.

Окончание таблицы

Действия	*Кто выполняет*
❖ Поиск и изложение историй, рассказывающих об опыте жизни с психическими заболеваниями, которые не отвращают других людей.	❖ Врачи-психиатры, пациенты.

Заключение

Пациенты психиатров все активнее стремятся к изменению своих взаимоотношений с врачами и переходу от покровительственного отношения к переговорам. Пора перестать думать, что стигматизация неизбежна и неизменна, а исключение из системы надлежащего медицинского ухода следует считать одним из многих способов систематической дискриминации людей с психическими заболеваниями. Одно из средств изменить это положение вполне очевидно: равным образом применять Акт о дискриминации инвалидов к людям и с физическими, и с психическими заболеваниями. Но эта проблема связана не только с одной лишь законной процедурой. Победа полного равноправия в области воплощения в жизнь положений закона об инвалидах рассматривается как часть более широкого движения за гражданские права в области здравоохранения.

Алия Кассам, доктор Энн Лоу
и профессор Грэхем Торникрофт

Литература

Shunned: Discrimination Against People with Mental Illness, G. Thornicroft, Oxford University Press, Oxford, 2006.

Don't Call Me Nuts: Coping with the Stigma of Mental Illness, P.W. Corrigan, R. Lundin, Recovery Press, Chicago, 2001.

Changing Minds, Our Lives and Mental Illness, R. Ramsay, A. Page, T. Goodman, D. Hart (редакторы), Gaskell, London, 2002.

Упражнения и психическое здоровье

Упражнения и самочувствие

Широко известно положительное влияние упражнений на физическое здоровье. Никто не сомневается, что физическая нагрузка способствует снижению веса, нормализации пульса, давления и объема легких. О положительном влиянии физических упражнений на психику говорят значительно реже, однако множество подробных исследований установили качественную и долговременную связь между регулярной физической нагрузкой и психическим здоровьем. Упражнения оказывают позитивное психологическое воздействие, особенно на людей, страдающих депрессией и тревогой (см. *Депрессия*; *Тревожное расстройство и паническая атака*).

Доказательство положительных эффектов упражнений на здоровых людей производит сильное впечатление, но на человека с психическими проблемами упражнения оказывают еще более впечатляющее воздействие. Ряд исследований говорит о том, что тридцатиминутные упражнения 3 — 5 раз в неделю повышают настроение. Обычно к таким упражнениям относятся те, что связаны с глубоким дыханием, — плавание, ходьба или бег, но и занятия йогой имеют схожие преимущества. Положи-

тельные эффекты наблюдаются у людей с алкогольной зависимостью, а также у больных депрессией, развившейся после инсульта.

В одном исследовании говорится, что упражнения могут предотвратить депрессию. Ученые наблюдали за людьми на протяжении двадцати пяти лет. Мужчины, занимавшиеся спортом три и более часов в неделю, оказались на 30 процентов меньше подвержены депрессии, чем те, кто спортом не занимался. Некоторые исследования показывают, что человеку с депрессией лучше подходят умеренные, а не чрезмерно активные упражнения.

По словам пациентов, физическая нагрузка поднимает настроение, снижает тревогу, повышает самооценку и укрепляет концентрацию. После четырехнедельной программы упражнений, которую прошла группа людей с алкогольной зависимостью, 60 процентов из них сообщили, что упражнения оказались чрезвычайно полезны, а 29 процентов — что достаточно полезны.

Когда у другой группы пациентов поинтересовались, что больше всего помогало им во время пребывания в больнице, те ответили, что физические упражнения были для них более полезны, чем психотерапия, лекарства и общение с медсестрами.

Как действуют упражнения?

Отвлечение. Упражнения отвлекают внимание от стрессовых тем, тревожных мыслей и забот. Они помогают сосредотачиваться на других вещах, не связанных с конкретными жизненными обстоятельствами.

Самоуважение и влияние. Упражнения повышают самоуважение, а у людей, утративших жизненный контроль, усиливают ощущение собственного влияния, помогая преодолеть депрессию.

Гипертермия. Некоторые полагают, что повышение температуры тела во время упражнений помогает поднять настроение и снижает мышечное напряжение. Эффект схож с воздействием душа, сауны и парной.

Химические вещества мозга. Считается, что упражнения могут влиять на такие вещества, как серотонин, которые связаны с развитием депрессии. Многие антидепрессанты влияют на синтез этих веществ.

Эндорфины. Бета-эндорфины представляют собой естественные химические вещества организма, которые регулируют боль и, возможно, настроение. Считается, что они связаны с так называемым вторым дыханием (хотя доказательства пока еще не очень убедительные).

Программы упражнений

Никто не сомневается, что упражнения хорошо влияют на людей в состоянии депрессии и их воздействие не менее эффективно, чем разговорная терапия или психотерапия (см. *Психотерапевтические и медикаментозные методы лечения*). Это говорит о том, что врачам следует чаще предписывать упражнения в качестве лечения.

Однако у каждого человека находится повод избегать физических занятий: усталость, смущение, отсутствие мотивации, энергии или времени. Человеку с депрессией бывает еще сложнее, поскольку он чувствует безнадежность, а его самоуважение понижено.

Программа физической нагрузки должна быть реалистичной и с учетом обстоятельств жизни пациента. Если он долго не занимался регулярными упражнениями, следует начать с малого (несколько минут ходьбы 2 — 3 раза в неделю, постепенно увеличивая ее продолжительность).

Выбор упражнений зависит от человека, но важно, чтобы они приносили удовольствие. Социально изолированным людям пойдут на пользу групповые занятия. Если они проходят на открытом воздухе, возникает дополнительный стимул выйти из дома, а приятное окружение увеличивает положительные эффекты самой нагрузки.

Положительное влияние оказывают ходьба и упражнения, которые выполняются в течение получаса 2 — 3 раза в неделю. Положительное воздействие более очевидно, если человек занимается по предложенной программе четыре или более месяцев. Иногда возникает искушение повысить уровень нагрузки, что вызывает усталость и не повышает настроения.

Профессор Феми Ойбод

Заключение доктора Персоуда

Современные исследования говорят о том, что физические упражнения — одно из наиболее полезных и эффективных занятий, благодаря которому человек может улучшить свое самочувствие. Если врач советует пациенту регулярно упражняться, не следует рассматривать это как признак непонимания психологической проблемы. По некоторым свидетельствам, упражнения помогают предотвращать развитие деменции (см. *Альцгеймера болезнь и другие виды деменции*).

Большинство людей не способны соблюдать необходимый режим упражнений в течение длительного времени. Следует выбрать то, что вызывает положительные эмоции. Спорт является хорошим стимулом для общения, и хотя поход в обычный тренажерный зал иногда кажется чрезвычайно скучным и заканчивается лишь об-

ладанием старой членской карточкой, более увлекательные занятия ведут к долговременным позитивным результатам и удовольствию.

Не менее важно встраивать физические упражнения в свое ежедневное расписание: например, вместо того чтобы ехать до работы на автобусе или на метро, пройти последние одну-две остановки пешком.

Людей с заниженной самооценкой не привлекают занятия спортом: «Мы чувствуем, что на теннисном корте от нас будет мало проку, а потому не берем ракетку». Преодолеть эти барьеры помогут регулярные уроки и понимание того, что люди упражняются ради собственного блага, а не ради золотой медали.

Необходимо еще раз подчеркнуть: **физические упражнения улучшают психическое здоровье.** Миллионы людей, регулярно занимающихся бегом, отлично знают его физическую и психологическую пользу, в том числе ощущение успеха, рост самоуважения, уверенности в себе, улучшение внимания и концентрации. Возможно, именно поэтому в лондонском и нью-йоркском марафоне ежегодно совершают забег 40 000 человек, что составляет лишь небольшую часть всех тех, кто присылает заявку на участие.

Литература

Physical Activity and Mental Health, William P. Morgan (редактор), Taylor & Francis, 1997.

Утраты (скорбь)

Мужчина, не желавший забывать лицо своего отца

«Мои родители развелись, когда я был еще ребенком. Я остался с матерью, но дважды в месяц проводил выходные у отца. Мне у него нравилось, хотя квартира всегда была захламлена и большую часть выходных он торчал в пабе. Но я был не один — с двумя братьями, которые стали моими лучшими друзьями.

Однажды папа пожаловался на сильную боль в груди, и мать моих друзей вызвала «скорую». В больнице папа едва не умер, и я был с ним рядом. Мне запретили рассказывать об этом матери, поскольку папа беспокоился, что она больше не разрешит нам видеться. Когда она приехала за мной в больницу, он сказал, что у него обострение язвенной болезни.

Вскоре папы не стало — как ни странно, это произошло в День отца. Он умер от алкоголизма. Мне тогда исполнилось восемь лет. Мне всегда было трудно говорить о нем, и тяжело до сих пор, поскольку родители были в разводе и мать продолжала на него злиться. Я чувствовал себя вино-

ватым из-за того, что не был с ним — уверен, я смог бы его спасти. Все это меня очень огорчает.

Когда мои школьные друзья узнали, что отец умер, они не знали, что сказать, и я всегда ощущал себя не таким, как остальные. Даже если их родители были разведены или жили отдельно, их все равно было двое, а у меня только один.

В моей спальне есть две фотографии отца, но я забыл его лицо и чувствую из-за этого вину. Иногда я вижу о нем сны, но там ему всегда сорок шесть — я вижу его таким, каким любил и знал. Он никогда не состарится.

Недавно умер брат отца, и я встретился со всеми бабушками, дедушками, тетями, дядями, племянниками и племянницами с его стороны. Мы разговаривали о нем и делились своими воспоминаниями. Это было замечательно».

Что такое утрата?

Потеря человека, которого мы любим, — одно из наиболее болезненных событий в нашей жизни. Большинство из нас преодолевает его с помощью семьи и друзей. В этой главе рассказывается о нормальном процессе скорби, некоторых способах справиться с ней, а также о причинах, по которым людям иногда требуется дополнительная помощь.

Обычная скорбь

Скорбь — это цена, которую человек платит за любовь, и большинство людей считает, что любовь того стоит.

Скорбя, человек тоскует и скучает по тому, кого любил и потерял. Он испытывает приступы душевной муки, не

может думать ни о чем ином и в отчаянии ищет способы вернуть умершего. После плача ему становится немного легче. Временно он на что-нибудь отвлекается, но потом возникает следующий приступ, и цикл начинается вновь.

Постепенно боль уменьшается. Между приступами он снова начинает радоваться жизни. Для большинства людей самым худшим оказывается первый год, после которого они начинают выстраивать свою жизнь заново.

Во время скорби человек не старается забыть умершего, он пытается найти для него новое место в своем сердце и сознании.

Молли семидесяти пяти лет невероятно тосковала по скончавшемуся мужу: «Я почти видела, как он сидит в своем любимом кресле. Это меня тревожило. Я не могла разговаривать с друзьями или смотреть телевизор без того, чтобы мои глаза вновь и вновь не возвращались к этому креслу. Как будто я его искала». Это довольно распространенное явление. Иногда, на краткий миг, люди могут увидеть умершего человека на его привычном месте или услышать его. Несложно было убедить Молли, что ничего ненормального в этом нет. Вскоре она рассказала: «В конце концов, я решила проблему. Теперь я иду, сажусь в его кресло и чувствую себя так, словно он оказывается внутри меня».

Как приспособиться к другим потерям

Пытаясь примириться с другими потерями (работы или партнера, с которым расстался), человек может испытывать схожее чувство боли и печали.

Травмирующая утрата

Все утраты травмируют, особенно если смерть происходит неожиданно или при ужасных, вызывающих страх обстоятельствах.

«Не могу поверить, что это правда»
Тяжело поверить, что смерть действительно произошла, особенно если она случилась вдали от человека и он не может увидеть, обнять или прикоснуться к умершему. Трудно перестать надеяться, что его еще найдут живым или обнаружат его тело. Информация об обстоятельствах смерти может быть неполной или неясной. Чтобы осознать случившееся, потребуется значительное время. Человек может так никогда и не узнать в деталях, что произошло, и жить дальше с этой неуверенностью.

Что помогает
- ❖ Говорите о трагедии и не беспокойтесь, что кого-то обременяете, ведь для этого и существуют друзья.
- ❖ Посетите место, где произошла катастрофа, поговорите с теми, кто также оказался с ней связан, положите венок на место гибели, сходите на поминальную службу или другой аналогичный ритуал.

«Не могу перестать об этом думать»
Человека могут переполнять образы умирающего. Чаще всего это происходит в тех случаях, когда пришлось наблюдать происходящее. Телепрограммы или фотографии также способны вызвать в памяти образы, которые могут:
- ❖ внезапно возникать в сознании;
- ❖ появляться при любом напоминании о потере (например, при громких звуках, плаче или криках);
- ❖ возвращаться в ночных кошмарах.

Иногда человек избегает любых напоминаний о случившемся, закрываясь от внешнего мира, сидя дома, не говоря об утрате или с головой уйдя в работу. Это распространенный тип реакции, и со временем она прохо-

дит, хотя иногда может стать настолько болезненной и разрушительной, что превращается в посттравматическое стрессовое расстройство (см. *Посттравматическое стрессовое расстройство*).

Что помогает

- Говорите о смерти до тех пор, пока не перестанете расстраиваться. Если вам не с кем поговорить, свяжитесь со специализированной психологической службой (см. далее).
- Проконсультируйтесь с врачом. За последнее время разработан ряд эффективных методов лечения ПТСР, которые не всегда связаны с приемом лекарств.

Обвинение

«Я чувствую себя виноватым»

Человек может обвинять себя в чужой смерти или в том, что не был рядом в нужную минуту (особенно если умер ребенок), иногда задавая себе вопросы: «Почему я выжил?», «Как я могу быть счастлив, когда он мертв?»

Что помогает

- Даже если у вас не было возможности кого-то спасти, это не делает вас виновным в его смерти. Но если вы все еще обвиняете себя, найдите способ восполнить это, внести в ситуацию что-то положительное: помочь другим людям или каким-то образом почтить память умершего человека.
- Глубокое чувство вины может являться симптомом клинической депрессии (см. *Депрессия*). Если вы глубоко несчастны, просыпаетесь слишком рано, утратили аппетит и теряете вес, следует проконсультиро-

ваться с врачом. Вы можете не верить, что кто-то способен помочь вам, но большинство видов депрессии излечимы при правильно выбранном подходе.

«Я в гневе!»

Обвинять других в случившемся очень легко. Вы можете считать, что, найдя и наказав виновного, вы облегчите свою боль. Однако это редко помогает и может даже ухудшить ситуацию, если в своем стремлении вы совершите ошибку.

Человек может:

- завидовать другим (почему они счастливы, когда он страдает?);
- раздражаться из-за детей и окружающих, которые не сделали ничего плохого;
- водить машину, не думая о правилах, поскольку ему теперь все равно.

Что помогает

- Гнев — естественное чувство, но вы должны его контролировать. Не срывайте зло на окружающих, а если сделали это — извинитесь. Будьте осторожны за рулем: когда эмоции переполняют, лучше остановиться и успокоиться. Если вас раздражают дети или вам сложно заботиться о них, попросите о помощи. Друзья и родственники обычно рады помочь, и дети не обидятся, если вы признаете, что с трудом справляетесь с потерей.
- Гнев — это знак, а не грех, так что не обвиняйте себя. Если вы направляете энергию эмоций в позитивное русло, то сможете предотвратить будущие страдания. Многих катастроф удается избежать, когда разгневанный человек берет себя в руки.

Оцепенение

«Я ничего не чувствую»

Оцепенение — это защитная реакция сознания от угрозы разрушающей душевной боли. Она может быть настолько сильной, что человек становится неспособным четко и ясно мыслить, путает события и теряет выдержку.

Эмоциональное оцепенение в непредсказуемой ситуации помогает человеку выжить и справиться с кризисом. Но если это состояние продолжается и после катастрофы, оно может стать проблемой. Человека начинает беспокоить потеря контроля над собой, он не хочет демонстрировать свое расстройство. Особенно такое поведение свойственно мужчинам, которые обращаются к алкоголю и другим наркотикам, чтобы заглушить скорбь, хотя все это не помогает.

Что помогает

- Выразите свою скорбь криком, яростью или разговорами о случившемся. Постарайтесь найти того, кому вы доверяете и кто умеет хорошо слушать. Не беспокойтесь, если на какое-то время лишитесь контроля над своими эмоциями. Скоро вы почувствуете себя лучше и снова сможете их контролировать. Воспоминания о прошлом иногда болезненны, но они — ваше сокровище, и не стоит их хоронить.

«Я постоянно плачу»

Скорбь может пройти не так скоро, как ожидается, поэтому человек не должен быть слишком требовательным к себе. Иногда скорбь застывает: возможно, так человек хочет наказать себя или уже давно пребывает в депрессии, испытывая чувство беспомощности, которое со смертью близкого человека лишь усилилось.

Что помогает

❖ Вам кажется, что скорбеть — ваша обязанность, но человек, которого вы потеряли, не хотел бы ваших страданий. Помогают разговоры с семьей и друзьями, но если вы испытываете постоянную депрессию или думаете о смерти, следует обратиться к врачу.

Страх

«Я боюсь»

Все люди знают, что в мире то и дело происходят катастрофы, но никто не верит, что это может приключиться с ним. Человек полностью уверен в собственной безопасности — и вдруг происходит трагедия. С этого момента мир превращается в опасное место, и все, что в нем происходит, уже не воспринимается как само собой разумеющееся. Человек начинает думать о том, что будет дальше, он дезориентирован и не представляет, как жить.

Страх вызывает изменения в организме: мышечное напряжение, ускорение сердечного ритма, потоотделение, затрудненное дыхание, бессонницу. В опасных ситуациях это помогает человеку выжить, но если такие симптомы сохраняются, когда он находится в безопасности, то создают проблему и иногда ошибочно принимаются за признаки болезни. Это дополнительно тревожит, обостряя симптомы и увеличивая беспокойство (см. *Тревожное расстройство и паническая атака*).

Что помогает

❖ Помните, что физические симптомы и ощущение паники — естественная реакция, которая со временем проходит. Они вам не навредят. Контролировать их

помогают упражнения на расслабление, медитация или молитвы.

- ❖ Не следует ожидать, что вы вернетесь к тому состоянию, в котором были до катастрофы. Вы получили тяжелый урок, поняли, что жизнь никогда не будет и никогда не была абсолютно безопасной. С вами действительно может случиться несчастье. Несмотря на печаль, вы стали более зрелыми — и вы выжили.

«Жизнь потеряла всякий смысл»

Представление о жизненной цели и направлении возникает из сотни привычных мыслей и предположений, которые человек принимает как есть: «Я знаю, что делаю». Но наступает время, когда он перестает относиться к этому с прежней легкостью. Возможно, в тяжелую минуту он обращался именно к тому человеку, который сейчас умер и его уже нет рядом. Человеку кажется, что Бог его оставил. Он чувствует себя ущербным, словно лишился части самого себя. Требуются время и усилия, чтобы свыкнуться с таким положением; это как научиться жить, потеряв руку или ногу.

Латентная скорбь

Существуют некоторые обстоятельства, при которых человек вынужден скрывать свою скорбь, и потому не получает той поддержки и любви, в которых нуждается.

Так гея или лесбиянку не приглашают на похороны партнера; «настоящий мужчина» считает, что должен скрывать свои эмоции; родитель, чрезмерно оберегающий ребенка, не рассказывает, что его любимый дедушка скончался. Некоторые люди не представляют скорби женщины, у которой был выкидыш или умер младенец вскоре после родов.

Гомосексуалист не понимает, что все знают его «секрет» и многих это не беспокоит; «настоящий мужчина» не знает, что, скрывая свои чувства, лишь продлевает боль; ребенок думает: «Дедушка ушел, потому что я был непослушным».

Что помогает

- Люди боятся, что разоблачение все только ухудшит, однако это случается редко. Скорбь способна излечивать душевные раны. Можно плакать или нет, но поговорить всегда стоит. Не стоит скрывать слезы — это означает, что горе вам небезразлично.

Дети

Многие дети не показывают своих чувств или переключаются от сильного расстройства к внешнему равнодушию и наоборот. Нужно объяснить ребенку, что в любое время, когда ему захочется поговорить о своей утрате, его готовы выслушать.

Дети регулярно пытаются разрешить свои проблемы путем игры. Не нужно волноваться, если они играют в похороны или рисуют умерших людей. Присоединившись к ребенку, можно понять, что происходит у него в душе. Можно сделать «Книгу памяти», где он сможет рисовать, вклеивать фотографии и вкладывать напоминания об умершем человеке. Нельзя изображать умершего идеальным, иначе ребенок будет чувствовать свою неполноценность по сравнению с ним.

Физическое здоровье

В первый год после утраты у людей часто протекают изменения в самочувствии.

Нормальные изменения

Из-за беспокойства и печали человек ощущаете упадок сил и отсутствие энергии. Поначалу может наблюдаться потеря аппетита и веса, но это редко длится дольше четырех недель. К концу первого года многие даже набирают вес — аппетит появляется еще до возвращения внимания к собственной внешности. У некоторых людей снижается сексуальная активность, но через несколько недель или месяцев желание восстанавливается.

Проблемы со здоровьем

Под влиянием стресса могут обостриться психологические расстройства (бессонница, паническая атака, депрессия) и такие болезни, как астма и экзема (см. *Стресс*). Если человек одинок, боль (остеоартрит или ревматизм) будет беспокоить его сильнее. Иногда обостряются сердечные заболевания или повышается давление.

Человек перестает следить за собой и, чтобы ничего не чувствовать, начинает употреблять алкоголь или наркотики. Однако они действуют лишь краткое время, но являются серьезной угрозой развития зависимости и причиняют вред здоровью.

Что помогает

- ❖ Сбалансированное питание.
- ❖ Регулярное выполнение физических упражнений.
- ❖ Умеренное использование табака и алкоголя.
- ❖ Медицинское вмешательство (не игнорируйте серьезные симптомы и не откладывайте визит к врачу).
- ❖ Если вы начали слишком много курить, пить или использовать наркотики, без колебаний обращайтесь за помощью.

Как ни странно, серьезные перемены, неизбежно происходящие в жизни любого человека, когда он теряет близких, помогают ему изменить старые привычки. Он может достичь того, чего никогда от себя не ожидал.

Кто может прийти на помощь

Друзья, которые будут разговаривать с вами и помогать практически.

Врачи. Семейный врач и другие специалисты решат, требуется ли вам дополнительная помощь. Многие клиники имеют собственных психологов, помогающих в ситуациях, связанных с утратой.

Если у вас есть вопросы о том, как ухаживать за человеком или почему он умер, задавайте их. Если существуют основания для жалоб, у вас есть право знать, что делать дальше.

Вы можете узнать о добровольных службах помощи, в которые можно обратиться.

Доктор Колин Мюррей Паркс

Заключение доктора Персоуда

Если скончался один супруг, возрастает вероятность, что вскоре за ним последует и второй; часто здесь подразумевается сердечное заболевание, а значит, от разбитого сердца действительно можно умереть.

Стресс после утраты невероятно высок, но одна из задач психиатров состоит в том, чтобы провести границу между нормальной и патологической скорбью и понять того, кто ждет их помощи.

Во многих сообществах разговоры о смерти — табу. Возможно, свой вклад в непростое переживание утра-

ты вносят культурное отношение и ритуалы, например способ обращения с мертвыми и подход к похоронам.

Всегда есть причины, чтобы жить дальше и искать в жизни смысл, но скорбящему требуется наша поддержка в поиске и определении этих причин.

Литература

A Grief Observed, C.S. Lewis, Faber & Faber, 1976.

Bereavement: Studies of Grief in Adult Life, Colin Murray, Penguin Books, 1998.

Death and Bereavement Across Culture, Colin Murray Parkes, Pittu Laungani and Bill Young (редакторы), Routledge, 1996.

Уход за больными

Женщина, ушедшая в собственный мир

Мы с Фатимой были женаты уже тридцать лет, когда в возрасте пятидесяти одного года ей поставили диагноз — болезнь Альцгеймера. Мы жили счастливо, у нас были общие интересы, гордость за нашего единственного ребенка, который недавно стал врачом; мы пережили потерю близких членов семьи и лучших друзей; вместе прошли через тяжелый период, когда я полгода сидел без работы после увольнения.

Настало время, сын покинул дом, и мы стали говорить о «нас»: как мы проведем остаток жизни, останемся ли в Англии. Но потом между нами встало что-то невидимое. Фатима стала невнимательной, меньше интересовалась домом, мной и «нами». Постепенно наше общение перестало быть приятным, ушло понимание.

Потребовалось три-четыре года, чтобы болезнь заявила о себе, и даже тогда необычное поведение и нехарактерные вещи, которые Фатима говорила, не создавали четкой картины. Неопознанная, но развивающаяся болезнь Альцгеймера невероятно осложнила процесс логического оформления ее

мыслей, не говоря об их выражении. Фатима многое от меня скрывала, но ее проблемы становились все более очевидными.

Я инстинктивно чувствовал: с ней происходит что-то более серьезное, чем «умеренный невроз», как определил врач. Прежде чем анализы подтвердили болезнь Альцгеймера, прошло два года, и странности в поведении приобрели ярко выраженный характер. Время шло, и ухаживать за Фатимой становилось все тяжелее, как физически, так и эмоционально: она все больше полагалась на меня, когда знакомое превращалось в непонятное, волновалась и ей отказывала память.

Семь лет со дня постановки диагноза можно было бы назвать ужасными, но это оказалось время большого единства и полноты жизни. Фатима больше не помнит и не интересуется, какой сегодня день, не разговаривает и способна пройти лишь несколько шагов, да и то с поддержкой. Но она находится в мире с собой, за ней присматривают, ее любят. Для большинства наших друзей Фатимы больше нет. Но для меня она все еще здесь и хранит в себе то, чем была когда-то, хранит то время, что мы прожили вместе. Я знаю — болезнь отнимет у нее жизнь, и, возможно, скоро. Но когда это произойдет, уничтожена будет болезнь, а не мы.

(*Фатима умерла в пятьдесят девять лет*).

Кто ухаживает за больным?

«За больным может ухаживать его партнер, муж или жена, родитель, сын или дочь, другие родственники или

друг человека, страдающего психическим заболеванием; эти люди заботятся и регулярно присматривают за ним, без чего пациент не смог бы продолжать „независимо" жить в обществе или в собственном доме».

По статистике Королевского фонда попечителей, из шести миллионов человек, ухаживающих в Великобритании за больными, 1,4 миллиона (23 процента) заботятся о людях с психическими заболеваниями. Примерно 230 тысяч из них тратят на заботу о близком более 50 часов в неделю. Будь это оплачиваемая работа, она бы противоречила европейской директиве о рабочем времени, где говорится, что люди не должны работать более 48 часов в неделю.

Профессиональный уход

Ухаживая за человеком с психическим заболеванием, вы можете не обращаться за профессиональной помощью, поскольку часто в ваши обязанности не входит физический уход. Забота о человеке с психическим заболеванием может быть различной, начиная с незначительной помощи, если человек чувствует себя хорошо, до участия во всех жизненных функциях, когда его здоровье серьезно ухудшается.

К уходу за больным относятся самые разнообразные вещи: приготовление еды, поход по магазинам, проверка визитов к врачу, общение, организация транспорта, покупка лекарств, управление финансами, личные просьбы, стирка одежды и постельного белья.

Возможно, вы и сами немолоды, а вам приходится ухаживать за человеком с деменцией, просыпаться по ночам, выслушивать в свой адрес оскорбления, думать и планировать за того, о ком вы заботитесь.

Забота о страдающих слабоумием часто связана с серьезным личным уходом и вероятностью физической агрессии.

Если человек болен психически, вы можете сталкиваться со странным поведением, словесным или физическим насилием. Иногда вам приходится брать на себя и финансовую ответственность (например, разбираться со льготами или оплачивать его проживание).

Что означает ухаживать за больным?

Социальная изоляция

На людях с психическими заболеваниями лежит клеймо — и они, и те, кто за ними ухаживает, часто ощущают себя изолированными от общества. Однажды человек обнаруживает, что члены семьи, друзья и коллеги посещают его значительно реже, а в конечном итоге вообще перестают с ним видеться. Ухаживая за больным, он может этого стесняться, меньше общаясь с друзьями и семьей.

Возможно, он заботится о человеке, который был его близким другом и основным источником социального общения. Они вместе брали отпуск, вместе выпивали или собирали на ужин друзей. По мере развития болезни друга этот человек становится все более изолированным и одиноким.

Ему может не хватать времени на работу, что приводит к финансовым трудностям, даже если он получает льготы. Безработица и жизнь на дотации лишь усиливают социальную изоляцию.

Исключение из системы здравоохранения

Доктор Майк Шутер, бывший президент Королевского колледжа психиатров, говорит: «Те, кто ухаживает за больными, являются неотъемлемой частью системы поддержки пациента... Эти люди ежедневно следят за его состоянием и в первую очередь отвечают за благополу-

чие больного... К сожалению, их голос в принятии решений относительно госпитализации и выписки во внимание не принимается, что иногда подвергает опасности и их самих, и пациента».

Люди, ухаживающие за больными, часто ощущают себя исключенными из системы здравоохранения.

Представьте, что вашу дочь вопреки ее желанию поместили в психиатрическую клинику, и с тех пор вы пытаетесь добиться от лечащих врачей информации о том, что с ней происходит. Вы обнаружите, что они не будут с вами разговаривать и никогда не перезвонят.

Такое наблюдается повсеместно, поскольку психиатры считают разговор с членами семьи и людьми, которые заботятся о больном, нарушением конфиденциальности.

Из-за этого многие ухаживающие негодуют, и требуется долгое время, чтобы смириться не только с неизбежной болью, стрессом и виной, сопровождающей болезнь их близких, но и с исключением из системы и отсутствием уважения.

Врачи и те, кто ухаживает за больным родственником, смотрят на проблему по-разному. Ухаживающие чувствуют себя одинокими, напуганными, даже запуганными психиатрами, а врачи часто заняты или утомлены, относясь к ухаживающим отрицательно и полагая, вероятно, что они лезут не в свое дело или требуют слишком много внимания.

В идеале людей, заботящихся о больных, следует считать партнерами в уходе.

Здоровье

Недавнее исследование показало, что 37 процентов ухаживающих считают свое здоровье неважным, а 10 процентов — плохим.

Уход за больным влияет на самочувствие человека, проявляющего заботу, следующим образом:

- ❖ он просыпается по ночам, имея дело с непоследовательным и странным поведением, словесным или психическим насилием и физической агрессией;
- ❖ он беспокоится о финансах трудностях, проживании и общении больного с врачами.

Это приводит к стрессу (см. *Стресс*), нервному напряжению, депрессии (см. *Депрессия*), тревоге (см. *Тревожное расстройство и паническая атака*), травмам спины и повышенному давлению.

Эмоции

Многие ухаживающие за больными испытывают:

- ❖ психическое или эмоциональное истощение;
- ❖ разочарование;
- ❖ жалость к человеку, о котором они заботятся;
- ❖ физическое истощение;
- ❖ стресс;
- ❖ гнев;
- ❖ одиночество;
- ❖ вину.

Часто они плохо спят или недосыпают.

Вероятнее всего, человек состоит в близких отношениях с тем, о ком заботится. Его болезнь может коренным образом повлиять на эти отношения. Многие рассказывают, что они переживают скорбь, испытывают ощущение потери, одиночества и социальной изоляции [см. *Утраты (скорбь)*].

Возможно, уход за больным должен сопровождаться таким предупреждением: «Забота о больном может навредить вашему здоровью и благополучию».

Однако, скорее всего, человек ухаживает за больным по желанию, потому что любит его, чувствует за него ответственность. Многие рассказывают о положительной стороне заботы, которая дарит ощущение удовлетворения, успеха, помогает развивать новые умения, взращивать в себе уверенность и настойчивость. И хотя «двери» таких возможностей, как карьера, образование и отдых, часто закрываются, перед ухаживающим могут открыться другие перспективы.

Основные проблемы

Ухаживающие за больными могут тревожиться о многом.

- «Что случится, если я умру или не смогу продолжать ухаживать»?
- «Жаль, что мне не помогают в этой работе и не понимают ее».
- «Что мне делать, если он навредит себе или попытается покончить с собой?»
- «Жаль, что люди не понимают, как я себя чувствую».
- «Жаль, что доктор меня не слушал, а только давал понять, что я ему мешаю».

Возможно, вы удивитесь, но почти четверть людей, ухаживающих за своими близкими, хотя бы раз думали о том, чтобы им навредить.

Как помочь тем, кто ухаживает за больными?

Большинство из них хотело бы:

- более активной помощи человеку, о котором они заботятся, и тесного взаимодействия с врачами;

- ❖ большей поддержки: реалистичных дотаций по уходу за больным, помощи в поиске работы, бессрочном обучении и организации досуга.

Во многих странах пытаются справиться с этими проблемами. В 1999 году британское правительство запустило Программу национальной поддержки больных, установив, что именно здравоохранение и социальные службы должны делать для ухаживающих. Существуют и различные парламентские акты по улучшению их обеспечения.

В 1999 году правительство представило схему работы Национальной психиатрической службы. Она требует от врачей ежегодной оценки нужд ухаживающих, предоставления им итогов осмотра пациента и плана дальнейших действий.

Семейные врачи в Британии могут заработать повышающие зарплату очки, взаимодействуя с людьми, ухаживающими за их пациентами, и связывая их с местными социальными службами.

Питер Тиани

Заключение доктора Персоуда

Тем, кто ухаживает за больным, часто приходится разрываться между собственными нуждами и помощью больному родственнику, что порождает конфликт. Глубокое чувство вины приводит многих ухаживающих к пренебрежению своими потребностями, поскольку они главным образом заботятся о своих близких. Однако им, так или иначе, необходимо следить за собственным самочувствием, поскольку таким образом они косвенно заботятся и о больном человеке.

Общество серьезно недооценивает роль ухаживающих, в результате чего они чувствуют себя несчастными. Психиатры и другие врачи, имеющие дело с психически больными, сегодня, как никогда, признают важнейшую роль ухаживающих в лечении психологических проблем. Они все активнее приветствуют их вклад и чаще стремятся к сотрудничеству.

Взаимоотношения ухаживающих с медицинскими службами могут касаться поддержки их роли как в заботе о пациентах, так и в прямом уходе за ними.

Литература

The Carer's Handbook, Jane Matthews, How to Books, 2006.

The Essential Carer's Guide, Mary Jordan, Hammersmith Press, 2006.

Children Caring for Parents with Mental Illness. Perspectives of Young Carers, Parents and Professionals, J. Aldrige, S. Becker, The Policy Press, 2003.

Приложения

Приложение 1. Законы о психическом здоровье

Девушка, которая пыталась повеситься

Ясмин было всего двадцать, когда ее впервые поместили в психиатрическую клинику. Она училась на втором курсе университета, где изучала географию.

Родители пришли в восторг, узнав, что она прекрасно сдала экзамены и стала первым человеком в семье, поступившим в университет. Последние четыре года Ясмин старательно училась и большую часть времени проводила в своей комнате за занятиями. Родителей это не тревожило: они видели, что их дочь честолюбива и в конце концов должна преуспеть.

Университет располагался на севере Англии, и Ясмин впервые покинула дом. Она поселилась в общежитии и завела нескольких друзей, живших в том же корпусе, однако они не изучали географию, и Ясмин чувствовала себя очень одиноко.

Она подолгу сидела в библиотеке, где однажды повстречала Али. Ясмин была польщена его вниманием и решила, что влюбилась. Однако Али встретил другую девушку и вскоре ее бросил.

Ясмин прекратила посещать лекции и семинары. Она испытывала невероятную подавленность и почти не вставала с постели. Никто не обратил внимания на ее поведение, пока в один из дней Ясмин не нашли в душе, где она пыталась повеситься, используя непрочную конструкцию, которая сорвалась со стены. Ясмин отказалась от встречи с университетским врачом.

На место вызвали полицию и докторов из местной психиатрической клиники. Девушку поместили в больницу на основании Раздела 2 Закона о психическом здоровье (на 28 дней). После нескольких недель лечения Ясмин осознала, насколько тяжело была больна. Врачи посоветовали ей ненадолго задержаться в больнице, и она согласилась остаться. Через два месяца она вернулась домой. Все решили, что Ясмин лучше посещать местный университет, чтобы быть рядом с родителями.

Психическое здоровье и законодательство

Как только человеку исполняется 18 лет, он получает право принимать любые решения, влияющие на его жизнь, и несет за них полную ответственность. Разумеется, иногда (или постоянно) человек бывает не в состоянии принимать сложные решения.

В этой главе мы рассмотрим существующие законы для людей, которые из-за наличия психических заболева-

ний не способны принимать решений либо постоянно, либо временно.

В Великобритании существует шесть законов о психическом здоровье (в каждом — различные правила), два закона об умственных способностях, общее право (то есть решения, принимаемые судьями на основе прецедентов) и несколько законов, касающихся психически больных людей, обвиненных в уголовных преступлениях. Есть дополнительные законы, касающиеся детей и молодежи.

Спектр решений, которые человек принимает или которые могут быть приняты в его интересах, весьма значителен. В рамках психиатрии основной их целью, что неудивительно, является оказание необходимой медицинской помощи и лечения. Сюда может входить вынужденное помещение в больницу (согласно закону и против желания человека).

Однако значительно чаще встречаются решения по следующим вопросам:

- должен ли человек отправляться в медицинское учреждение, когда он стареет;
- может ли он самостоятельно распоряжаться своими финансовыми средствами;
- способен ли он составить завещание;
- способен ли принимать решение о заключении или расторжении брака;
- может ли подписывать контракты.

Когда человека обвиняют в преступлениях, решения связаны со следующими аспектами:

- может ли человек предстать перед судом;
- если его приговаривают к заключению, куда он должен отправляться — в тюрьму или в больницу.

Общее право

Общее право применяется только в тех случаях, когда нет статутного права, то есть закона, выпущенного парламентом. Согласно общему праву, человек может самостоятельно принимать решение о своем лечении.

Как недавно заявил судья, «дееспособный пациент имеет полное право отказаться от медицинского лечения по любой причине, рациональной или иррациональной, или вообще без каких бы то ни было причин, даже если это решение может вести к его смерти». Врач, заставляющий человека лечиться вопреки желанию, нарушает закон, исключая ряд конкретных, четко определенных ситуаций. Наболее очевидный пример — «скорая помощь», когда согласия пациента обычно не спрашивают, поскольку он находится без сознания или дезориентирован, а также ситуации, в которых согласие может быть получено тогда, когда уже помощь оказать будет невозможно.

В Англии и Уэльсе общее право в тех его аспектах, что касаются заботы и медицинского лечения, было по большей части изменено Законом об умственных способностях (апрель 2007 года). В Шотландии с 2000 года вступил в силу Закон о неправоспособных совершеннолетних. В Северной Ирландии до сих пор продолжают опираться на общее право.

Законы об умственных способностях

В этих законах описывается, как врачи и другие люди принимают медицинские, социальные и финансовые решения от имени пациента, когда он сам на это неспособен. Например, все принятые решения должны быть в

интересах пациента, с учетом его желаний (если они известны).

Закон позволяет человеку (если он здоров и способен принимать решения) планировать свое лечение и будущий уход, с учетом того, что однажды он может утратить такую возможность (например, из-за болезни Альцгеймера или травмы головы).

Далее, при составлении завещания он может определить, какую помощь и лечение хочет или не хочет получать. Например, указать: если он окажется в глубокой депрессии, то желает принимать определенный антидепрессант, поскольку он помог ему в прошлом, а если смертельно заболеет, то не хочет получать лечение, направленное на сохранение жизни. Если он указывает в завещании определенное лечение, это называется опережающим распоряжением; врачи должны принять его во внимание, однако оно их ни к чему не обязывает.

Если человек заявляет, что в будущем не хочет получать какого-то лечения, это называется опережающим отказом или опережающим распоряжением и является для врачей *обязательным*. Врач или медсестра не должны лечить человека так, как указано в его опережающем распоряжении (если только это не специфические, исключительные обстоятельства, например помещение в больницу согласно Закону о психическом здоровье). В Шотландии опережающие отказы не являются для врачей обязательными.

В ряде случаев человек можете назначить конкретную персону, которая будет действовать от его имени для выражения согласия или отказа от лечения.

Существуют отдельные правила, касающиеся стерилизации, прекращения беременности, отказа от поддерживающего жизнь лечения или его прерывания.

Дети и молодежь

Очень важным является Закон о детях. Дети в возрасте 16 — 17 лет имеют право соглашаться на лечение так же, как и взрослые, однако не могут отказаться от него.

Дети до 16 лет могут давать согласие на лечение, если они достаточно умны и понимают, в чем суть предложения.

Дети до 18 лет не имеют права отказываться от лечения. Родители могут соглашаться от лица детей любого возраста до 16 лет. Если существуют серьезные разногласия, может потребоваться решение суда.

В Шотландии совершеннолетие наступает в 16 лет, и судебные решения, отклоняющие отказ человека от лечения, не принимаются.

Законы о психическом здоровье

Законы о психическом здоровье устанавливают правила, связанные с насильственным помещением в больницу, постановкой диагноза или лечением людей с психическими заболеваниями. В некоторых местах (например, в Англии и Уэльсе, где эти законы используются больше 50 000 раз в год) эти законы применяются независимо от того, сохраняет человек способность самостоятельно принимать решения или нет.

В других местностях (в Шотландии) для принудительного лечения человека с психическим расстройством или физическим заболеванием нужно доказать определенную степень его недееспособности.

Предписания, о которых идет речь в Законе о психическом здоровье, требуют:

- ❖ четких причин (критериев) задержания, помещения в больницу и лечения человека;

- доказательств того, что его невозможно лечить, не прибегая к Закону о психическом здоровье;
- принятия решений более чем одним врачом;
- указания временных рамок пребывания человека в больнице, четкого осмотра, а также соблюдения права покинуть клинику, если критерии госпитализации больше не соответствуют его состоянию;
- возможности обращения человека в независимый орган власти с возражениями против заключения или лечения;
- существования определенных гарантий безопасности при некоторых видах лечения.

Итак, человека могут поместить в больницу согласно Закону о психическом здоровье в следующих случаях.

- Он страдает от психического расстройства. Время от времени возникают споры о том, что должно считаться психическим расстройством. С такими заболеваниями, как шизофрения или тяжелая депрессия, все понятно, менее ясна ситуация с алкоголизмом и наркоманией. Идут дискуссии о так называемых расстройствах личности. Слабоумных считают психически больными, но это не является основанием для принудительного лечения и помещения в клинику человека, кроме случаев его агрессивности или невменяемости. Нельзя называть людей психически больными лишь потому, что они чем-то отличаются от большинства. В Законе о психическом здоровье сознательно не упоминаются люди с сексуальными отклонениями, склонностью к промискуитету, с зависимостью от алкоголя или наркотиков.
- Это в интересах здоровья человека, ради его безопасности или безопасности окружающих, и если он настолько болен, что помещение в больницу необходимо.
- Он не может эффективно или успешно лечиться дома.

Кто этим занимается?

При госпитализации требуется два врача (не входящих в команду «скорой помощи», где достаточно одного). Желательно, чтобы один из них знал человека (например, его терапевт), а другой имел опыт в диагностике и лечении психических заболеваний (обычно это психиатр). Врачи должны быть из разных учреждений. Если они посчитали, что человека можно принудительно поместить в больницу, назначенный для этого социальный работник решает этот вопрос, учитывая взгляды самого человека, мнение врачей, его семьи и близких.

Временные сроки

При вызове «скорой помощи», где требуется один врач (или, в особых обстоятельствах, полицейский), пребывание в больнице длится до 72 часов. Однако первичный осмотр, необходимый для оценки состояния человека, иногда происходит в течение 28 дней. Увеличить этот срок нельзя. Если лечащий врач (называемый ответственным офицером медицинской службы) считает, что время пребывания в больнице для лечения заболевания следует продлить, снова требуются две врачебные рекомендации и социальный работник. На этот раз заключение человека может продлиться до шести месяцев. Если его и раньше принудительно помещали в больницу, то его могут оставить в ней на более долгий срок. В Шотландии вопрос о продолжительном пребывании в больнице решает суд.

Офицер медицинской службы в любой момент может выпустить человека. Он может разрешить ему периодически покидать больницу, если это, с его точки зрения, безопасно. Если у человека есть тот, кто по закону считается близким родственником, он имеет пра-

во потребовать освобождения больного, но это заявление офицер может отклонить, если сочтет пациента опасным. В Шотландии близкий родственник («указанный») не имеет возможности влиять на выписку пациента.

Категория близкого родственника четко определена. Здесь пациент не может выбирать. Близким родственником является его муж или жена (или гражданский партнер), в противном же случае — его старший ребенок, если ему больше 18 лет, старший из живущих родителей и так далее.

Если у человека проблемы с законом, правила другие, и решение принимается в судебном порядке. Однако в этой ситуации все равно требуются один или два врача, которые должны рекомендовать принудительное помещение в больницу, прежде чем такое решение вынесет суд.

Право на апелляцию

Когда человека помещают в больницу, ему должны объяснить его права. В случае каждого периода заключения (кроме срочного, на 72 часа) он имеет два пути для апелляции.

Можно обратиться к группе из трех уполномоченных, имеющих опыт работы в области психиатрии. Их называют больничными управляющими, хотя они не имеют ничего общего с управлением больницей (в Шотландии подобной апелляции не существует).

Помимо этого, человек может обратиться в независимый юридический орган — суд по оценке психического здоровья. Он также представлен группой из трех человек, в которую входят юрист или судья, председательствующий на слушании, старший врач и третий человек, не являющийся ни врачом, ни юристом.

Оба типа апелляции будут содержать письменные свидетельства лечащего врача, медсестры, социального работника и, возможно, кого-то другого. Человеку покажут отчеты о его состоянии, если нет обоснованного запрета на получение им этой информации. Далее в больнице состоится полуформальное «судебное» слушание. На суде по оценке психического здоровья у человека есть право на бесплатного адвоката. Врач должен объяснить, почему человека поместили в больницу; обычно его поддерживают медсестра и социальный работник. Человек может возражать, прибегая к помощи своего адвоката.

Меры безопасности

Оказавшись в больнице, человек либо останется в палате, либо получит возможность перемещаться по территории больницы. Если это необходимо, его могут оставить в запертой палате. Если он совершил серьезное преступление и направлен в больницу по решению суда, его могут поместить в охраняемую клинику.

Человек будет получать лечение (лучше, конечно, с его одобрения, но бывает и без него) в виде лекарств и психологической терапии. Вам должны предоставить питание и базовый уход. Состояние палаты и общее качество ухода отслеживается независимым органом, находящимся в Ноттингеме, — Комиссией по закону о психическом здоровье.

Если человека поместили в больницу более чем на три месяца, он имеет право принимать только те лекарства, на которые согласен, или если Комиссия по закону о психическом здоровье предложила независимое врачебное мнение. Комиссия пошлет выбранного ею старшего психиатра, который поговорит с пациентом, с медсестрой и с другим служащим (не медсестрой и не вра-

чом), имеющим отношение к лечению и уходу, после чего решит, обязан человек соглашаться на это лечение или нет.

Электрошоковая терапия может проводиться только с согласия пациента или, если у него нет возможности соглашаться или отказываться от нее, с одобрения врача Комиссии.

Доктор Дональд Лайонс
и доктор Тони Зигмонд

Приложение 2. Психиатрические службы

Мужчина, отказывавшийся говорить

Двадцативосьмилетний Шариф был счастливо женат и имел двоих детей. С некоторых пор его жена Амина начала замечать, что он все глубже уходит в депрессию и больше пьет по вечерам после работы. Он очень агрессивно вел себя с ней и с детьми, что для него нехарактерно — Шариф всегда был очень мягким человеком. Однажды в приступе гнева он разбил лучшие кухонные тарелки. Амина беспокоилась, что родители заподозрят неладное, решат, что брак разваливается и в этом ее вина.

В конце концов Шариф перестал ходить на работу — ему не хватало энергии даже на то, чтобы умываться и разговаривать. Целыми днями он сидел перед телевизором. Амина была в тупике. Она волновалась, что муж потеряет работу в магазине «Сделай сам» и они не смогут выплатить заем. Шариф перестал есть, но не поддавался на уговоры обратиться к врачу, особенно потому, что врач был другом семьи. Амина все же убедила доктора прийти к ним домой, однако Шариф отказался

отвечать на его вопросы. Тот очень встревожился из-за того, как сильно Шариф изменился за столь короткое время, однако не смог обнаружить признаков какого-либо физического заболевания.

Семейный врач срочно направил Шарифа в местную психиатрическую клинику. После осмотра медсестра и психиатр решили лечить его в домашних условиях, поручив семейному врачу выписку рецептов. Члены кризисной команды ежедневно приходили к нему домой, наблюдая за его состоянием и поддерживая Шарифа и всю семью.

Через несколько недель приема антидепрессантов Шариф почувствовал себя достаточно хорошо, чтобы посещать амбулаторию. Кризисная команда больше за ним не следила, но медсестра продолжала регулярно навещать Шарифа до тех пор, пока он полностью не поправился.

Что такое психиатрические службы?

Психиатрическими службами называют организованную систему оценки, лечения и поддержки людей с психическими заболеваниями, а также их семей.

Кто работает в психиатрических службах?

Специалисты, работающие в психиатрических службах Великобритании, включают в себя:

- медсестер в стационарах;
- психиатрических медсестер, приходящих на дом;
- трудотерапевтов;
- социальных работников, в том числе утвержденных социальных работников по обеспечению Закона о психическом здоровье;

- ❖ психотерапевтов;
- ❖ фармацевтов;
- ❖ психологов;
- ❖ психиатров.

Помимо этого, в области психиатрии работает множество людей без профессиональной квалификации, играющих важную роль в поддержке пациентов.

Страховые гарантии в области психиатрии

Психиатрические службы разных стран серьезно отличаются друг от друга. Какие услуги предлагаются и как их оценить, зависит от следующих параметров:

- ❖ развитие службы здравоохранения и социальной поддержки;
- ❖ приоритет, отдающийся проблемам психиатрии;
- ❖ энтузиазм правительства и разработчиков стратегий;
- ❖ способность общества предоставлять ту помощь и поддержку, в которой нуждаются люди с психическими заболеваниями.

В Великобритании специализированные психиатрические службы оплачиваются страхователями, получающими дотации от Министерства здравоохранения и местных отделений социальной службы.

Важно помнить, что врачи почти всегда пытаются сделать лучшее. Однако существует расхождение между тем, что может быть сделано в идеальных условиях, и тем, за что решают платить страхователи (в лице больного и в рамках доступных ресурсов для всех аспектов медицинской и социальной поддержки).

Направление в психиатрические службы

В большинстве случаев лечение психических проблем проводят врачи общей практики и терапевты. Однако, если требуется особое вмешательство, терапевт направляет человека к психиатру или другому специалисту; то же происходит и в случае необходимости консультации с любым другим специалистом, работающим в национальной системе здравоохранения.

Многие психически больные получают большую часть ухода и поддержки от членов семьи, друзей, близких и организаций, которые никак не связаны с социальной системой или системой здравоохранения.

Для чего нужна психиатрическая служба

Психиатрические услуги предназначены для оценки, лечения, ухода и поддержки людей с психическими заболеваниями и (если необходимо) удовлетворения их насущных потребностей.

Нужды людей с тяжелыми психическими заболеваниями касаются не только помощи в избавлении от проблемных симптомов (например, «голосов в голове» и идей преследования при шизофрении). Часто тяжелые болезни возвращаются — временами человек может чувствовать себя хорошо, но иногда переживает ухудшение, ведущее к кризису. Люди с наиболее серьезными заболеваниями могут представлять опасность как для себя (из-за недосмотра, уязвимости или желания себе навредить), так и для окружающих.

Тяжелые психические заболевания влияют на работу больного, управление денежными средствами, общение и в некоторых случаях на уход за самим собой. Распространенными проблемами являются социальная изоляция и отсутствие поддержки, поэтому некоторым людям может требоваться помощь в получении льгот, управлении финансовыми средствами, поиске жилья или организации отдыха, образования и работы.

Психические заболевания часто коморбидны, то есть сопряжены с другими проблемами. Наиболее часто заболевание сочетается со злоупотреблением наркотиками или алкоголем. Важно получить эффективную помощь в обоих случаях.

Сейчас мы значительно лучше знаем о сложностях, возникающих у людей с психическими заболеваниями, которые воспитывают ребенка. Их поддержка может требовать тесного сотрудничества таких структур, как психиатрическая служба для людей работоспособного возраста, детская и семейная социальная служба, детская и подростковая социальная служба, а также школ и патронажных медсестер.

Жалобы и альтернативная точка зрения

Если человек недоволен помощью, полученной им или его родственником, он может выразить свою обеспокоенность и, если потребуется, подать формальную жалобу. Жалобы воспринимаются очень серьезно, поскольку помогают службам улучшить свою деятельность.

Каждый имеет право на альтернативную точку зрения. Если человек считает, что у него или того, о ком он заботится, существует определенная проблема, надо узнать мнение специалиста.

Забота о пациенте

Психическое заболевание влияет не только на пациента, оно может иметь глубокое воздействие на его близких, друзей и семью. Нам известно о стрессе, который испытывает человек, ухаживающий за больным. В настоящее время службы Британии обязаны учитывать потребности этих людей и оказывать необходимую им поддержку, облегчая бремя заботы о пациенте. Самая насущная проблема, о которой говорят эти люди, касается желания быть выслушанным и получить помощь в кризисных ситуациях (см. *Уход за больными*).

Психиатрические службы в течение вашей жизни

Психические проблемы могут возникнуть в любой момент, поэтому существуют специалисты, занимающиеся отдельно детьми, подростками и взрослыми.

Границы между психическими службами для детей и подростков, пожилых людей и взрослых работоспособного возраста сложны и различаются от места к месту.

- Специализированные психиатрические службы Великобритании в целом схожи и работают по общему принципу.
- Многодисциплинарные команды: врачи и другие специалисты из разных областей.
- Служащие должны работать согласно Программе медицинского ухода. Эта программа утверждает, что служба обязана оценить нужды поступившего пациента, выстроить план лечения, определив обязанности каждого специалиста, представить этот план пациен-

ту и регулярно его пересматривать. Один из врачей назначается координатором лечения и несет за него ответственность.

- ❖ План лечения должен включать в себя обеспечение всех важных социальных и медицинских потребностей, а не сосредотачиваться на одном лишь избавлении от симптомов болезни.
- ❖ К указанным службам относятся команды медиков и социальных работников.
- ❖ Эти службы зависят от множества факторов, в том числе от терапевтов, социальных и образовательных организаций, организаций сферы досуга, служб найма и социального обеспечения, а также частных и добровольческих структур.

Психиатрическая служба для детей и подростков (ПСДП)

В структуру ПСДП входят:

- ❖ терапевты и другие врачи, предоставляющие первичную помощь;
- ❖ специалисты, работающие в больницах и школах;
- ❖ отделения социальных служб по делам детей и семьи;
- ❖ работники с молодежью;
- ❖ службы, работающие с молодыми правонарушителями.

ПСДП работает с широким спектром серьезных психических проблем, начиная с тяжелой депрессии и расстройства гиперактивности /дефицита внимания (РГДВ) и заканчивая расстройствами поведения.

Переход из ПСДП во взрослые психиатрические службы может повлечь за собой определенные проблемы, поскольку врачи ПСДП работают с такими заболеваниями, как РГДВ, аутистические расстройства и расстройства поведения, а во взрослой психиатрии этим не занимаются.

Психиатрическая служба для пожилых людей

Психиатрическая служба для пожилых людей проводит оценку и лечение пациентов с деменцией, а также тех, кто страдает психическими заболеваниями, осложненными физиологическими проблемами, связанными со старением.

Эта служба тесно работает с организациями, предлагающими уход и заботу о пожилых людях на дому и в домах престарелых.

Психиатрическая служба для взрослых работоспособного возраста

Между молодостью и старостью находится «работоспособный возраст». Этот термин был принят совсем недавно. С этим возрастом в Великобритании взаимодействуют четыре официальные психиатрические структуры:

- ❖ общая взрослая психиатрия;
- ❖ психотерапия, куда входят психодинамическая терапия, когнитивно-поведенческая терапия, супружеская терапия и семейная терапия (см. *Психотерапевтические и медикаментозные методы лечения*);
- ❖ специалисты, которые работают со слабоумными, а также с детьми и престарелыми;
- ❖ судебная психиатрия (лечение людей, совершивших преступления).

Также психиатры специализируются и в других областях знаний:

- ❖ лечение зависимости (злоупотребление алкоголем и / или наркотиками);
- ❖ психиатрия взаимодействия (работа в клиниках с теми больными, у кого физические заболевания сочетаются с эмоциональными или психическими проблемами);

- ❖ психиатрическая реабилитация (лечение людей с тяжелыми нарушениями психики);
- ❖ перинатальная психиатрия (забота о беременных женщинах и наблюдение за ними в течение года после родов);
- ❖ нейропсихиатрия (диагностика и лечение людей с психическими симптомами в контексте неврологических расстройств);
- ❖ нарушения пищевого поведения.

Психиатрические службы для взрослых

Прежде к ним относились:

- ❖ общественная психиатрическая служба;
- ❖ стационарное отделение, предоставлявшее места для людей, нуждавшихся в помещении в больницу;
- ❖ определенные объемы психологического лечения;
- ❖ места в больницах общего профиля (для наблюдения и оценки тех, кто себя травмировал);
- ❖ дневной стационар;
- ❖ больничные и общественные службы по реабилитации людей с тяжелыми психическими заболеваниями.

В последние годы все немного усложнилось. Общественная психиатрическая служба все еще существует, хотя сейчас ее функции в большей степени выполняют терапевты, у которых зарегистрирован человек.

Помимо этого, общественная психиатрическая служба была дополнена:

- ❖ программой помощи тяжелобольным людям, с которыми трудно установить контакт;
- ❖ программой раннего лечения психозов, предлагающей активную поддержку людям в течение первых трех лет психического заболевания;

- ❖ общественной судебной группой, работающей с теми, кто совершил серьезное преступление под влиянием психического заболевания;
- ❖ группой по разрешению кризисов и домашнему лечению в качестве альтернативы больничному.

Доктор Фрэнк Холловэй

Заключение доктора Персоуда

Частые жалобы на психиатрические службы не изменили ситуацию. Возможно, одной из причин отсутствия изменений является невозможность предложить пациентам именно то, чего они от этих служб ожидают и на что надеются. Можно ли, например, ждать излечения всех эмоциональных расстройств, если они возникают у тысяч их пациентов? Сделали ли эти службы все возможное, употребили ли все доступные им средства при работе с тяжелыми кризисными состояниями, когда требуется помещение в больницу?

На уровне страхования и управления психиатрическим службам необходима бóльшая определенность в собственных целях и задачах. Пациентам эта определенность требуется для лучшего использования этих служб. Желающим прибегнуть к психиатрическим услугам имеет смысл разузнать, что именно движет и управляет внутренней работой данной структуры. Например, такой движущей силой может оказаться страх перед расследованием несчастного случая, что, соответственно, определяет качество работы службы.

Все чаще клиенты объединяются с теми, кто предоставляет им услуги, вместе составляя план практического решения своих проблем.

Одна из трудностей в области развития и деятельности современных психиатрических служб связана с тем, что услуги, удовлетворяющие большинство пациентов, зачастую не предоставляются даже самыми преданными специалистами в области душевного здоровья.

Редакторы и авторы

Доктор Радж Персоуд (редактор-консультант) — консультирующий психиатр в лондонской больнице Модсли. За свою деятельность доктор Персоуд был удостоен нескольких наград и призов, а в 2004 году утвержден профессором колледжа Грешам за общественное просвещение в области психиатрии. Он появляется в многочисленных телевизионных программах, регулярно ведет передачи на радио и написал несколько книг, включая недавно вышедшую *Просто невероятно: психология искушения* и *мотивированное сознание.* Живет в Лондоне.

Редакторы

Джени Антониу — см. *Авторы.*

Доктор Мартин Бриско — психиатр-консультант. В качестве консультанта работает в системе национального здравоохранения, имеет частную практику в Эксетере. Доктор Бриско является редактором сайта Королевского колледжа психиатров и помогает в создании публичных информационных материалов.

Ванесса Камерон — см. *Авторы.*

Профессор Хамид Годсе — профессор психиатрии и международной лекарственной политики в Лондон-

ском университете; директор Интернационального центра по лекарственной политике в Лондонском университете Сент-Джордж; президент совместных европейских центров по изучению зависимости; член правления Королевского колледжа психиатров по международным отношениям; член совета директоров Национального агенства по безопасности пациентов; член экспертной консультативной группы ВОЗ по наркотической зависимости; член (бывший президент) Международного контрольного органа ООН по наркотикам.

Дебора Херт — см. *Авторы*.

Джилл Филипсон — специалист по медицинским связям с общественностью, имеет особый интерес к психическому здоровью. Много лет работает в области общественных коммуникаций органов здравоохранения, имеет практику как брачный консультант.

Доктор Роз Рамсей — психиатр-консультант в Южном Лондоне и Общественном фонде НСЗ Модсли. Она является членом Комитета общественного образования при Королевском колледже психиатров и работает над созданием информации для пациентов и их близких.

Доктор Филип Тиммс — психиатр-консультант с пятнадцатилетним стажем, работает с бездомными в Южном Лондоне. Он председательствует в редакторской группе Королевского колледжа психиатров, выпускающей популярные брошюры о психических заболеваниях.

Профессор Питер Тайрер — см. *Авторы*.

Алекси Веддерберн интересуется психологией и душевным здоровьем; шесть лет работала в Королевском колледже психиатров. Живет в Лондоне и Италии.

Авторы

Джени Антониу (*«Адаптация к жизни при психических заболеваниях»* и *«Диагностика: что у меня, доктор?»*), ранее занималась генетикой и молекулярной биологией. Будучи клиентом психиатрических служб, сейчас является свободным писателем и преподавателем в области психического здоровья. Живет в Лондоне.

Доктор Эйя Эйзен (*«Психотерапевтические и медикаментозные методы лечения»*) — психиатр-консультант, психотерапевт, клинический директор Семейной службы Марлборо в Лондоне (Центральный и Северо-Западный Лондонский фонд психического здоровья).

Доктор Адриан Болл (*«Клинические состояния»*) получил образование в области судебной психиатрии. С июля 2000 года занимает пост начальника медицинской службы треста НСЗ по психическому здоровью. Живет в Норфолке.

Доктор Джеймс Барретт (*«Гендерная дисфория»*) — ведущий клинический врач в клинике Чаринг-Кросс. Почти двадцать лет он работает с расстройствами гендерной идентичности и за это время встречался с тысячами пациентов. Доктор Баррет предпочитает путешествовать на велосипеде.

Доктор Роджер Блур (*«Наркомания»*) — бывший психиатр в Королевских ВВС. Он вернулся в национальную систему здравоохранения двадцать лет назад как кон-

сультант в области алкогольных и наркотических проблем. Он является начальником медицинской службы треста НСЗ и старшим преподавателем наркологической психиатрии на медицинском факультете университета Кил.

Доктор Билли Боланд (*«Зависимость»*) — клинический преподаватель (область зависимого поведения) в Лондонском университете Сент-Джордж и врач-психиатр. Живет в Лондоне.

Доктор Джим Болтон (*«Боль хроническая и физические заболевания»*) — консультант-психиатр в области врачных отношений, работает в больнице в Суррее. Является почетным старшим преподавателем Лондонского университета Сент-Джордж. Живет в Лондоне.

Доктор Питер Бирн (*«Диагностика: что у меня, доктор?»*) — консультант-психиатр в Восточном Лондоне, получивший образование в Университетском колледже Лондона. С 1996 года занимается исследованиями в области стигматизации психически больных, опубликовал на эту тему множество работ. Доктор Бирн работает в комитете по общественному образованию Королевского колледжа психиатров в Ирландии и с 1999 года — в Британии; на протяжении пяти лет возглавляет информационный отдел кампании колледжа Changing Minds.

Ванесса Камерон (*«Адаптация к жизни при психических заболеваниях»*) — исполнительный директор Королевского колледжа психиатров. Более тридцати лет назад получила диагноз биполярного расстройства. С помощью мужа и врачей научилась жить с этой болезнью и управлять ей.

Доктор Роч Кантвелл (*«Послеродовая депрессия»*) — психиатр, специализирующийся на лечении беременных и родивших женщин, почетный старший преподаватель в университете Глазго. Он управляет отделением матери и ребенка, обслуживающим половину рожениц Шотландии. Живет в Глазго.

Профессор Патриция Кейси (*«Биполярное расстройство»*) — профессор психиатрии в Университетском колледже Дублина и в больнице Матер Мизерикордия. Является автором трех книг, в том числе *Психиатрического справочника для первичной помощи*. Ее исследовательские интересы связаны с расстройствами личности и самоубийством; она является одним из главных следователей Международной группы по последствиям депрессии и редактором *Quarterly Journal of Mental Health*. Профессор Кейси регулярно пишет для ирландской прессы и сейчас ведет еженедельную колонку в *Irish Independent*.

Доктор Мэри Кларк (*«Шизофрения»*) — психиатр-консультант со специализацией на психозах в больнице Сент-Джон, Стиллорган, округ Дублин, Ирландия. Ее ученые интересы связаны с шизофренией, особенно с ее ранним лечением.

Джессика Колон (*«Искаженный образ тела»*) — студентка последнего курса колледжа Сьена, Нью-Йорк. Собирается получать степень доктора философии в клинической психологии.

Профессор Илана Кром (*«Наркомания»*) — профессор в области психиатрии зависимостей, академический директор психиатрии медицинского факультета в универ-

ситете Кил (кампус Харпландс), ведущий клинический врач и консультант по теме зависимостей в тресте НСЗ по совместной охране здоровья Северного Стаффордшира. С 1980-х годов напрямую занимается национальными клиническими исследованиями, обучением, а также разработкой политики в области наркологии.

Доктор Ларри Каллифорд (*«Духовное состояние»*) — психиатр-консультант и успешный писатель, тесно сотрудничающий с группой Королевского колледжа психиатров в области духовности и психиатрии. Христианин, интересующийся буддизмом и другими религиозными течениями; живет в Сассексе.

Профессор Крис Доурик (*«Депрессия»*) — врач общей практики, профессор первичной медицинской помощи в Ливерпульском университете. Его книга *По ту сторону депрессии*, исследующая границы понимания депрессии традиционной медициной, была опубликована в 2004 году. Живет в Ливерпуле.

Профессор Колин Драммонд (*«Зависимость»*) — глава исследовательской группы в области зависимого поведения в Лондонском университете Сент-Джордж, психиатр, возглавляющий национальные службы лечения алкогольной зависимости в Юго-Западном Лондоне. Публикует множество статей и книг, касающихся зависимости; консультант в Великобритании и ВОЗ по политике в области зависимости.

Доктор Линн Драммонд (*«Невроз навязчивых состояний»*) — психиатр-консультант, с 1985 года старший преподаватель поведенческой и когнитивной психотерапии в Лондонском университете, в тресте психического

здоровья Сент-Джордж и Юго-Западного Лондона. Является ответственным консультантом Национальной службы по навязчивым неврозам, которая предлагает стационарное и амбулаторное лечение тяжелых и хронических случаев этого заболевания.

Доктор Джон Иглз (*«Сезонное аффективное расстройство»*) — психиатр-консультант в Королевской больнице Корнхилл в Абердине, почетный преподаватель в университете Абердина. Опубликовал ряд исследований на множество тем, в том числе о сезонном аффективном расстройстве, самоубийстве, нарушениях пищевого поведения и эпидемиологии шизофрении.

Доктор Иршаад Эбрахим (*«Сна нарушения»*) — нейропсихиатр, специалист в области расстройств сна, руководитель Лондонского центра сна. Опубликовал оригинальное исследование о роли новых нейропептидов в нарколепсии, интересуется бессонницей и иными расстройствами сна; также является членом Британского общества сна и членом Королевского медицинского общества.

Доктор Дэвид Инок (*«Клинические состояния»*) — официальный старший психиатр-консультант в Королевской больнице Ливерпульского университета, признанный международный авторитет и пионер в области необычных психических синдромов. *Необычные психические синдромы* — его лучшая книга-бестселлер (четвертое издание). Доктор Инок является ведущим телепрограмм и автором книги *Исцеление раненого сознания* (одиннадцатое издание), а также недавно опубликованной работы *Мне нужен психиатр-христианин*.

Доктор Джонатан Эванс («*Самоубийство и самоповреждение*») — старший преподаватель психиатрии в Бристольском университете, практикующий психиатр-консультант в Южном Бристоле. Исследует депрессии у матерей (во время беременности и после родов) и отцов, изучает суицид и самоповреждения. Как врач-специалист он занимается биполярным расстройством и руководит клиникой по лечению биполярного расстройства в Южном Бристоле. Он твердо убежден в необходимости улучшения общественного понимания психического здоровья и работает консультантом на BBC.

Доктор Мона Фриман («*Строение и работа мозга*») — врач-специалист в области детской и подростковой психиатрии, работает в Тэвистокской клинике в Лондоне. Занимается различными проектами, связанными с общественным образованием, в сотрудничестве с Королевским колледжем психиатров.

Доктор Нури Джин-Кос («*Посттравматическое стрессовое расстройство*») — психиатр-консультант, работает в службе травматического стресса в больнице Модсли. Обучалась десенсибилизации с помощью движений глаз и сенсорно-моторной терапии, интересуется конверсивным расстройством (истерией) и ПТСР. Область основных исследований доктора Джин-Кос связана с электрофизиологией мозга.

Доктор Харви Гордон («*Ревность патологическая*») — судебный психиатр-консультант в Национальном тресте психического здоровья Оксфордшира и Бакингемшира, почетный старший преподаватель судебной медицины в Оксфордском университете. Прежде работал судебным

психиатром-консультантом в больнице Бродмур и Королевских больницах Модсли и Бетлем. Является секретарем отдела судебной медицины Ассоциации европейских психиатров.

Доктор Нори Грэхэм (*«Альцгеймера болезнь и другие виды деменции»*) — почетный отставной консультант в области психиатрии пожилого возраста в Королевской независимой больнице в Лондоне. Бывший председатель Общества Альцгеймера в Англии и Международного общества болезни Альцгеймера, вице-президент обеих организаций.

Профессор Джон Ганн (*«Психические заболевания, оценка степени риска»*) — бывший глава отделения судебной психиатрии больницы Модсли в Лондоне, бывший председатель факультета судебной психиатрии. Является автором книг и множества статей по судебной психиатрии.

Доктор Космо Халлстром (*«Тревожное расстройство и паническая атака»*) — психиатр-консультант, специалист в области тревожных расстройств. Публикует работы на тему лечения тревожного состояния и депрессии, а также зависимости от транквилизаторов.

Дебора Херт (автор рассказов о различных случаях из практики) — глава отдела внешних сношений Королевского колледжа психиатров, где она проработала последние двадцать пять лет, занимая различные должности. Дебора Херт отвечает за предоставление публике доступной информации и проведение кампаний по снижению стигматизации психических заболеваний.

Доктор Анджела Хассиотис (*«Слабоумие и психическое здоровье»*) — старший преподаватель и психиатр-консультант в Королевской независимой больнице, Университетском колледже и Камденской службе, занимающейся проблемами слабоумия. Член правления факультета изучения слабоумия Королевского колледжа психиатров. Ее интересы связаны с эпидемиологическими исследованиями, этикой и психиатрическим вмешательством. Живет в Лондоне.

Доктор Фрэнк Холловэй (*«Психиатрические службы»*) — психиатр-консультант и клинический директор, работает в Объединенных психиатрических службах для взрослых Кройдона. Является председателем факультета реабилитации и социальной психиатрии Королевского колледжа психиатров.

Доктор Алия Кассам (*«Стигматизация и дискриминация людей с психическими заболеваниями»*) — психиатр-эпидемиолог, в 2005 году переехала в Лондон из канадского Калгари; работает в Институте психиатрии лондонского Кингс-колледжа. Сейчас занимается кандидатской диссертацией в Институте психиатрии в области медицинских исследований.

Доктор Хинд Калифе (*«Строение и работа мозга»*) — специалист в области общей взрослой психиатрии; особо уделяет внимание нейропсихиатрии. Работает в Лондоне.

Профессор Майкл Копельман (*«Истерия»*) — профессор нейропсихиатрии в Институте психиатрии лондонского Кингс-колледжа при больнице Св. Фомы. Занимается различными расстройствами памяти. Руководит клиникой нейропсихиатрии и расстройств памяти.

Доктор Энн Лоу (*«Стигматизация и дискриминация людей с психическими заболеваниями»*) — лингвист, руководитель научных исследований отдела здравоохранения и исследования народонаселения в Институте психиатрии лондонского Кингс-колледжа.

Доктор Дональд Лайонс (*«Законы о психическом здоровье»*) — директор шотландской комиссии по психическому благополучию. Психиатр, специализируется на пожилом возрасте, ранее работал в Глазго и округе Трент. Живет в Глазго.

Доктор Гевин Маккей (*«Истерия»*) — врач-психиатр в больнице Гая, интересуется нейропсихиатрией. Живет в Лондоне.

Доктор Брайан Мэриен (*«Сознание и тело»*) — доктор медицины, психолог в области здоровья, занимается когнитивно-поведенческой психотерапией. Основной клинический интерес — медицина сознания и тела, поскольку научные открытия о мозге улучшают понимание того, как сознание влияет на физическое и психологическое здоровье и на благополучие людей.

Доктор Лоуренс Мартин (*«Самоубийство и самоповреждение»*) — младший врач, специализирующийся в области психиатрии. Живет и работает в Бристоле, учился в Бристольском университете.

Доктор Джиллиан Меци (*«Бытовое насилие»*) — судебный психиатр, публикует работы на тему психических и психологических влияний физического и сексуального насилия. Сотрудничает с Министерством здравоохранения и Королевским колледжем психиатров в

сфере политики по отношению к жертвам домашнего и сексуального насилия, а с недавних пор занимается программой Министерства здравоохранения и NIMHE по предотвращению насилия и жестокости. Живет в Лондоне.

Доктор Эмануэль Моран (*«Азарт патологический»*) — психиатр, имеет множество публикаций, впервые описал состояние патологического пристрастия к азартным играм. Это описание было принято Всемирной организацией здравоохранения. Является консультантом Королевского колледжа психиатров в области патологического пристрастия к азартным играм.

Профессор Пол Маллен [*«Преследование (сталкинг)»*] — профессор судебной психиатрии в университете Монаш, клинический директор Службы судебной психиатрии в Виктории, Австралия. Интересуется связями между психическими расстройствами и правонарушениями, долговременными последствиями пережитого в детстве насилия и такими поведенческими проблемами, как преследование, угрозы и хронические жалобы.

Профессор Дэвид Натт (*«Психотерапевтические и медикаментозные методы лечения»*) — профессор психофармакологии в Бристольском университете, почетный консультант *Avon* и *Wiltshire Partnership Trust*. Руководит клиникой, занимающейся тревожными состояниями, депрессией и расстройствами сна, проводит многочисленные исследования в области этих расстройств.

Профессор Грег О'Брайен (*«Аутизм и синдром Аспергера»*) — помощник начальника медицинской службы,

профессор психиатрии развития в университете Нортумберленда, помощник начальника медицинской службы и консультант-психиатр Нотумберлендского национального треста *Tyne & Wear*. Помощник декана Королевского колледжа психиатров, президент общества Пенроуза. Опубликовал более восьмидесяти статей, книг и глав по различным темам, связанным с психическим здоровьем людей со слабоумием.

Профессор Эбхардт О'Каллаган (*«Шизофрения»*) — психиатр, работает в Дублине; профессор психических исследований в Университетском колледже Дублина. Сотрудничает с коллегами в Британии, Дании и Швеции в области этиологии, течения и результатов психических заболеваний, особенно шизофрении.

Профессор Феми Ойбод (*«Упражнения и психическое здоровье»*) — психиатр и поэт. Глава отделения психиатрии в Бирмингеме. Принимал участие в *Oxford Company to 20th Century Poetry* и в фестивалях Хэй-он-Уай и Челтнем. Живет в Бирмингеме.

Доктор Эндрю Паркер (*«Сексуальные расстройства»*) — психиатр в больнице Модсли. Специализируется на тяжелых психических расстройствах взрослых и злоупотреблении различными веществами. Интересуется философией сознания и природой религиозных убеждений. Живет в Лондоне.

Доктор Колин Мюррей Паркс [*«Утраты (скорбь)»*] — писатель и психиатр, благодаря своим исследованиям и преподавательской деятельности усовершенствовал добровольные службы, помогающие пережить скорбь и потери. Пожизненный президент Организации Круза,

работающей с проблемой тяжелых утрат, и редактор международного журнала *Bereavement Care*.

Доктор Шейн Квинн (*«Боль хроническая и физические заболевания»*) — лондонский психиатр. Специализируется на психических расстройствах пожилых людей и взаимодействии физических и психологических заболеваний. Предпочитает широкий, целостный подход, сочетая традиционное психологическое лечение с техниками правильного питания, упражнениями и релаксацией.

Доктор Хаген Рэмпс (*«Альтернативная медицина»*) — психиатр в области взрослой психиатрии, интересующийся альтернативной и нетрадиционной медициной и психическим здоровьем. Глава рабочей группы Королевского колледжа психиатров и Фонда Принца за целостное здоровье. Не так давно стал главой управляющей группы, в чью задачу входит создание национальных руководств по использованию альтернативной и нетрадиционной медицины в сфере психического здоровья.

Доктор Брюс Ритсон (*«Алкогольная зависимость»*) — психиатр-консультант, председатель Шотландской межуниверситетской группы по проблемам алкоголизма. Бывший руководитель факультета зависимостей Королевского колледжа психиатров, почетный член Эдинбургского университета. Автор книг и статей о лечении и предотвращении проблем, связанных с алкоголизмом.

Профессор Ульрике Шмидт (*«Пищевого поведения расстройства»*) — психиатр-консультант в Южном Лондоне и Национальном фонде Модсли, глава отдела нарушений пищевого поведения в Институте психиатрии.

Председатель группы по исследованию нарушений пищевого поведения при Королевском колледже психиатров, помощник редактора *European Eating Disorders Review*.

Доктор Майк Шутер (*«Воспитания проблемы»*) во всех смыслах является частью психиатрических служб. Он работает консультантом по вопросам детей и семьи, является бывшим президентом Королевского колледжа психиатров и сам периодически переживает рецидивы депрессивного расстройства.

Доктор Хелен Стартап (*«Пищевого поведения расстройства»*) — клинический психолог, обучалась в Институте психиатрии, ныне работает в отделении нарушений пищевого поведения больницы Модсли и в Королевской больнице Бетлем. До этого работала в отделении когнитивно-поведенческой терапии больницы Модсли. Доктор философии с 2001 года, исследовала познавательные механизмы патологического беспокойства.

Доктор Ричард Стерн (*«Фобии»*) — бывший член медицинской исследовательской команды в Институте психиатрии, которая занималась терапевтическими исследованиями фобий и навязчивых неврозов; психиатр-консультант в больницах Сент-Джордж и Спрингфилд в Лондоне. Сейчас занимается частной практикой в больнице Св. Антония в Суррее.

Профессор Памела Тейлор (*«Психические заболевания, оценка степени риска»*) — профессор судебной психиатрии в университете Кардиффа, советник министра медицины в законодательном органе Уэльса. Участвовала в издании книги о лечении расстройств личности и вме-

сте с Джоном Ганном готовит второе издание их учебника по судебной психиатрии.

Профессор Грэхем Торникрофт (*«Стигматизация и дискриминация людей с психическими заболеваниями»*) — психиатр-консультант, директор отдела исследований и развития в Южном Лондоне и Национальном фонде Модсли, профессор общественной психиатрии, глава службы охраны здоровья и отдела по исследованию популяции в Институте психиатрии лондонского Кингс-колледжа.

Питер Тиани (*«Уход за больными»*) — квалифицированный социальный работник, имеет степень магистра со специализацией в области благотворительного сектора. С мая 1994 по октябрь 2006 года работал в Королевском фонде опекунов. Сейчас независимый консультант в области здоровья и социальной поддержки и вместе с бывшим президентом Королевского колледжа психиатров доктором Майклом Шутером является сопредседателем кампании «Партнеры в уходе».

Профессор Питер Тайрер (*«Расстройства личности»*; *«Стресс»*) — редактор *British Journal of Psychiatry*, профессор общественной психиатрии в Империал-колледже. Много лет его интересует взаимодействие личности и стресса, с тех самых пор, как он, будучи студентом-медиком, служил садовником у Спайка Миллигана.

Доктор Дэвид Вил (*«Искаженный образ тела»*) — психиатр-консультант в области когнитивно-поведенческой терапии в Южном Лондоне и Национальном фонде Модсли, а также в Монастырской больнице Северного Лондона. Почетный старший преподаватель в Институ-

те психиатрии лондонского Кингс-колледжа, ныне является президентом Британской ассоциации поведенческой и когнитивной психотерапии. Участвовал в разработке руководства NICE по рекомендованному лечению навязчивых расстройств и дисморфофобии.

Доктор Джеймс Уорнер («*Альцгеймера болезнь и другие виды деменции*») — консультант в области психиатрии пожилых людей в лондонской больнице Св. Карла. Соавтор популярной книги для тех, кто ухаживает за больными: *Деменция на кончиках пальцев* (переведена на семь языков) — и автор главы о деменции в книге *Клиническое свидетельство*.

Доктор Урсула Вернеке («*Альтернативная медицина*») — консультант и психиатр в области брачных отношений. Активно практикует альтернативую медицину и акупунктуру, имеет множество публикаций на эту тему, а также на тему психофармакологии и общественного здоровья. Ее работы получили широкое международное признание.

Профессор Питер Уайт («*Синдром хронической усталости*») — профессор психологической медицины в больницах Бартс и Лондон, в Медицинской школе королевы Мэри, а также в отделении медицины и стоматологии Лондонского университета. Специализируется на лечении и исследовании синдрома хронической усталости.

Доктор Крис Уильямс («*Психотерапевтические и медикаментозные методы лечения*») — старший преподаватель в университете Глазго. Его главный клинический и исследовательский интерес связан с более широкой до-

ступностью когнитивно-поведенческой терапии (КПТ). Был ведущим разработчиком популярного курса по жизненным навыкам, опубликовал несколько книжных и компьютерных учебных курсов самопомощи по лечению тревожных состояний, депрессии и булимии; хорошо известен как преподаватель КПТ.

Доктор Тони Зигмонд (*«Законы о психическом здоровье»*) — психиатр, практикующий и живущий в Лиддсе. Ведущий специалист и преподаватель Королевского колледжа психиатров по законодательству в области психиатрии.

Указатель

А

агорафобия 12, 324, 325, 331, 334, 337—342, 345
азарт патологический 374, 618
акампросат 98, 395, 529
акупунктура 25, 97, 123, 280, 331, 396, 401, 404
алкогольная зависимость 12, 74, 93, 98, 100, 148, 178, 214, 240, 386, 390—393, 396, 398, 556, 612
аллегрон (нортриптилин) 520
альтернативная медицина 43, 57, 76, 97, 165, 177, 229, 279, 331, 396, 399, 401, 421
Альцгеймера болезнь 27, 29, 31, 33, 36, 573
амитриптилин (триптизол) 520
амнезия, истерическая 125
амфетамины 95, 218, 466, 469, 474, 475
анафранил (клопипрамин) 520
антабус (дисульфирам) 98, 395
антидоты 528
антигистамины 521
антидепрессанты 26, 38, 56, 61, 72
антипсихотические препараты 57, 82, 83, 136, 177, 219, 248
апноэ 290
арипипразол 524, 525
арисепт (донепезил реминил) 38
ароматерапия 177, 279, 288, 406
Аспергера синдром 41, 43—47, 49
аутизм 41—51

Б

барбитураты 521
бензодиазепины 99, 247, 330, 474, 521—523, 527
беременность
— депрессия во время 164
— и алкоголь 393
— и антидепрессанты 404, 519
— и зверобой 400
— и фолиевая кислота 404
— послеродовая депрессия 157, 159, 160, 161, 163, 164, 166, 302, 448
— синдром Кувade 133
бессонница 37, 228, 258, 284—286, 290, 292, 390, 403, 521, 528, 539, 567, 570, 613
бета-блокаторы 266, 286, 330, 343, 522
биполярное расстройство 52—55, 58, 60, 61, 64, 74, 77, 86, 128, 163, 248, 365, 455, 525—527, 610, 614
болезнь с тельцами Леви 31, 36
боль 37, 38, 73, 111, 119, 126, 134, 154, 175, 216, 239, 270, 294, 293 ,304, 305, 322, 324, 409, 410, 413, 417, 426, 483, 532, 534, 557, 560, 562, 570
бред 87, 126—131, 135, 182, 186, 200, 217, 219, 276, 338, 349, 350, 523
булимия 142—144, 147—150, 153, 155, 624
бупренорфин 98, 475, 528
бупроприон 98, 529
буспирон 331, 521
бытовое насилие 424, 428—436

В

валиум (диазепам) 330, 343, 513
вальпроат натрия 53, 56—58, 526, 527
венлафаксин (эффексор) 259, 520
верденафил 268
виагра (силденафил) 262, 268
воспаление миндалин 531; 535
вуайеризм 269

Г

GABA 513, 521, 527
галантамин 38
галлюцинации 32, 37, 87, 126, 127
галлюциногенные грибы 468
галоперидол 513, 523
гидергин 403
гендерной идентичности расстройство 62—70
Гентингтона болезнь 31
героин 25, 93, 98, 467, 471
гингко 403
гипнотерапия 97, 123
гиппокамп 22, 484
гистамин
«голоса в голове» 90, 350
гомеопатия 177, 401, 405, 406
гомосексуальность 87, 569
групповая психотерапия 507

Д

деменция (*см. также* болезнь Альцгеймера)
— деменция с тельцами Леви 31
деперсонализация 118, 340
депрессия 71, 73, 74, 77—79, 162, 218, 255, 340, 416—418
дереализация 118, 340
дерматозный бред 131, 338
десенсибилизация с помощью движений глаз 176, 334, 507, 614
диазепам (валиум) 57, 93, 99, 247, 287, 330, 343, 513
диалектико-поведенческая терапия 248, 506
дискинезия 404, 514, 524
дискриминация 543, 547, 550, 552, 553
дисульфирам (антабус) 98, 395
доксепин (синекван) 520
донепезил реминил (арицепт) 29, 38
дофамин 25, 295, 513, 523, 525, 529
досулепин (протиаден) 520
дулоксетин (цимбалта) 259, 520
духовное состояние 453, 456

З

зависимость 12, 2, 92, 93, 95, 98, 100, 101, 214, 287, 330, 343, 370, 377, 379, 386, 390—396, 398, 403, 455, 471—473, 512, 521, 528, 556, 570, 591, 608
залеплон 287, 527
запор 35, 77, 147, 517, 535
зверобой 57, 76, 77, 399, 400, 403
зимняя депрессия, *см.* сезонное аффективное расстройство 253, 255, 256
зипразидон 525
зиспин (миртазапин) 520
золпидем 287, 527
зопиклон 287, 330, 527, 528

И

имипрамин (тофранил) 336, 520
импотенция 119, 218, 219, 264, 291
ингибитор моноаминоксидазы 343, 520
ингибиторы обратного захвата серотонина
ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина 49, 77, 104, 110, 111, 153, 228, 259, 343, 420, 514, 520
ингибиторы холинестразы 38
искаженный образ тела 103, 105, 155
истерия 46, 114—118, 120—122, 124, 614
йога 279, 280, 453, 555

К

кава 403
карбамазепин 56, 58, 526
кветиапин 523—525
клозапин 248, 352, 514, 523—525
кломипрамин (анафранил) 110, 520
клоназепам 289
когнитивно-аналитическая терапия 329, 505
когнитивно-поведенческая терапия 57, 76, 99, 104, 109, 122, 149, 150, 175, 189, 201, 219, 259, 278, 287, 306, 308, 309, 312,

328, 343, 344, 383, 395, 421, 486, 497, 505, 538, 603, 617, 621—623
кокаин 25, 93395, 99, 136, 218, 468, 472
конверсивное расстройство 614
кортизол 295, 314
кофеин 286, 288, 327, 542
Крейтцфельдта — Якоба болезнь 31
курение 94, 251, 479

Л

лаванда 403
ламотригин 56, 526
лейкемия 410, 412
лимбическая система (мозга) 18, 21, 22, 24, 25
литий 56—58, 248, 525, 527
лоразепам 57, 99, 330
лофепрамин (гаманил) 520
люстрал (сертралин) 520

М

мазохизм 270
маниакальная депрессия, *см.* биполярное расстройство 53, 55, 74, 362, 525
манерикс (моклобемид) 520
марихуана 59, 88, 93, 360, 468, 473, 475, 513
массаж 97, 177, 331, 401, 401, 406
метадон 98, 100, 475, 528
межличностная терапия 57, 76, 152, 154, 506
миалгический энцефаломиелит, *см.* синдром хронической усталости 533
миртазапин (зиспин) 516, 520
множественные личности 49
модафинил 290
мозг 14—16, 18—26, 36, 39, 42, 43, 77, 87, 108, 118—121, 127, 135, 146, 176, 188, 218, 229, 239, 294—296, 298, 304—306, 308—310, 390, 397, 403, 412, 414, 484, 485, 507, 514, 521, 523, 527, 539, 557
моклобемид (манерикс) 520
молекулы эмоций 296, 304

молипаксин (тразодон) 520
моноаминоксидаза (фенелцин) 343

Н

невроз навязчивых состояний 223, 224
налоксон 247
налтрексон 98, 395, 528, 529
нардил (фенелзин) 520
наркомания 219, 247, 377, 431, 442, 465, 471, 474—476, 591
нейротрансмиттеры 19, 24, 25, 239, 295, 296, 513, 514, 516, 521, 523, 527, 529
нервная анорексия 106, 142, 144, 500, 510
нитразепам 287, 527
норадреналин 77, 314, 516
нортриптилин (аллегрон) 520

О

одержимость 128, 135, 136, 463
оланзапин523, 525
оргазм, расстройства 263, 264
Отелло синдром 129, 137

П

паническая атака 322, 324, 332, 336, 343, 498, 570
парафилии 269, 271
парацетамол 247, 493
Паркинсона болезнь 25, 31, 35, 218, 289, 291
парнат (транилципромин) 520
пароксетин (сероксат) 519, 520
педофилия 270
перфекционизм 148, 231
пищевого поведения расстройства 139, 142, 143, 149—151, 153—156, 447, 613, 620
пластическая хирургия 104, 107
плацебо 299, 300
плач 426, 441, 482, 483, 566
послеродовая депрессия 157, 160, 164—166

посттравматическое стрессовое расстройство 22, 118, 121, 169—171, 306, 325, 431, 507, 564
прегабалин 331
прозак (флуоксетин) 520
пропранолол 330, 343
протиаден (досулепин) 520
противосудорожные лекарства 420, 526, 527
психоанализ 329, 503, 504

Р

разговорная терапия 56, 76, 78, 95, 99, 101, 110, 122, 137, 149, 153, 166, 175, 219, 228, 248, 259, 278, 287, 328, 344, 368, 420, 500, 502
расстройство личности 204—206, 209, 211
ребоксетин (эдронакс) 520
ревность патологическая 129, 214
рейки 401
релаксация 97, 280, 620
реминил (галантамин) 38
рефлексология 401
ривастигмин (экселон) 38
рисперидон 523, 525
рыбий жир 57, 331

С

садизм /садомазохизм 270
самоубийство /суицид 54, 75, 79, 81, 162, 184, 232, 235—245, 250, 517
сезонное аффективное расстройство 252, 254, 255, 259, 613
сексуальные расстройства 261
селен 404
семейная терапия 152, 452, 475, 510, 603
сероксат (пароксетин) 520
серотонин 25, 49, 77, 105, 110, 111, 153, 228, 239, 256, 259, 295, 343, 420, 513
сертиндол 525
сертралин (люстрал) 259, 520

силденафил (виагра) 262, 268
синдром частичной андрогенной нечувствительности 64, 66, 67
синдром беспокойных ног 284, 289, 290
синдром Ганзера 132
синдром Дауна 279
синдром де Клерамбо 126, 128
синдром Капгра 126, 127, 137
синдром Котара 131, 137
синдрома Куваде 133
синдром Мартина — Белла 47, 279
синдром Мюнхаузена 126, 134
синдром раздраженного кишечника 294, 306, 535
синдром Туретта 135, 137
синдром хронической усталости 306, 531, 533, 623
синдром Экбома 131
синекван (доксепин) 520
скорбь 305, 456, 458, 479, 561, 566, 569, 571
слабоумие 47, 273, 275—277, 279
снотворное 57, 177, 286, 330, 402, 527
соматизация 119, 122, 534
социофобия 106, 325, 330, 337
СПИД 239, 402
сталкинг (преследование) 180, 182, 183, 191
стероиды 155, 286, 414, 484
стигматизация и дискриминация 138, 543, 545, 546, 552
страх 22, 24, 138, 150, 163, 172, 183, 187, 189, 224, 226, 228, 293, 297, 323, 326, 329, 333, 337, 344, 351
страховка 543—545, 547
стресс 56, 94, 110, 128, 182, 2767, 296, 300, 301, 304, 309, 311, 315, 316—320
сульпирид 525
супружеская терапия 57, 268, 509

Т

тадалафил 268
тайцзи 460
таламус 23
темазепам 93, 99, 287, 330, 527

тофранил (имипрамин) 520
тразодон (молипаксин) 520
транилципромин (парнат) 520
транквилизаторы 35, 37, 57, 317
трансвеститы 65, 69
транссексуалы 65, 68, 69, 270
тревожное расстройство 77, 121, 274, 286, 322—326, 413
триптизол (амитриптилин) 520
трициклические антидепрессанты 77, 123, 343, 516, 517
тяга 94—96, 98, 101, 375

У

упражнения, влияние на психическое здоровье 555

Ф

фенелзин (нардил) 343, 520
фетишизм 269, 270
фибромиалгия 307, 405, 535
флумазенил 247
флуоксетин (прозак) 110, 253, 259, 343, 518, 520
флупентиксол 525
флуфеназин 523
фобии 324, 334, 337, 339
фолиевая кислота 331, 404
Фрейд, Зигмунд 503

Х

хлорпромазин 513, 523, 525
холестерин 39, 317, 359
холинэстэраза 38

Ц

циалис (тадалафил) 268
циталопрам (ципрамил) 253, 259, 520
цитокины 295, 296

Ш

шизофрения 61, 87, 130, 136, 195, 218,

248, 346, 348, 349, 351—355, 365, 513

Э

эксгибиционизм 269
эндорфины 25, 557
энцефалопатия Вернике 390
эпилепсия 42, 49, 118, 239, 276, 524
эректильная дисфункция 261, 264
эротомания 128
эсзопиклон 528
эффект отрицательной новизны 379, 380

Содержание

Благодарности 7

Первая часть. Расстройства сознания 9
Предисловие 11
Введение: строение и работа мозга 18
Альцгеймера болезнь и другие виды деменции 27
Аутизм и синдром Аспергера 41
Биполярное расстройство 52
Гендерная дисфория 62
Депрессия 71
Диагностика: что у меня, доктор? 82
Зависимость 92
Искаженный образ тела 103
Истерия 114
Клинические состояния 126
Пищевого поведения расстройства 139
Послеродовая депрессия 157
Посттравматическое стрессовое расстройство 169
Преследование (сталкинг) 180
Психические заболевания, оценка степени риска 193
Расстройства личности 203

Ревность патологическая 214
Невроз навязчивых состояний 223
Самоубийство и самоповреждение 232
Сезонное аффективное расстройство 252
Сексуальные расстройства 261
Слабоумие и психическое здоровье 273
Сна нарушения 283
Сознание и тело 294
Стресс 311
Тревожное расстройство и паническая атака . . 322
Фобии 333
Шизофрения 346

Вторая часть. Управление сознанием 357
Предисловие 359
Адаптация к жизни при психических заболеваниях 362
Азарт патологический 374
Алкогольная зависимость 386
Альтернативная медицина 399
Боль хроническая и физические заболевания . . . 410
Бытовое насилие 424
Воспитания проблемы 437
Духовное состояние 453
Наркомания 465
Профилактика психических заболеваний 478
Психотерапевтические и медикаментозные методы лечения 486
Синдром хронической усталости 531
Стигматизация и дискриминация людей с психическими заболеваниями 543

Упражнения и психическое здоровье 555
Утраты (скорбь) 560
Уход за больными 573

Приложения 583
Приложение 1. Законы о психическом здоровье 585
Приложение 2. Психиатрические службы 596
Редакторы и авторы 607
Указатель 625

Практическое издание
Новый образ жизни

Pro мозг

Консультант **Персоуд** Радж

Генеральный директор издательства *С. М. Макаренков*

Контрольный редактор *Л. А. Мухина*
Фотография на обложке: *AgeFotostock / RussianLook*
Художественное оформление: *Е. А. Калугина*
Компьютерная верстка: *А. В. Дятлов*
Корректор *Т. Е. Антонова*
Изготовление макета: *ООО «Прогресс РК»*

Подписано в печать 23.07.2010 г.
Формат 60×90/16. Гарнитура «OriginalGaramond BT».
Печ. л. 40,0. Тираж 5000 экз.
Заказ № 6777

Адрес электронной почты: info@ripol.ru
Сайт в Интернете: www.ripol.ru

ООО Группа Компаний «РИПОЛ классик»
109147, г. Москва, ул. Большая Андроньевская, д. 23

Отпечатано с готовых файлов заказчика
в ОАО «ИПК «Ульяновский Дом печати»
432980, г. Ульяновск, ул. Гончарова, 14

Издательство «РИПОЛ КЛАССИК»
и журнал PSYCHOLOGIES

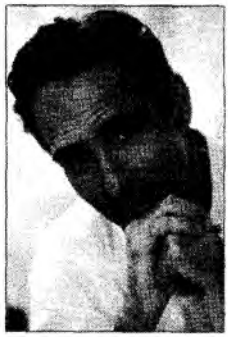
представляют



В КАЖДОМ ЧЕЛОВЕКЕ ЖИВУТ РАКОВЫЕ КЛЕТКИ, НО НЕ КАЖДЫЙ ЧЕЛОВЕК БОЛЕЕТ РАКОМ

Автор книги **Давид Серван-Шрейбер**, профессор клинической психиатрии, основатель и руководитель Медицинского центра (Center For Complementary Medicine) при Питтсбургском университете (США), которому в 30 лет поставили диагноз «рак», долгие годы успешно сражается с болезнью.

Он просто и доступно рассказывает читателю о природных механизмах защиты от рака – начиная с правильного питания и заканчивая правильным отношением к ситуации.



Постоянный автор журнала «Psychologies»

Книгу можно заказать по адресу:
109147, Москва, ул. Большая Андроньевская, д. 23,
Группа Компаний «РИПОЛ классик» или на сайте **www.ripol.ru**

Издательство **«РИПОЛ классик»** начало выпускать интереснейшую серию **Занимательная информация**







ВЫ ДАВНО ХОТЕЛИ УЗНАТЬ ОБ ЭТОМ, НО НЕ ЗНАЛИ, У КОГО СПРОСИТЬ

Автор этих книг – доктор Стивен Джуан – ученый, преподаватель, журналист и антрополог. Он знает всё об особенностях и странностях нашего тела: от макушки до пяток. А также о том, что находится между пятками и макушкой.

НЕВОЗМОЖНО ОТОРВАТЬСЯ!

Читая книги из этой серии, вы узнаете:

- Зачем аргентинские мужчины едят кошек?
- Действительно ли люди умирают от смеха?
- Из чего первоначально делали презервативы?
- Как почувствовать себя счастливым?
- И многое, многое, многое другое!

Вы будете рассказывать эти истории своим друзьям, *родственникам и любимым!*

Книгу можно заказать по адресу: 109147, Москва, ул. Большая Андроньевская, д. 23, Группа Компаний «РИПОЛ классик» или на сайте **www.ripol.ru.**

PRO МОЗГ

НОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

Жизнь современного человека, полная непредсказуемости, сложностей и проблем, требует от нас постоянного напряжения. Зачастую наш мозг не выдерживает таких сверхнагрузок. И тогда в его работе происходят сбои. Как следствие - рост числа людей, страдающих психическими расстройствами.

Книга ставит своей главной задачей информировать и поддержать любого, кто сталкивался в своей жизни с психическим расстройством и твердо намерен заняться профилактикой подобных заболеваний и улучшением своего эмоционального состояния. Этот справочник особо незаменим при борьбе со стрессом, депрессией, алкогольной и наркотической зависимостью, сексуальными отклонениями, хронической усталостью.

В дополнение к информации, помогающей выявить симптомы заболевания, определиться со способом лечения и терапии, справочник рассказывает о стигмации, часто связанной с психическими проблемами, о разрушительных мифах и непонимании, препятствующем обращению больных за профессиональной помощью.

Учитывая уровень распространения психических проблем в современном мире, следует сказать, что **«PRO Мозг»** может оказаться наиболее ценным справочником вашей библиотеки.

ISBN 978-5-386-02542-7

9 785386 025427

РИПОЛ КЛАССИК