

Ю. А. АЛЕКСАНДРОВСКИЙ

# ПОЗНАЙ И ПРЕОДОЛЕЙ СЕБЯ



Ю. А. АЛЕКСАНДРОВСКИЙ

# ПОЗНАЙ И ПРЕОДОЛЕЙ СЕБЯ

(Наедине со всеми...)

Москва  
Профиздат • 1992

**ББК 88**  
**А46**

**Александровский Ю. А.**

**А 46**      **Познай и преодолей себя: (Наедине со всеми...).** — М.: Профиздат, 1992. — 224 с.

Хотите быть жизнерадостным и веселым, преодолеть комплексы собственной неполноценности? Предлагаемая книга известного врача-психиатра поможет вам лучше узнать самого себя и научит преодолевать плохое настроение, раздражительность, мнительность, без чего трудно построить и отношения с коллегами по работе, и отношения в семье.

Для массового читателя.

**А**      **0303040000—030**  
         **081(02)—92**      **КБ—12—58—92**

**ББК 88**

**ISBN 5—255—00577—0**

© Александровский Ю. А. 1992  
© Оформление · ИПО Профиздат 1992

Каждый человек неотделим от других людей. Помните слова известного американского мыслителя Д. Дона, ставшие популярными в наше время после того, как Э. Хемингуэй взял их в качестве эпиграфа к роману «По ком звонит колокол»: «...смерть каждого Человека умаляет и меня, ибо я един со всем Человечеством, а потому не спрашивай никогда, по ком звонит Колокол: он звонит по Тебе». Смерть всегда убавляет Человечество. Мы этого не замечаем — нас, наверное, слишком много. Рождение нового человека всегда праздник для Человечества, но оно тоже не замечает этого: такие праздники — обыденность жизни. Но это с точки зрения Человечества. А с позиции мамы, папы, дедушки, бабушки каждый ребенок — продолжение рода и своего, и всего Человечества. Если смерть ставит точку на жизненном пути, то рождение открывает его.

Каждый человек проносится по земле со скоростью 70—80 лет за жизнь. Кто больше. Кто меньше. При этом каждый жизненную дорогу проезжает разную. Бывают аварии, катастрофы. Тогда количество лет трагически уменьшается. Вначале жизнь идет по нарастающей линии, затем — по увядающей. При этом люди проходят по жизни разный путь. Кто-то мчится как бы в свободном полете, подгоняемый ветром событий. Кто-то пытается идти навстречу ветру и порой раскрепощенной мыслью открывает и для себя, и для окружающих еще неизвестную истину. Кто-то чуть-чуть заглатывает жизненный воздух. Кто-то, наоборот, до конца дней полной

грудью вдыхает жизненные события. Кто-то лишь наблюдатель и созерцатель. Кто-то борец.

От большинства наших дел мало что остается Человечеству, но все же остается — дети после родителей, построенный дом, созданная машина, написанная книга... Все это обновленная стартовая площадка для последующего поколения. Однако есть созидатели мыслей, дел, поступков, за которыми, как светящийся след за пролетевшей кометой, несется благодарная память многих потомков.

На жизненном пути любой новорожденный формируется как человек под влиянием других людей, жизненного опыта всего Человечества. Конечно, у каждого из нас есть определенная генетическая база развития, доставшаяся от родителей и прародителей. Но это только задатки. Они развиваются в результате того, что в последнее время получило образное название «социальная генетика». Естественный отбор у человека в значительной мере переместился из сферы биологической в социально-психологическую. Биологические возможности и социальная среда в неразрывном единстве определяют человека как человека — с особенностями его характера, личностными установками, действиями. Они каждый день понемногу, но на протяжении жизни постоянно формируют психическую жизнь каждого. Она всегда индивидуальна и никогда не шаблонна. Человек — самостоятельно действующая частица всего Человечества. Оставаясь наедине с собой, он все-таки всегда с окружающими, близкими и далекими, — в переживаниях, мысленных планах действий и поступках. Как строить отношения с окружающими? Можно ли прогнозировать поступки — свои и чужие? Что надо делать, чтобы не теряться в сложных ситуациях? Ответы на эти вопросы для каждого индивидуальны, они зависят от опыта, уровня знаний, особенностей обстановки. И все же находить их помогает ориентировка в механизмах психической деятельности. Особенно в

тех случаях, когда возникают проблемы с психическим здоровьем. К сожалению, в той или иной мере эпизодически или достаточно постоянно они затрагивают примерно пятую часть населения развитых стран.

Психические расстройства нарушают различные стороны деятельности. Особенностью многих из них является то, что человек не осознает и критически не оценивает то, что с ним происходит в результате заболевания. Его поступки вследствие этого нередко дезорганизуют жизнь окружающих, оказываются опасными как для самого больного, так и для окружающих. Всем хорошо известные определения — раздражительный, взрывчатый, нетерпеливый, замкнутый, эмоционально холодный и так далее — это в ряде случаев просто выражение особенностей характера человека, отдельные черты которого заостряются под влиянием каких-либо внешних условий. В других случаях неожиданное появление несвойственных ранее качеств характера может служить тревожным сигналом. Такие нарушения, как безотчетное возбуждение, депрессия, галлюцинации, бред, слабоумие, говорят сами за себя.

Каков бы ни был «диапазон» психических нарушений, начиная от повышенной раздражительности и кончая возбуждением, галлюцинаторными и бредовыми расстройствами, люди, окружающие больного, вынуждены с ним общаться. Понимая или не до конца осознавая причины изменения поведения человека, «подстраиваясь» к нему или, наоборот, протестуя, родные, близкие, знакомые, а иногда и незнакомые испытывают потребность в совете специалиста. Где и как искать грань между нормой и болезнью у себя и окружающих? Как надо вести с психически неуравновешенным? Какие меры следует принимать для скорейшего выздоровления больного? При учете того, что психическим расстройствам подвержены сотни тысяч людей во всем мире, становится ясно, что эти проблемы для очень многих представляют непосредственный инте-

рес. Вероятно, это и является одной из причин, привлекающих читателей к научно-популярным изданиям, посвященным психиатрии.

В последнее время в нашей стране много пишется о недостатках в психиатрии, об использовании ее в недалеком прошлом в неблагоприятных целях — изолирования в «сумасшедших домах» людей, неугодных для некоторых руководителей. Психиатрия, так же как и любая область медицины, науки, производства, неотделима от законов общественной системы, в которой она существует. Врачи-психиатры, воспитанные этой системой, подчиняются принятым в ней правилам. Поэтому конечно же в нашем тоталитарном на протяжении десятилетий обществе можно найти случаи злоупотребления психиатрией — и в политических, и в различных корыстных целях. В отрыве от законов времени судить кого-либо сложно и не всегда праведно. И все же, говоря о недостатках психиатрии и признавая отдельные случаи ее незаконного вмешательства в жизнь «неугодных» людей, нельзя забывать о высокой, гуманной, защитительной и целительной роли психиатрии в целом и отдельных врачей-психиатров в частности в борьбе с болезненным безумием.

Размышляя об этом и думая о том, что накопленные современной психиатрией и медицинской психологией знания могут быть полезными для любого человека, стремящегося познать и самоусовершенствовать себя, я рискнул откликнуться на просьбу издательства и предложить вниманию читателей научно-популярную книгу. Дело в том, что более 25 лет назад мною была написана книга «Человек побеждает безумие», а 9 лет спустя — «Глазами психиатра», вышедшая несколькими изданиями у нас в стране и за рубежом. Я пытался пригласить читателя посмотреть на себя и окружающих с точки зрения достижений современной науки о психической деятельности человека. Результатом издания этих книг было огромное число писем и обращений ко мне многих людей с кон-

кретными просьбами и вопросами. Невозможность ответить на все обращения и оказать помощь нуждающимся, а также множественные отвлечения от врачебной и научной работы явились той оборотной стороной авторской популярности, которая достаточно тяжелым бременем вошла в мою жизнь. Честно говоря, это и послужило основанием для отказа от новых научно-популярных публикаций.

И вот я изменяю своим правилам. Причины? По крайней мере три основные. Во-первых, бескультурье, непонимание одного человека другим, отсутствие элементарных знаний о поведении и психической деятельности — все это буквально каждодневно убеждает в необходимости научно-популярных изданий о психологии и психиатрии, которых практически нет. Во-вторых, заполонившая журнальные и газетные полосы и телевизионные экраны антинаучная реклама различных целителей, экстрасенсов, предсказателей судьбы. Основываясь на жажде многих людей «чуда» и пользуясь хорошо отработанной психотерапевтической техникой, многие современные телевизионные целители уходят от естественно-научного объяснения своих «феноменов». Между тем знание основ нервно-психической деятельности лишает многие «чудеса» своей неестественной и на первый взгляд необъяснимой силы. Однако знание основ пока находится лишь в толстых обложках современных научных изданий. И, наконец, третья причина, позвавшая обратиться к написанию этой книги. Опыт врачебной работы, стремление более широко взглянуть на свою специальность, накопленные в последние годы новые знания — все это давало основание несколько переосмыслить ряд положений ранее опубликованных книг. Некоторые главы из книг «Человек побеждает безумие» и «Глазами психиатра» с необходимыми дополнениями вошли и в настоящее издание.



---

## ВНИМАТЕЛЬНО ПОСМОТРИТЕ ВОКРУГ...

---

В самом деле, посмотрите внимательно вокруг! На самого себя, на родных и близких вам людей, на случайного попутчика в автобусе или трамвае. Причем смотрите не обычным, скользящим и торопливым, взглядом, а внимательно и заинтересованно. Вспомните, что именно Человек, составляющий всего какие-то 70—80 или пусть даже 100 с небольшим килограммов массы материи, — высшее достижение Природы, ее хозяин и преобразователь. И вместе с тем он дитя Природы и всего социального развития Человечества. К сожалению, и для обобщенных рассуждений, и для будничного внимания к окружающим в обыденной жизни не всегда хватает времени. И все же хотя бы иногда не пожалейте его. Представьте, что в человеке главное, что определяет его душевное «нутро» и поступки, постарайтесь «додумать», каким он был еще недавно и каким будет завтра. Задумайтесь над тем, что в каждом из ваших знакомых останется, если отбросить суетливость, а порой и видимость дела, которым он занимается на первый взгляд с непосильной нагрузкой. Свободный ли он человек, если исходить из того, что высшая свобода — свобода совести. Говорит ли он, как думает, или научился скрывать свои мысли и не быть искренним? Есть ли в человеке Мастер или хотя бы подмастерье, приносит ли он своим трудом, своим душевным теплом пользу окружающим? С этих позиций вы всякий раз будете строже, серьезнее да и справедливее относиться к людям и к себе. Вам будет понятнее и внешний облик человека, и логический ход его мыслей и поступков. При этом, наверное, вы на какое-то время станете чуть-чуть врачом-

психиатром или психологом. Сведения, изложенные на страницах этой книги, вероятно, помогут вам. Не забудьте только о доброжелательности вашего взгляда, его всесторонности и объективности. Глаза психиатра могут позволить увидеть дальше и понять больше. Только не торопитесь, глядите внимательно и пристально. Составьте представление о характере человека, его темпераменте, активности или, наоборот, об инертности, особенностях настроения, мышления, индивидуального стиля поведения. Их определяют не только контрастные краски, человеческой психике свойственны тонкие сочетания, переходы разных качеств, различная динамика особенностей характера. Благодаря этому не существует двух абсолютно одинаковых людей. Каждый — исключителен. Среднего человека нет, как нет и усредненной человеческой «массы». У каждого из нас свой ум, свои эмоции, установки, способы действия. С учетом этого вряд ли правы те, кто утверждает, что незаменимых людей нет. Другой человек будет делать что-то лучше, что-то хуже, но всегда иначе, исходя из собственного умения, возможностей, желаний. Именно поэтому утрата человека всегда невосполнима.

Рассуждая, обратите внимание на то, что каждый новый момент в жизни не повторяет предыдущий, психическое состояние человека не стандартно в течение десятилетий, года и даже дня. Меняются интересы, эмоциональный настрой, интенсивность и способы выражения «жизненной силы». Приобретая знания и опыт, индивидуальное сознание расширяется и углубляется. То, что еще недавно казалось бесспорным и незыблемым, зачастую критически переосмысливается. Становятся другими образы идеального в мировоззрении, вырабатываются и по-новому обосновываются жизненная тактика и стратегия, формируется иной взгляд как на общие, так и на конкретные жизненные вопросы. Это сказывается на жизненном пути человека. Ведь для того, чтобы пойти назад, надо остановиться. Но для того, чтобы попасть туда, от-

куда вышел, этого делать необязательно. Думая, что движешься вперед, можно по замкнутому кругу достаточно быстро возвращаться к исходной точке. При этом порой можно даже бежать наперегонки, получая на финише того или иного этапа призы. Вот только победы эти будут ложными, они уведут от конечной цели, а не приблизят к ней, — основной маршрут выбран неверно. Оценивая аналогичную ситуацию, в которую попали вы сами или ваши знакомые, обратите внимание на способы выхода из нее. Заехав в тупик, требуя продвижения в никуда, можно в неистовстве хлестать лошадей, но ведь можно, обуздав свои страсти, благоразумно повернуть и обратно. Надо думать, как поступать. Что называть героизмом, тупостью, отступничеством? Каков путь ваш, ваших знакомых? Задумайтесь над этим...

В мыслях внешне неизменного человека постоянно происходят катаклизмы душевной динамики, без которых жизнь невозможна. Так же как в микромире радиоактивный распад постоянно разрушает одну и создает другую атомную структуру, давая пространству огромную энергию, психическая жизнь, «препарируя» окружающее, с беспощадностью одно убивает, другое создает. При этом образующая для дел и поступков энергия может либо улетучиться, либо пойти на пользу или во вред окружающим. Аналогия эволюции психических процессов с внешне неподвижными физическими структурами условна. В отличие от них она не подчиняется определенным, математически рассчитанным законам, а значит, и не может быть точно предсказуемой. Человеческое тепло или холод не физические величины, и их измерение требует не термометра, а значительно более тонких душевно воспринимающих приборов.

Оценивая сказанное, обратите внимание на то, что почти у каждого можно выделить два различных, а может быть, и противоположных качества — деятельную активность и созерцательность. Как правило, с возрастом

первая идет на убыль, вторая начинает превалировать. Разумеется, есть и противоположные примеры, но они исключение из общей закономерности: жизнь уходит, за многие годы доводится сталкиваться и с поражениями, отнимающими силы. Что лучше — действовать или созерцать? Вопрос, очевидно, слишком риторичен. Бездейственность порой спокойнее и стабильнее, но ведь бунтарство ума и поступков преобразует жизнь, именно оно, а не уход от решений. Однако надо учитывать, что осознанное отрицание чего-то, порождающее бездействие, — это не нейтральность, это тоже действие, требующее зачастую и воли, и мужества. Категоричным советчиком быть трудно, но наиболее часто, наверное, лучше все-таки действовать. Наблюдать, анализировать и смело, если нужно, вмешиваться.

Принципиальное отличие людей от животных и состоит в том, что они предвидят события, не только подстраиваются к окружающему, но и перестраивают его в своих интересах. Так что основную человеческую сущность нельзя проявить в созерцательно-наблюдательной тишине, она — в активности, пусть не всегда строго планируемой и правильной, но всегда преобразующей, связанной с окружающим миром. В этом одна из высочайших мудростей жизни. Как она представлена у известных вам людей? Подумайте, оценивая их, и об этом.

Обращая внимание на названные и многие другие качества психической деятельности, всегда следует помнить, что человек не хорошо отлаженная и запрограммированная на стандартный режим машина. К нему неприменимы формальные, «застывшие» характеристики. И при необходимости найти «ключ» к каждому попытайтесь понять его конкретное состояние. Не будьте назойливы и не стремитесь узнать все детали жизни ваших знакомых, а тем более вникать в них. Если пойти по этому пути, то «в идеале» надо жить чужой жизнью или жизнью. А у вас своя. Надо дать возможность человеку, осо-

бенно занимающемуся творческим трудом, побыть в покое и одиночестве. Для чего? Чтобы снять тормоза контроля с внешнего поведения, раскрепоститься, сосредоточиться на целенаправленном «думании», поиске аргументов «за» и «против», обсуждений и преодолении сомнений, в которых рождается обоснованное решение. Именно в такие периоды не только созревают наиболее продуктивные замыслы, но вместе с ними зарождаются и «внутренние» конфликты — совесть, убеждения спорят с тем, что под влиянием обстоятельств человек сделал или собирается сделать. С другими людьми мы нередко лишь обсуждаем, уточняем и реализуем то, что «пришло на ум» в уединении.

Человек только в первое и самое последнее бессознательные мгновения жизни одинок. А на всем ее протяжении он принадлежит обществу. Именно общение с другими делает человека человеком, дает основание осознать прошлое и предвидеть будущее. Общение нужно человеку, как воздух, как пища. Без них он ничто. В мышлении человека реальное и придуманное фантазией зачастую тесно переплетаются. Не потому ли с давних времен существует театр, в котором люди как бы отрешаются от условностей той или иной ситуации, вполне осознанно «хотят» верить специально созданным на сцене событиям, «живут» ими. Может быть, эта игра взрослых и необходима прежде всего для общения, восприятия жизненных «моделей» и опыта других, соучастия в их жизни и, наоборот, других людей — в собственной жизни. Не поэтому ли мы стремимся к книгам, в театр или в кино, что нам требуется обогатить впечатления и опыт, сделать для себя определенные выводы? Порой мы настолько перестраиваемся, «вживаемся» в «подсмотренные» или придуманные образы, заимствуем у них модели поведения, что долго потом не можем вернуться к своим естественным ощущениям и поступкам. При этом, обратите внимание, иные из нас, не задумываясь или весьма

легкомысленно, находят идолов, бездумное преклонение которым становится правилом плохой игры. Идейная убежденность всегда привлекает и возвышает, слепая вера и подражание оглушают, лишают инициативы и творческого мышления.

Не ищите у себя и ваших знакомых психических заболеваний и тем более не пользуйтесь жаргонными словами психопатологического словаря. Подавляющее большинство людей вполне здоровы, и любые некомпетентные рассуждения и возможные попытки приложения полученных сведений о психических расстройствах в целях «всывывания» в их рамки индивидуальных характеров (пусть даже очень тяжелых) совершенно необоснованны и некорректны. Смотря на окружающих, попробуйте понять, почему тот или иной человек бывает излишне раздражителен или печален, впечатлителен или безразличен, почему он нахмурен или беспечно весел, чем определяются имеющиеся у него подозрительность или назойливость.

Это как бы поможет поставить себя на место человека, поведение которого вы анализируете, «войти» в его обстоятельства и в результате найти со многими так называемыми «сложными» людьми верный путь для общения. Причем не только «подстроиться» к ним и «сострадать» вместе, но и, наоборот, «настроить» их на себя, привлечь союзников для соперничаний и совместных действий.

Как это сделать конкретно? Ваш собственный жизненный опыт, ваше видение людей и их понимание всякий раз подскажут, что надо делать. Причем, учтите, что в разных жизненных ситуациях могут по-разному раскрываться черты характера и личности каждого. Не судите о человеке по одному поступку, — всмотритесь в него поглубже.

Не забывайте, что, несмотря на то что каждый из нас «вместе со всеми», он одновременно и «сам по себе». В

единстве этого противоречия заключено понимание того, что «Я» и «Мы», «Мое» и «Наше» никогда не бывают идентичными. У любого человека как бы имеется ощущение двух миров — внешнего и своего внутреннего, в котором внешнее всякий раз преломляется в индивидуально значимой версии. Свои индивидуальные интересы обычно ближе нам и порой гиперболизированно кажутся особенно значительными. Они могут быть общими с устремлениями близких или далеких окружающих, но могут и противоречить им. Только в том случае, когда «Мое» и «Наше» сливаются в единое целое, появляется объединяющая целеустремленность. Об этом особенно важно помнить, задумываясь о том, что жизнь каждого человека неотделима от окружающих и невозможна без них. Мы не одиноки и не изолированы друг от друга, а постоянно находимся в определенных системных связях. Выходя по утрам из дома и садясь в автобус, везущий на работу, каждый из нас как бы «включается» в общепринятую «деятельность» пассажиров, которых свела на время общая цель — доехать до определенной остановки. На заводе, в учреждении, где мы работаем, нас объединяет уже иная цель — конкретная производственная деятельность. Дома нас ждут семейные заботы, решение которых возможно только вместе с родными и близкими. В кино-театре или концертном зале — новое объединение людей, пришедших посмотреть фильм или концерт. Подобного рода системных объединений у каждого человека множество. Некоторые из них подчинены достаточно крупным и иногда отдаленным задачам, другие «складываются» лишь для разрешения временных, частных вопросов. Но в каждой из этих «систем» — и в автобусе, и на работе, и в кино — существуют собственные законы «функционирования», без соблюдения которых цель не будет достигнута.

Каждый человек, хотя далеко и не всегда, управляет своим временем, по принадлежит ему, а это значит, что

мы живем по объективным требованиям общественного развития, которые не только формируют, но и оценивают нас. Вступая в «систему», любой человек, чтобы успешно в ней существовать и достигать общего результата (а значит, и удовлетворять свои собственные интересы, побудившие его «быть» в «системе»), должен подчиняться этим законам. В противном случае анархия разрушит образовавшееся «системное сотрудничество» и конечный результат не будет достигнут.

В этом находит отражение общее представление о том, что функциональную «систему» изменить нельзя до тех пор, пока она не достигнет неких саморазрушительных величин. Если разрушать «систему» не вовремя, да еще не очень мощными усилиями, охраняющая инертная стабильность отбросит мешающие усилия. Они должны быть больше, чем инерция. Лишь в этом случае будут разрушены основы конструкции прежних «системных функций» и созданы новые.

Разумный диктат общества предохраняет от разрушающей его «системные основы» абстрактной всеобщей свободы действий. Реализация моральных устоев человеческого общения, сформировавшихся в результате социального развития, создает законы общения. Их соблюдение требует доверия к людям, отказа от индивидуальных эгоистических потребностей, подчинения общим интересам. В «системе» человек, с одной стороны, зависим от ее «функционирования», а с другой стороны, пользуясь трудом многих, освобожден от необходимости выполнения различных и непосильных одному обязанностей. Образно говоря, человек может получить от других людей дополнительные руки, сердце, разум. Но он должен быть готов тем же и расплатиться.

Наглядным примером «системного содружества» и неразрывности судеб может явиться полет в самолете. Авиапассажиры полностью зависят от «летающей системы», управляемой пилотами. Однако внутри самолета имеются



более мелкие «подсистемы», объединяющие людей на основе определенных, но частных в сравнении с полетом признаков. Внутри «большой системы» (летающего самолета) и независимо от ее перемещений можно достаточно автономно что-либо делать, одновременно «функционируя» в качестве пассажира или члена экипажа. Воздействуя на судьбу большого коллектива («системы»), можно повлиять и на индивидуальное бытие любого его члена. Катастрофа самолета приведет к гибели экипажа и всех пассажиров. Вместе с тем и микроструктура «системы» — каждый человек в отдельности — оказывает определенное влияние на ее функционирование. От штурмана зависит прокладка маршрута, от летчиков — безопасность взлета, полета и посадки, от пассажиров — своевременность оплаты билета и прибытия в аэропорт, соблюдение необходимого порядка в полете и т. д.

Свободных и независимых от других и от общества в целом людей нет, хотя многие стремятся к манящей, мифически недостижимой полной независимости. Получая самостоятельность в решении тех или иных вопросов и возможность осуществления определенных планов, человек одновременно с этим приобретает новый, порой более тяжкий, хотя внешне и не всегда видимый, груз зависимости. В новой «системе», якобы дающей более высокий уровень самостоятельности, неизбежно появляется моральная, служебная, финансовая, правовая ответственность за новое положение в жизни и обществе. И вместо, казалось еще недавно, неограниченных возможностей для действий человек обнаруживает себя накрепко связанным различными обязательствами и запретами с еще более широким, чем раньше, кругом людей, прямо или косвенно ограничивающих его время и действия. Абстрактной свободы во взаимоотношениях и взаимодействиях нет, она всегда зависима. Нечто подобное происходит и с появлением обязанностей, связанных с содержанием «излишних» материальных ценностей, включае-

мых в жизнедеятельность человека. Порой они не только культивируют достоинство и независимость, но и забавляют, делают рабами вещей. А в результате — не полная свобода, обеспеченная богатством, а уменьшение ее истинного объема. Так же как и при выборе места среди людей, при определении необходимых вещей, наверное, нужна золотая середина, которую, правда, не всегда легко определить. Вернейшим компасом, предохраняющим в этих случаях от неумеренной разрушительности, являются идейная устремленность, моральная чистота, честная критическая оценка собственных душевных сил, умения и знаний. Именно они формируют самоохраняющее человека чувство меры. Потеряв его, мы нередко теряем все. Попробуйте определить степень нравственной целостности и чистоты окружающих. Подумайте, насколько глубоко они судят о жизни, думают ли только о нынешнем дне или о деле будущего, двулично играют ли в маски и призраки или до наивности естественно искренни. Понимание сказанного может помочь более реально формировать собственные притязания и действия в той или иной конкретной ситуации.

Смотря на людей, не очень удивляйтесь их быстрому привыканию ко всему хорошему. Достигнув определенного уровня благополучия, мы стремимся к следующей ступеньке своего взлета. В этом, вероятно, проявляется одна из общих и необходимых закономерностей эволюционного развития. Наверное, ее можно проследить не только на протяжении столетий у поколений людей, но и в течение жизни отдельного человека. Как легко мы обживаем новую квартиру, пользуясь ее удобствами, о которых раньше лишь мечтали. При наличии соответствующих возможностей как быстро становимся гурманами и привередами в еде, как часто в достатке забываем лишения и перенесенные испытания. Во всех этих случаях все достигнутое быстро превращается в

обычное, как бы само собой разумеющееся. Это та новая отправная точка, от которой можно идти на поиск новых задач и их решений. Но вот если что-то случается и мы лишаемся чего-то... Вот здесь-то и познаются настоящее значение и цена еще недавно таких привычно-доступных и, казалось, неисчерпаемо-вечных вещей. Ценит ли человек, о жизни которого вы задумались, достигнутое? Дорожит ли этим?

Оценивая поведение кого-либо, обратите внимание на эмоциональный настрой человека, его «внутренние» переживания. Эмоциональные особенности являются важным «информативным сигналом», определяющим интерес, сочувствие, симпатию или антипатию окружающих. «Материализуется» этот сигнал в выражении лица, жестах, интонациях, тембре голоса, паузах между словами, вегетативных реакциях, которые формируются не обязательно осознанно и зачастую даже опережают то или иное обдуманное действие или словесное выражение. Эмоциональные переживания человека не всегда гармоничны с его словами и делами, а порой и противоречат им. Учет эмоционального отношения иногда является решающим для разъяснения значения и смысла произносимых слов. Только в тех случаях, когда эмоции, слова и дела совпадают, можно думать об искренности и правдивости человека, вызывающих сопереживание других людей, захватывающих их и влекущих вслед. С этой точки зрения легко, например, отличить хорошего актера, «вжившегося» в исполняемую роль, от плохого, формально ее заучившего и играющего технически грамотно, но без вдохновения, оратора, говорящего «свои» мысли, от человека, вышедшего на трибуну со шпаргалкой трафаретных рассуждений. С этих же позиций нетрудно понять, почему один человек может привлечь внимание тысяч других, заставить их идти за собой, смеяться или плакать, страдать или негодовать. Всмотритесь в лица людей, следящих в зрительном зале за ходом спектакля

или слушающих музыку, и вы увидите, что вслед за актерами, мастерство которых отличается естественной гармоничностью собственных переживаний исполняемых произведений, «их» эмоции, «их» настроение появляются у слушателей и зрителей. В этих случаях прощаются, или, точнее, не замечаются возникающие профессиональные упущения, недостатки вокальных данных, изменения тональности исполняемой мелодии. И бывает наоборот — отличный голос, прекрасная мелодия, технически все исполнено на высоте, а эмоционального контакта со зрителями нет. Поэтому зал равнодушен, радость, печаль, гнев или страдания актера не дошли до зрителей, улетучившись вместе с правильно и красиво сказанными им словами или по всем правилам исполненной песни. Слушатели остались равнодушными. Актеры актерами, а в обыденной жизни? Просто вокруг нас? Посмотрите на эмоции окружающих — и в радости, и в горе, и в монотонности каждодневья. Что вы увидели? Один постоянно подавлен, другой возбужден, третий равнодушен. Но есть и иная мера, иной подход к оценке. Один человек картинно криклив, многословен, другой тих, его слезы не видны, он даже бунтует так, чтобы не мешать другим. Третий живет отталкивающим других, но рационально приятным ему холодным рассудком. Наконец, есть и еще одно измерение. Задайтесь вопросом: «Где у окружающих вас людей жизнь настоящая, а где она скрыта маской или масками?» У одного вы увидите сплошной карнавал, позы, у другого — повторение чужих мыслей и поведения и лишь у третьего, возможно, — личную независимость и творческую искру. Но ведь каждый из этих людей не страдалец, в большинстве своем они правятся себе и уверены, что живут настоящей, правильной жизнью. Не мешайте им. Попробуйте лишь «для себя» это учитывать, строя свои взаимоотношения с ними. Чужие эмоции можно вызывать только с участием собственных. Нельзя жить холодной жизнью и

требовать от окружающих душевного тепла. От этого, наверное, в немалой степени зависит получаемое в жизни тепло. Солнце ведь светит всем одинаково, греет — по-разному. Может быть, даже существует некий закон человеческих контактов — сколько вкладываешь душевных сил, столько и получаешь.

Посмотрите вокруг — наверняка каждого из нас окружает множество примеров справедливости этого закона, и вряд ли имеются убедительные доказательства его несостоятельности. Человек с нарушенной координацией движений идет пошатываясь, ему трудно, а порой и невозможно точно выполнить те или иные движения и действия. Точно так же человеку с нарушенными душевными контактами сложно двигаться по жизненной прямой. Тонкие душевные «доводки» во взаимоотношениях между людьми помогают строить судьбу и решать жизненные задачи.

Общаясь с людьми, не забывайте и о том, что определенная роль в их познании, как, впрочем, и всего окружающего, принадлежит интуиции, не всегда четко базирующейся на строгих логических правилах мышления. Интуитивное восприятие опирается не только на эмоциональные чувства, но и на жизненный опыт каждого. Оно позволяет воспринимать и «предчувствовать» на основе не всегда осознаваемых аналогий течение и исход того или иного события. При этом большую роль играют имеющиеся у человека знания — профессионал в своей области смотрит на вещи не вообще, а со специфической точки зрения. Для этого ему достаточны в отличие от неподготовленных людей «полувзгляд», «полунамек», ведущие к быстрому и мыслительно более экономному осознанию наблюдаемых процессов. Оно происходит не с помощью логически определенной последовательности всех их этапов, а на основе «узнавания» вероятностных предположений, вытекающих из анализа сходства наблюдаемого и имеющегося в памяти. В этом и заключается пре-

имущество знающего и опытного в определенной области человека от дилетанта.

Наблюдая за окружающими и анализируя их поступки, вы можете заметить кое у кого странности, на первый взгляд кажущиеся типичными для психических заболеваний, о которых где-то что-то когда-то слышали. В этих случаях не горячитесь и не паникуйте. Не ставьте диагнозов — это дело специалистов. Ну, а если врачи обнаружат у кого-либо психические нарушения, то не относитесь к ним как к злему умыслу заболевшего, не насмехайтесь над странностями его поступков. Помните о человеческой гуманности и милосердии в отношении к больному! Если же знаете, что перед вами психически больной, который лечился в специализированной больнице, не забывайте о необходимости особенно тактичного отношения к нему. Ведь заболеть любой болезнью, в том числе и психической, может каждый, в том числе и вы сами. И после прохождения курса лечения совсем не легко возвращаться к обычной трудовой деятельности: с одной стороны, могут давать о себе знать какие-то остаточные болезненные нарушения, с другой — у недавно заболевшего могут возникнуть и некоторая ущербность, и неуверенность, и стеснительность, и, наконец, реальные производственные трудности. Подумайте, может быть, именно вы сможете оказать посильную помощь в скорейшем нахождении переболевшим человеком своего места в жизни. Особенно в этом нуждаются молодые люди, которые наиболее тяжело переживают не сам факт психического заболевания, а резонанс, который оно вызывает среди сверстников. Помогите больному человеку не потерять свое лицо в обществе, в семье, в среде близких людей, знавших его до болезни.

Наш взгляд на окружающих, наверное, не должен быть приглаживающим и всепрощающе-списывающим пороки на особенности человеческих характеров. Наоборот, он должен обладать внимательной жесткостью, определяю-

щей в ряде случаев необходимость беспощадного и оперативного вмешательства для избавления общества от потенциальной или явной социальной опасности болезненного безумия. Это относится не только к людям, как говорят врачи, с психопатическими чертами, у которых порой нужно ломать, переделывать и корректировать отрицательные черты характера, но и к пьяницам, наркоманам, а также к больным с бредом, галлюцинациями, слабоумием, потерявшим из-за болезни возможность критического осмысления своих собственных поступков и всего окружающего. Однако строгость отношения к людям во всех, в том числе и в этих напряженных и даже опасных, случаях немыслима без гуманной мягкости и учета всех обстоятельств и последствий принимаемых по отношению к ним мер.

Требовательную строгость грудно и, наверное, невозможно применять для оценки поступков и поведения кого-то, если они неприложимы к самому себе. Помня об этом, попробуйте, уважаемый читатель, судить не только окружающих, но и себя. Думаю, это поможет вам во взаимоотношениях с людьми, при критическом обдумывании не чьих-то, а собственных действий и определении какой-либо конкретной линии поведения, причем не только в обычной, но и в напряженной ситуации. Многие жизненные примеры показывают, что в этих случаях рождается не только страх, но и мужество. Паника «в душе» отдельного человека, так же как и в разных группах людей, возникает прежде всего от ощущения безысходности, страха, у которого, как говорят, «глаза велики». В результате — бессмысленное бегство или полная бездейственность, другие психические расстройства, дезорганизующие и иногда приводящие к непоправимым последствиям. Это бывает при неподготовленности людей к возможным напряженным обстоятельствам, отсутствию в период той или иной катастрофы необходимой информации о реальности создавшейся ситуации и возможных путях

ее преодоления, потере активного руководства и отсутствии наглядного примера стойкости. Нравственный пример смелого сопротивления сложностям всегда сильнее подчинения и подражания «общему» паническому настроению. Если он есть, то даже в самых драматических случаях нет паники. Отсюда понятны и пути ее профилактики и преодоления.

Вероятно, кто-то из читателей может подумать о банальности сделанных советов. Возможно. Но вся история развития научных концепций, определяющих современное понимание характера человека, его поведения в норме и патологии, свидетельствует о необходимости их учета и исполнения. Если бы мы всякий раз помнили и соблюдали, казалось бы, всем известные, выработанные историей развития человечества истины, может быть, наша непродолжительная жизнь была бы приятнее и полезнее.

Каждый из нас немножко философ. В познании окружающего. В понимании прошлого и будущего. В представлении себя среди других и влиянии других на себя. В раздумьях о жизни и смерти вообще и о своей судьбе в частности. В нашей индивидуальной философии всегда отражаются полученные знания, опыт, убеждения. Они определяют или, во всяком случае, оказывают значительное влияние на стремления, действия, поступки. Понимая это, трудно переоценить сведения об общих закономерностях развития человека, каждого из нас. Эти закономерности существуют, и их познание позволяет более четко и разумно планировать конкретные жизненные установки каждого, реально оценивать силы в разные периоды осознаваемого, а значит, и управляемого жизненного пути. Как разобраться в закономерностях развития своего тела и мыслей, где искать верный компас выбора наиболее рациональных решений, построения собственной судьбы, оценок тех или иных действий?



---

## КАК МЫ МЫСЛИМ И ДЕЙСТВУЕМ

---

Если вы, уважаемый читатель, заинтересовались поставленными в конце предыдущей главы вопросами и хотите разобраться, как осуществляется психическая деятельность, то обратите внимание на то, что, как и при других научных разработках, единое целое — в данном случае психическую деятельность — исследователи для познания законов функционирования искусственно расчлениют на сравнительно элементарные и относительно легко поддающиеся описанию «фрагменты». На самом же деле психическая деятельность едина и неделима. Известный советский психолог С. Л. Рубинштейн говорил по этому поводу: «Воспринимает не изолированный глаз, не ухо само по себе, а конкретный живой человек, и в его восприятии всегда в той или иной мере сказываются его потребности, интересы, стремления, желания и чувства». Психическая жизнь — целостный, хотя и многогранный, процесс отражения человеком окружающего мира во всем его разнообразии. Попытки объяснить сложнейшие формы сознания слишком узкими отдельными «звеньями» неизбежно заводили в тупик.

Современное исследование биологических проблем все шире сталкивается с необходимостью системного учета всевозможных факторов. В полной мере это относится и к изучению мозговых механизмов человека, для чего все чаще используется системный анализ. Он позволяет выявлять единство отдельных подсистем, ответственных за ту или иную функцию, обычно рассматриваемую изолированно.

Небезынтересно отметить, что еще в 1932 году академик И. П. Павлов пришел к выводу о том, что человек является саморегулирующей системой, подчиняющейся единым для всей природы законам. С этой точки зре-

ния метод изучения системы-человека тот же, как и всякой другой: разложение на части, изучение значения каждой из них в отдельности и во взаимодействии между собой и с окружающей средой и, наконец, понимание на основании всего этого общих закономерностей человеческой деятельности. Как бы в подтверждение этой мысли И. П. Павлова известный психолог И. Лингарт подчеркивает, что психической системой следует считать интеграцию «упорядоченных единиц психической деятельности», возникающих на основе взаимодействия «индивида с его средой».

Количество таких единиц очень велико; при известном допуске можно говорить, что они охватывают весь организм и в большей или меньшей мере прямо или косвенно формируют механизмы психической деятельности.

Одно из ведущих мест занимает система, обеспечивающая восприятие и переработку информации. Без нее не могут функционировать отдельные клетки, органы и ткани, не может проявляться и психическая деятельность. Активность этой системы определяется рядом схематических звеньев, обычно включающих: а) поиск информативных данных, осуществляемых как осознанно, целенаправленно, так и пассивно, подсознательно; б) анализ и синтез полученной информации; в) хранение информации; г) использование информации.

Каждое из этих звеньев основано на «способах» отражения, в высшей степени специализированных у человека.

В клинической практике у больных, особенно с невротическими расстройствами, достаточно четко видна зависимость нормально протекающей, адаптированной психической деятельности от полноты имеющейся информации по тому или иному конкретному вопросу, то есть, чем избыточнее объем информации, возможности контроля ее достоверности и применения, тем скорее человек приспособится, в том числе и к особым, так называемым

мым экстремальным, условиям. Из этого следует, что чем меньше в силу самых разных причин «поток сведений», тем больше вероятность, что при необходимости принимать решения в ограниченное время будут развиваться болезненные отклонения, обусловленные состоянием психической дезадаптации.

Профессор Лингарт считает, что неполная информация, предусматривающая наличие многих альтернатив, вызывает состояние неуверенности, которое в свою очередь порождает ориентировочный («любопытательный») поиск. Иными словами, человек стремится уменьшить степень своей неуверенности. Правда, тут нередко наблюдаются парадоксы.

Есть люди, которые бессистемно хотят знать все, для этого прочитывают книжные новинки и отыскивают в библиотеках редкие издания прошлого, смотрят все кинофильмы и спектакли, посещают (жалуюсь на нехватку времени!) множество выставок и диспутов, занимаются на различных курсах. Казалось бы, удовлетворенная любознательность должна перерасти в иное качество — в способность творческого использования полученной информации. К сожалению, так бывает далеко не всегда. Вместе с тем люди, избегающие слишком обильного потока сведений, сознательно отказывающиеся от познания деталей даже в интересующей их сфере, порой оказываются более подготовленными для собственного решения тех или иных вопросов. Если человек не умеет самостоятельно мыслить и анализировать, вся его формальная осведомленность бесполезна.

Причиной недостатка информации или невозможности ее использования могут быть различные биологические и социально-психологические факторы. Под их влиянием взаимосвязанные названные звенья могут разрушаться, функционировать ослабленно или извращенно. В сумме все это и определяет многие клинические варианты психических расстройств.

Представление о системности сложных психических процессов делает возможным понимание одинаковых болезненных проявлений при различных повреждениях мозга. Затрагивая отдельные участки той или иной системы в каких-либо пунктах, травмирующее воздействие дезорганизует ее активность в целом. И как результат — достаточно ограниченный «набор» патологических симптомов.

Структурно-функциональное поражение тканей головного мозга или их недоразвитие могут привести к полной «остановке» психической деятельности, служить непреодолимым препятствием для восприятия, переработки и использования информации, частичное их поражение — к искажению получаемых сведений, а незначительная дисгармония — к ослаблению возможностей всей системы. Именно в таких случаях, как правило, возникают невротические состояния.

Социально-психологические факторы наряду с функционально-органическими, изменяющие возможности анализа и применения информации, отличаются своим многообразием. К их числу относятся совершенствование способностей, тренировка памяти, направленность интересов личности, индивидуальные эмоционально-волевые качества, объем и глубина приобретаемых в течение жизни знаний и т. д. Все это значительно увеличивает варианты получения и «осмысления» информации.

Отдельные схематически выделенные звенья рассматриваемой системы, которые, несомненно, находят свое отражение в любом акте психической деятельности, могут быть представлены как частное выражение кибернетического анализа с использованием метода аналогии. Директор Института социальной психологии Страсбургского университета профессор А. Мольт предложил достаточно универсальную «блок-схему». Первый этап исследования (восприятия) начинается с поиска аналогии определяемого объекта с другими (в том числе и имеющимися в па-

мяти) на основании сравнения наиболее существенных данных. Затем — сопоставление имеющейся информации с ограничивающими ее условиями, необходимыми для упорядоченного анализа, синтеза и практической реализации результата исследования.

Система активного восприятия и преобразования информации, как она ни важна, составляет лишь часть механизмов психической деятельности. Внимание, воля, эмоции, память, мышление, речь, процессы, обеспечивающие сон и бодрствование, а также особенности идейных установок человека и его социальных контактов — каждая из этих сторон, являясь компонентом целого, состоит из своих собственных подсистем. В той или иной мере связанные с переработкой информации, они имеют и самостоятельное значение.

Как ведущие, так и второстепенные звенья механизма психической деятельности динамичны, всегда находятся в развитии и во взаимодействии, при необходимости компенсируя недостатки друг друга. Общая закономерность в функционировании различных систем заключается в том, что их общая устойчивая активность изменяется в меньшей степени, чем отдельных составляющих. Это отражает качественное отличие активности целого по сравнению с его частями. Не к данной ли закономерности непосредственно относится старая мудрость «Целое больше, чем сумма его частей»?

Представляется правомерным привести еще одно сопоставление. С точки зрения кибернетики любая система устойчива только без сдерживающих ее жестких рамок. Известные колебания тех или иных «участков», обеспечивают ей в определенных пределах необходимое «лабирование» и приспособляемость к изменяющимся условиям. Психическая деятельность человека, определяемая его социальными отношениями, помогает достигать огромных «степеней свободы» при выборе поступков и должным образом реагировать на происходящее вокруг. Бла-

годаря этому, по словам известного английского физиолога У. Эшби, люди могут удерживать «существенные переменные в физиологических (а не болезненных, патологических.— Ю. А.) пределах».

В принципе психические расстройства вызываются переходом системы от нормального уровня активности к ослабленному или извращенному. В таком случае лечебные мероприятия при заболеваниях должны быть направлены на восстановление прежнего, доболезненного уровня. Правда, этот «обратный» переход носит сугубо относительный характер, он никогда не возвращает систему на исходные рубежи, а создает ей новые, обычно расширенные или, наоборот, суженные в результате последствий болезни возможности.

В этом выражается важнейшее свойство психической деятельности (как в норме, так и при отклонениях) — ее постоянная динамика, отсутствие повторения пройденного, обогащение накопленным опытом.

---

## НИКТО ПУТИ ПРОЙДЕННОГО У НАС НЕ ОТБЕРЕТ

(Вижу... чувствую... и все помню)

---

Избирательная активность, внимание, память, эмоциональность, мышление, волевые усилия позволяют человеку ориентироваться в жизни, воспринимать окружающее и своевременно в него вмешиваться.

Психическая активность тесно связана с вниманием, под которым понимают преимущественно сознательное выделение одних воспринимаемых или вспоминаемых объектов в ущерб другим. Иными словами, это направленная работа сознания в течение какого-то времени. Способность переключаться с одного объекта на другой различна и во многом зависит от воли человека и его

эмоционального настроя. Например, можно условно «забыть» обо всем и целиком сосредоточиться на определенном круге вопросов или перейти к следующим, хотя предыдущие были более интересными. Благодаря этому человек способен осуществлять целенаправленную деятельность, обязательное условие которой — последовательная постановка задач и их осуществление. Только при максимальной сосредоточенности и ничем не отвлекаемом внимании тот или иной вопрос может быть изучен наиболее полно. Из «кубиков» отдельных решений составляются «слова», «фразы» поступков и поведения человека, определяющие в конечном итоге его жизненный путь.

В одно и то же время можно по-настоящему заниматься только одним делом — об этом знают все. «Хватаясь» за два или три дела сразу, мы наносим ущерб каждому из них. Выигрывая в количестве, проигрываем в качестве. И наоборот, сконцентрированность усилий исключает «наложения» в изучении нескольких объектов.

Всесторонний анализ обрушивающейся на человека информации проводится не хаотично, а строго упорядоченно. Возьмем, к примеру, восприятие какого-либо зрительного образа. Субъективно внешне мы видим тот или иной предмет непрерывно. В действительности наши глаза быстро двигаются, многократно останавливаясь и «замирая». Только в мгновения этих остановок происходит возбуждение зрительного нерва. Но, поскольку такие остановки часты, а скорость движения глаз высока, мы успеваем воспринимать окружающее не в фрагментах и отдельных точках, а как единое целое. Между тем в каждый минимальный отрезок времени мы видим только одну точку предмета и ничего более. Образно говоря, как нельзя одновременно видеть несколько точек, так нельзя сразу удовлетворительно решать и множество задач. Необходимость этого вызывает прежде всего превышение объема возможностей запоминания, которое ведет к на-

рушению координированной деятельности нервной системы и к ее дезорганизации. Стремление или необходимость выполнять параллельно ряд дел являются одной из главных причин возникновения невротического состояния.

Для привлечения внимания к какой-либо информации она должна обладать в той или иной мере элементом неожиданности, новизны и непредсказуемости. Ведь прошлое уже познано, оно свершилось и в этом проигрывает по сравнению с любым будущим, сила которого в волнующей неизвестности. Большинство окружающих сигналов привычно, их анализ не несет ничего интересного. Поэтому они остаются как бы незамеченными и проходят мимо нашего сознания. Это относится, например, к обычному шумовому «фону» улицы, идущей навстречу толпе людей, длительно висающим на одном и том же месте объявлениям и т. д.

Неспособность человека к сосредоточенному вниманию, равно как и чрезмерное его «застывание», задержка на малозначительных вещах — частый признак психических расстройств.

Не менее, а может быть, и более важная черта бодрствующего сознания — память, накапливающая жизненный опыт. Если кто-то рискнет спорить с известной истиной о том, что вечный двигатель не существует в природе, то пусть он в качестве аргумента призовет память. Именно она вечная основа движения и каждого отдельного человека, и всего человечества в целом. Основной физиологический механизм памяти — образование в коре головного мозга достаточно прочных временных связей по типу условных рефлексов. Раздражение чувствительных нервных клеток вызывает возбуждение в центральной нервной системе. Его путь по «эстафете» всякий раз оставляет своеобразный след, подобно тому как за прошедшим по полю человеком всегда остается еле заметная тропинка примятой травы. Идти же вслед проторенным путем, пусть даже по едва видимым при-



метам, всегда легче, чем по целине. Стоит за одним человеком пройти второму, третьему — и трава приминается все больше и больше, тропинка превращается в дорожку. Так и в нервной системе, если по уже «проложенному» пути пробежит новый импульс, он укрепит и расширит имеющийся нервный след. В этом случае поверхностный механизм памяти может смениться на более устойчивый и прочный. Но и слабый след минувшего возбуждения может сохраняться бесконечно долго. То или иное событие, боль, злость, радость исчезли, но память хранит их до поры до времени, не обнаруживая присутствия и заявляя об имеющихся воспоминаниях лишь в особых условиях. Если человек что-то увидел и познал, то он связан с этим навсегда, причем независимо от своего желания.

Каково бы ни было раздражение, вызывающее психическую реакцию, оно не воспринимается и не анализируется изолированно. Всякая информация «вписывается» в окружающую ее «сцену». Например, мы видим, как по рельсам едет трамвай, и одновременно слышим характерный скрежет его колес. Информация о трамвае поступает от глаз и ушей, то есть след прокладывается и от зрительного, и от слухового анализаторов. Впоследствии достаточно в силу каких-либо причин вновь ожить зрительному следу, сигнализирующему о трамвае, как включатся и память, и слуховой анализатор. Старые следы в нервных цепях «реставрируются» под влиянием отзвуков волн совсем других возбуждений. Это и есть один из механизмов воспоминания.

Вероятно, ни одно из событий, в котором приходилось участвовать, не исчезает бесследно. Любой предмет, который человек видит, любой звук, который он слышит, любое действие, которое он совершает, в определенной мере сохраняются в памяти. Подтверждением этому служат факты, наблюдаемые нейрохирургами. Во время операции при раздражении определенных участ-

ков коры головного мозга у больного иногда пробуждаются подробнейшие воспоминания о событиях, имевших место много лет назад. Чем больше внимания и эмоций он им посвятил, чем дольше они длились, тем более глубокий и прочный след они оставили.

По современным представлениям, память не сводится к какой-то одной функции. Различают кратковременную память — «непосредственный отпечаток» события, позволяющий человеку сохранять довольно полную картину, воспринимаемую органами чувств в течение 0,1—0,5 секунды, и долговременную память.

Кратковременная память «удерживает» отображение, как таковое, а не его интерпретацию. Пример кратковременной памяти — когда нам случается знакомиться с новыми для себя людьми. Если мы не сконцентрируем внимание и мысленно не повторим их имена и отчества, то вспомнить их нам уже не удастся. Долговременная же память «хранит» на протяжении многих лет факты, которые либо многократно повторялись, либо имели важное значение и сопровождались переживаниями.

Кратковременная и долговременная память чем-то схожи с видеомангитофонными записями, позволяющими воспроизвести на экране только что показанный эпизод. Для этого операторы вновь прокручивают нужный отрезок пленки. Если на пленке записаны уже другие эпизоды, они размагничивают, стирают вообще или отодвигают далеко назад прежние кадры. В нашем сознании информация наслаивается, сливается с последующими «поступлениями», а если и возможно просмотреть весь «сюжет», то нужны особые условия, чтобы повернуть в обратную сторону «всю катушку».

Емкость человеческой памяти поразительна. Она составляет около 100 миллиардов битов информации, что в несколько сот раз больше, чем содержится в современных многотомных энциклопедиях.

Чтобы кратковременный механизм памяти «перевел» тот или иной образ на постоянное длительное хранение, необходимы самопроизвольное или волевое усилие, концентрация внимания, иначе, оставив незначительный след, он угаснет. Усилия по запоминанию тех или иных событий нередко бывают напрасными. То, что сейчас кажется грандиозным, захватывает ум и воображение, спустя некоторое время оказывается пустым и ненужным, теряется в памяти.

Оживление нервных следов — воспоминания. Они возникают не разрозненно, а связано, в виде ассоциаций — смежных между собой предметов, явлений и следовавших друг за другом событий. Это свидетельствует о тесном переплетении информационных знаков в функциональных структурах нервной системы. То, что порой трудно что-либо вспомнить, а спустя некоторое время припоминается, вероятно, может быть объяснено использованием в механизмах памяти не прямой дороги для отыскания необходимой информации, по какой-либо причине заведшей в тупик, а окольного, «опосредованного» пути, который благодаря взаимосвязям в хранилищах памяти пусть позже, но все же приводит к потерявшейся на первых порах цели.

Вспомнив название города, где довелось побывать несколько лет назад, можно легко представить себе улицы, характерное расположение домов, знакомых людей. Наверное, каждому человеку приходилось возвращаться мыслями к приятным или неприятным событиям прошлого, порой даже переживать их для себя заново. Поводом к тому может быть случайный факт или, казалось бы, давно стертый в памяти образ. Попалась, например, фотография умершего актера — человек вспоминает кинофильм или спектакль, в котором он его видел, свою жизнь того периода. Увидел друга юности — другая цепь ассоциаций. Причем иногда оживают такие мельчайшие и несущественные детали, что только удив-

ляешься, как это они сохранились в памяти на столь долгие годы.

Эмоциональная окраска одних и тех же воспоминаний, если они повторяются на протяжении жизни, со временем меняется. Это зависит от ряда обстоятельств, но прежде всего от значимости прежних событий для сегодняшнего положения и размышлений человека. В одном случае сказывается неразрывность настоящего и прошлого, воспринимаемого с новых позиций, которые заставляют извлекать из прожитого надлежащий урок. В другом — воспоминания идеализируются, «додумываются», лишаются своей «документальной» обоснованности.

Как считают многие исследователи, основные виды функционирования памяти присущи всем позвоночным — от рыб, у которых она паходится в зачаточном состоянии, до человека. Однако у людей в отличие от животных имеется специфическая память, опирающаяся на речь и логическое мышление. Это так называемая «второсигнальная память». Дети раннего возраста обладают образной памятью, когда воспоминание возрождает только образ объекта. По мере роста ребенка, на основании становления и развития у него речи, возможностей отражать внешний мир в словесных символах и абстрактных суждениях наряду с образной начинает действовать символическая память. Именно она у взрослых приобретает первостепенное значение.

Память предохраняет от ошибок, от повторений, хотя в мире вообще и в жизни каждого в частности многое — и хорошее, и плохое — повторяется многократно. Для большинства людей то, что они видят и ощущают, кажется единственным и неповторимым. Это не самообман, это истина, но истина индивидуальная. А с точки зрения исторической памяти? Во многих случаях повторение. Из них складывается наш общечеловеческий опыт.

Без памяти не было бы жизни. Но можно сказать

иначе: вне жизни нет памяти. И как горько, но справедливо звучит эта мысль в поэме Е. Евтушенко «Мама и нейтронная бомба»: «Мама, мне страшно не то, что не будет памяти обо мне, а то, что не будет памяти. И будет настолько большая кровь, что не станет памяти крови».

Ч. Айтматов в романе «Буранный полустанок» рассказывает о том, что в древности лишение памяти у пленных жителей киргизских степей было наичудовищной пыткой для тех, кого завоеватели хотели оставить у себя в рабстве. На выбритую голову жертвы напяливали парную войную часть верблюда — что-то наподобие облегающей шапочки шири. Затем обреченного, связанного и закованного в деревянную шейную колодку, чтобы голова не прикасалась к земле, отвозили в безлюдные места на солнцепек. Плотная кожа шири, высыхая, сжимала голову железной каской. Пытка продолжалась несколько дней. В живых оставались немногие. И это были уже не люди. Их называли манкуртами — рабами, не помнящими своего прошлого.

Ч. Айтматов пишет: «Манкурт не знал, кто он, откуда родом-племенем, не ведал своего имени, не помнил детства, отца и матери,— одним словом, манкурт не осознавал себя человеческим существом». Мать, нашедшая своего сына-манкурта (в легенде, приводимой писателем), восклицает: «Можно отнять землю, можно отнять жизнь, но кто смеет покушаться на память человека?!» Она плачет: «Я сирая верблюдица, пришедшая вдохнуть запах шкуры верблюжонка, набитого соломой».

Очень образно и точно. Без памяти человек превращается в пустотелый манекен.

Индивидуальная память накапливает «следы» собственного жизненного опыта, но вместе с тем она хранит и трансформирует историю предыдущих поколений. Это позволяет двигаться от вчерашнего к завтрашнему, не повторяя многого из того, что уже достигнуто. Иными

словами, каждый шаг всегда делается с учетом предыдущего.

Со времени появления живого именно память — самое вечное и неперемutable условие развития. У человека она лежит в основе предвидения, базирующегося на анализе прошлого и настоящего. Мыслительная деятельность во многом опирается на сравнительный логический и интуитивно-вероятностный анализ, который невозможен без памяти. Сопоставляя, что было и что есть, можно уловить прогрессивные тенденции. Это относится как к мировоззренческим вопросам, встающим на определенном жизненном этапе перед каждым человеком, так и к оценке частных, служебных, бытовых, семейных взаимоотношений.

Память — путеводитель человека во времени. Благодаря ей мы ощущаем время и себя в нем.

Если внимание, память и другие проявления психической деятельности человека остаются как бы за занавесом, то его эмоциональное восприятие окружающего, переживания постоянно находятся на авансцене: удовлетворенность или неудовлетворенность, интерес или равнодушие, беспокойство, подавленность, опасения, страх, предвкушение приятного, воодушевление, радость. Любое из этих состояний накладывает отпечаток на весь облик человека. Прежде всего это сказывается на выражении лица и глаз, в позе, в заметных вегетативных реакциях.

Эмоции — одна из сторон единого познавательного процесса, который отражает отношение человека к собственной деятельности и к окружающему. Человек не машина, он всегда чувствует, радуется, огорчается. Вместе с внешними эмоциями напрягаются и, образно говоря, «смеются» или «плачут» его сосуды, да и все внутренние органы. Если ставить перед людьми какие-либо задачи, предъявлять к ним определенные требования, не предвидя и не учитывая эмоциональной реакции, то

вряд ли можно найти в исполнителях творческое соучастие и необходимый деловой контакт.

Эмоции в норме всегда возникают как ответ на внешнее воздействие, те или иные мысленные представления, внутренние потребности организма. Эмоциональная жизнь каждого чрезвычайно богата и многогранна, именно она определяет наше настроение. По мнению ученых, перенапряжение эмоциональных реакций лежит в основе невротических и ряда других психических нарушений. При этом особая роль принадлежит так называемым отрицательным эмоциям, возникающим в тех случаях, когда человек не в состоянии по тем или иным причинам добиться запланированного результата, получить удовлетворение, достигнуть поставленную цель. Складывается «конфликтная ситуация», которая, затянувшись во времени, может стать причиной нервного срыва. Успех же неизменно сопровождается положительной эмоцией. По мысли академика П. К. Анохина, она закрепляет правильность действия и поступка. Чем больше препятствий на пути пришлось преодолеть целеустремленному человеку, тем больше радости и удовлетворения он испытывает и соответственно этому у него сильнее положительная эмоция.

Выражение эмоций различно и строго индивидуально. Оно меняется в течение жизни каждого из нас и в «течение жизни» всего человечества. И все же основные эмоциональные проявления остаются на протяжении веков прежними — спокойствие, радость, печаль, раздражительность... Их внешнее выражение нетрудно увидеть в изменении черт лица, всего облика и поведения человека. Наши далекие предшественники испытывали в принципе те же чувства, что и мы с вами, однако у нас в соответствии с эпохой теперь есть новые поводы для возникновения эмоций, новые темпы и ритмы их выражения. Правда, речь идет прежде всего о форме, а не о содержании.

С эволюционной точки зрения внешний рисунок эмоциональной сферы человека «подвергался отбору» ради адаптации к среде, ради того, чтобы выжить. Известный физиолог Канон обратил внимание на то, что на протяжении развития человечества люди оказывались в эмоциональном напряжении, когда готовились либо к борьбе, либо к бегству. Независимо от поведенческой реакции в эти периоды усиливались выделение в кровь определенных гормонов и обмен веществ, учащалось сердцебиение, повышалось артериальное давление, напрягались (или расслаблялись) различные группы мышц. Иначе говоря, шла мобилизация внутренних физиологических резервов организма, что было совершенно необходимо, скажем, первобытному человеку, но далеко не всегда необходимо нам. Наш современник не так уж часто при эмоциональных нагрузках прибегает к энергичной физической «подзарядке». В сегодняшней обычной обстановке борьба или бегство в сложных ситуациях, как правило, реакции неадекватные.

Поводы для эмоционального напряжения стали «интеллектуальнее», «утонченнее». Но наряду с этим люди в какой-то мере «погрубели», уже не так реагируют на многие обстоятельства, волновавшие предыдущие поколения. Религиозное и иного вида преклонение значительно ослабело. На смену ему все чаще приходит убежденность в существовании идеи или реалистический расчет, что в немалой степени обуславливает практицизм мышления и эмоций. Сейчас нередко ссылаются на возникновение опосредованных, а не непосредственных связей (радио, телевидение, книги), краткость, деловитость, утилитарность контактов между людьми. Способствуя интенсификации мышления, это порождает и некий «дефицит эмоций». Однако такой «дефицит», как отмечалось, лишь новая форма, а не новая суть эмоциональных переживаний.

В сравнении с тем, что было сто, а тем более не-



сколько сот лет назад, появились новые «объекты» для бурных эмоций взамен потерявших свою актуальность, иным стал и весь стиль поведения. (В частности, если раньше почти каждый «взрыв гнева» порождал «естественную» попытку физически ударить или даже уничтожить противника, на что тот также отвечал ударом, то теперь в ответ на обиду человек скорее всего стремится нанести «зауалированный» удар.) Между тем физиологические механизмы несколько «устарели» на фоне «смягчения» внешних реакций человека. Вслед за волнением, напряженностью, даже скрытыми от посторонних глаз, в организме по-прежнему происходит определенная перестройка — подготовка к нужной физической нагрузке. Но борьба-то отменяется, и физиологические механизмы «срабатывают» вхолостую. Порой это может привести к целому ряду соматических заболеваний — гипертонической болезни, язве желудка и т. п. И все же, несмотря на издержки роста, эволюция эмоциональной жизни способствует тому, что деятельность современного человека становится многограннее и мобильнее, вполне отвечая требованиям времени.

Без помощи органов чувств вряд ли что-либо может дойти до нашего сознания. Однако ощущение и восприятие лишь начальный этап постижения действительности. Мы видим бушующее море, стоя на берегу, ощущаем соленые брызги, долетающие с порывами ветра, слышим грохот волн, но только на основании этого не можем судить о причинах шторма, о зависимости между ветром и вздыбленной морской стихией. Запоминание, установление связей между отдельными восприятиями и ощущениями, их осмысление, творческая переработка — вот цепь «механизмов», включаемая органами чувств.

Эти «механизмы» позволяют понимать взаимоотношения между предметами и явлениями, рождают мысль. Познание в процессе мышления помогает судить об окружающем мире, о его существенных особенностях, ко-

которые нельзя обнаружить при непосредственном восприятии.

Понятие о каком-либо предмете — фундамент мыслительной деятельности. Называя что-то или думая об этом, каждый имеет в виду прежде всего основные характеристики. Так, вместо того чтобы всякий раз говорить: «Спинка и деревянная площадка для сиденья на четырех ножках», пользуются всем известным словом «стул». Наводнение — разлив рек, остров — часть суши, окруженная со всех сторон водой, и т. д. Такими же общими и емкими понятиями являются представления о земле, родине, семье, доме. В зависимости от необходимости в мышлении как бы «высвечиваются» те или иные стороны и грани этих общих понятий, идет их расшифровка: плодородная земля, моя семья, дом моих друзей и т. д.

Без четких понятий мыслительная деятельность практически невозможна. Человек сравнивает между собой отдельные предметы и явления, устанавливая сходство и различия между ними, анализирует их, для чего вначале рассматривает только части, а затем объединяет их между собой. Важнейшее значение для мышления имеют отвлеченные (абстрактные) понятия, которые появляются в том случае, когда мысленно нужно отделить от вещей какое-либо присущее им качество и затем широко им пользоваться. Например, тяжесть или легкость, высота, острота — понятия весьма зыбкие по сравнению с такими конкретными их «носителями», как стул, нож и т. д. Благодаря абстракциям удается выражать обобщенные свойства окружающего.

Решающее для мышления — проведение связи между понятиями (суждениями) и получение на этой основе какого-то вывода — умозаключения. Вот простейшее умозаключение. Утром, слыша сильный шум дождя за окном, мы рассуждаем: на улице — ливень (первое суждение). Тут же мы думаем: если выйти без зонтика или

плаща, то можно промокнуть (второе суждение). Суммированный вывод: надо падать плащ. Подобная цепь следствий возникает всегда с учетом, естественно, того, что она бывает весьма сложной и для умозаключения привлекаются не два суждения, а значительно больше.

Ю. Семенов в одном из своих романов справедливо отмечает: «...всякое ощущение верно как ощущение. Другое дело — суждение об ощущении. Оно может быть истинным или ложным... Я запомнил лекцию профессора... Он говорил, что если весло, погруженное в воду, кажется сломанным, то ощущение в этом случае верно, поскольку наблюдающий испытывает именно это ощущение. Но если в силу этого он станет утверждать, что весло действительно сломано, то суждение окажется ложным... Ошибки людские... заключаются не в ложных ощущениях... а в ложном суждении...»

Познание не бессмысленное заучивание сведений и не слепое копирование видимого. Процесс познания лишь на первом этапе начинается с хаотического представления о целом, далее он выражается в одностороннем абстрактном выделении отдельных сторон целого, после чего вновь возвращается к общей оценке, «...но на этот раз не как к хаотическому представлению о целом, а как к богатой совокупности, с многочисленными определениями и отношениями»<sup>1</sup>.

Если бы на вопрос: «Что быстрее всего?» — кто-то ответил: «Мысль», он был бы недалек от истины. Для акта мышления необходимо быстрое и целенаправленное поэтапное накопление, объединение и обобщение множества фактов. То, что в действиях человека внешне представляется мгновением, «внутри» прошло определенную мысленную переработку. Ее продолжительность субъективно воспринимается гораздо дольше (иногда мучительно долго), чем это есть на самом деле. Критическая жиз-

---

<sup>1</sup> Маркс К., Энгельс Ф. Соч. Т. 12. С. 726.

пенная ситуация, потребность принять безотлагательное решение, а человек мысленно все же успевает перебрать и оценить различные варианты и последствия своих действий. Посмотрите на игру хорошего футболиста или хоккеиста. Он стремительно бежит, одновременно «удерживает» рядом с собой мяч или шайбу, ведет и физическую, и логическую борьбу с соперниками, видит и чувствует намерения своих партнеров. Прежде чем произвести удар по воротам или отбить шайбу, спортсмен «с моделирует» поворот в игровой ситуации. Плохой игрок будет стремиться реализовать все, что пришло в голову. Он может быть смелым, но его суетливость не принесет победы. Хороший, опытный спортсмен играет расчетливо, экономя силы, умея вовремя прийти к единственно правильному решению.

Благодаря мышлению людям свойственны разумные, целенаправленные поступки, основывающиеся на предварительном «проигрывании» того или иного действия и последующих возможных результатов, логическом «додумывании» той или иной ситуации до конца. Чем точнее и бесспорнее сопоставляемые понятия, тем больше оснований для оптимального решения. Известные американские психологи П. Линдсей и Д. Норман в своей книге «Переработка информации у человека» утверждают, что «вся наша жизнь состоит из решений». Они отмечают, что люди постоянно сталкиваются с проблемой выбора из нескольких возможных лишь одного «способа поведения». Осуществляется же это за счет мысленно происходящей сравнительной оценки.

Каждое последующее поколение, используя исторический опыт, творчески его обогащает, способствуя дальнейшему расширению и углублению знаний. Опираясь на достигнутое, мы видим дальше и острее, но нашим детям, внукам, правнукам будет видно еще дальше. Копилка знаний благодаря способности людей мыслить, выражать и передавать свои умозаключения постепенно по-

полняется. Наиболее простой пример — меняющиеся буквально на глазах детские мечты и фантазии. В сказках Иван-царевич летал на коне, потом появился ковер-самолет, а нынешних ребят уже не всегда удовлетворяет «обычный» самолет или даже ракета. Очередное поколение, образно говоря, наматывает на клубок познания свой виток, и естественно, что он больше предыдущих, но был невозможен без предшествующих. В этом диалектическое единство, историческая преемственность в постижении окружающего мира.

Человек логично мыслит исходя из имеющегося опыта, но действует обязательно с учетом идейной установки. При этом индивидуальные особенности мышления зависят от многого — от характера высшей нервной деятельности, своеобразия протекания биологических процессов, обусловленного генетической природой, и т. п. Однако направленность мыслей, культура мысленного труда неотделимы от полученных знаний, идейных установок. Именно они предопределяют наивысшие духовные радости, удовлетворение от труда и выбранного образа жизни. Решает все смысл, идея, дело, которые человек отстаивает и защищает. Отсутствие идейной направленности, ошибочный, хотя и осознанный, выбор рано или поздно заводят в тупик. Ученый, скажем, может сосредоточить внимание только на методе исследования, не задумываясь, зачем этот метод нужен. По прошествии времени он вдруг поймет, что работал зря... Домохозяйка изо дня в день с усердием вытирает пыль, чистит мебель, «по-особому» моет посуду. И вот спустя годы она начинает осознавать, что цели, похвальной самой по себе, придавалось слишком уж серьезное значение, что силы и энергия расходовались, но существу, впустую. Настоящая жизнь прошла мимо ее уютной квартирки...

Если бы ученый не бился над методикой «ради методики» и домохозяйка не добивалась бы чистоты «ради чистоты», если бы многие люди с «неудачной» судьбой

почаще задумывались о своем человеческом предназначении, достойных целях, идейных истоках больших и малых решений, наверное, меньше было бы роковых случайностей, зря потраченных лет, неправомерных отвлечений на пустяки и как результат — разочарований, порой сопровождающихся нарушениями психики. Осмысленная идея возвышает человека, преобразовывает мышление, вдохновляет на общественно полезные деяния. Жизнь становится интересной, цельной, нужной себе и другим.

Многое в мыслительном жизневосприятии меняется на протяжении жизни. Вначале она представляется необозримо огромной, почти беспредельной. О конце жизни, о смерти не задумываешься. Да и почти до старости люди как бы вытесняют из своего сознания мысли о смерти. В этом проявляются своеобразная охранительная «забывчивость» или торможение, если пользоваться физиологической терминологией. Да и на склоне лет, когда смерть близка и неотвратима, у большинства людей как бы срабатывает осознанный реализм неизбежности ухода из жизни. Страх, паника, внутренний крах — этого, как правило, не бывает.

Восприятие жизни, субъективное отношение к ней зависят от многого и, конечно, от возрастной мудрости. Мне кажется, что до 50 лет, а у многих и в более позднем возрасте, все окружающее мироздание воспринимается как безотчетно большое и крайне сложное, не поддающееся осмыслению во всем множестве взаимоотношений. А вот во второй половине жизни на фоне восприятия суетливости окружающего вдруг на какое-то время, как стоп-кадр, высвечивается основная линия: возникает схема важнейших взаимоотношений в человеческом обществе, проясняется что-то главное и в своей жизни, и в жизни других. И становится видно, что сделано, что можно еще успеть сделать и что безвозвратно кануло во времени. В такие моменты как бы подобран-

ный ключ поворачивает индивидуальный замок человеческого существования. Но вот проходят мгновения, и вновь все окружающее — хаос взаимоотношений или почти хаос.

Важнейший компонент любой мыслительной операции — ее речевое оформление. Английский исследователь К. Черри в книге «Человек и информация» вспоминает слова Б. Джонсона, сказанные в начале XVII века: «Речь является единственным преимуществом, которым обладает человек для выражения своего умственного превосходства над другими существами. Это инструмент Общества... Смысл является жизнью и душой Языка, без которых все слова мертвы. Смысл возникает из опыта и знания человеческой жизни и деятельности...»

Даром речи обладает только человек, которого она возвышает в эволюционном развитии над всеми представителями живой природы, придавая его сознанию уникальные особенности. Человек имеет возможность облекать свои мысли в слова, что позволяет классифицировать, объединять и разделять все окружающее, передавая информацию другим. Без мысленной «начинки» слово лишь пустой звук, лишенный информационного значения.

При сохранности мозговых функций человек при потере зрения и слуха может их компенсировать и развивать речевые способности, пользуясь чрезвычайной пластичностью и взаимозаменяемостью систем своей психической сферы.

К. Черри рассказывает весьма наглядную историю Елены Келлер, которая в возрасте полутора лет, еще до приобретения навыков речи и усвоения абстрактных понятий, утратила способность видеть и слышать:

«Лишенная зрения и слуха, она, казалось бы, была отрезана от окружающего мира. Большинство людей в подобной ситуации становились идиотами. Елене же удалось стать высокоинтеллектуальной личностью. Частич-

но она была обязана этим терпению своей няни, которая обучала ее произносить звуки речи: Елена на ощупь воспринимала движения горла и губ своей няни. К девяти годам Елена научилась выговаривать слова и предложения, но — и в этом существо дела — звуки речи были для нее совершенно бессмысленными, чем-то вроде словесной забавы.

Ей доставляло удовольствие произносить слова так же, как это доставляет удовольствие попугаю, но сами слова и их сочетания оставались ни с чем не связанными, бесцельными и пустыми. Некоторой степени общения она достигла путем втягивания, наклона и покачивания головы, а также с помощью непосредственных подражательных действий, причем все это постоянно сопровождалось бессвязным бормотанием. Но вот однажды, когда Елена играла со струей воды из шланга для поливки сада, ее няня произнесла слово «вода», о чем Елена узнала по вибрациям ее губ. В мгновенном озарении она сразу постигла роль слов. «Все имеет название!» — воскликнула она (следует предположить, что Е. Келлер употребила эту осмысленную фразу лишь позднее, описывая свои тогдашние переживания. — К. Черри).

Этот замечательный вывод позволил ей сформировать новое понятие, универсальную категорию «слова», то есть сделать то, что не может сделать ни одно животное. С этого момента Елена стала человеком, а ее умственная деятельность приобрела организованный характер. Она получила возможность общаться и стала общественным существом...»

Именно общественные «функции» формируют мысль, дают основание для ее возникновения и выражения. Вне общения с людьми специфические для человека механизмы психической деятельности существовать не могут.

В большей степени они определяются и волевыми процессами. Для понимания этого вспомним, что все наши движения и поступки могут быть произвольными и



произвольными. Последние так и называют — волевыми. Они в отличие от произвольных направлены на достижение заранее поставленной цели, чему предшествует появление побуждения, желания, влечения к выполнению. Интенсивность таких состояний связана с интересами данного конкретного человека, с его социальным положением, профессией, широтой кругозора, особенностями характера. В зависимости от этого влечения могут быть стойкими или неустойчивыми, у одного их много, у другого — мало, они либо требуют концентрации усилий для своего воплощения, либо существуют как бы исподволь, лишь потихоньку «стучась» в сознание.

Итак, влечение — обязательная ступенька к осуществлению любого волевого процесса. Вторая ступенька — своеобразное обсуждение, так называемая борьба мотивов. Наиболее простые действия совершаются обычно как бы автоматически, «без рассуждений». Например, захотел кто-то встать со стула и подойти к окну — поднялся и подошел. Совершенно иначе обстоит дело при сложных ситуациях. После взвешивания всех «за» и «против» появляется определенная установка, разрабатывается схема-модель потенциального поведения. Завершающая часть волевого акта — исполнение. Чем труднее препятствие, которое стоит на пути, тем больше нужно воли для его преодоления.

В отличие от животных, которыми в основном руководят инстинкты, человеком движут прежде всего социально-общественные интересы. Даже такие сильнейшие инстинктивные побуждения, как стремление к еде, половой близости, сохранению жизни, путем напряжения воли подчиняются решению разума. Сила воли, таким образом, выражается не только в определенных действиях, но и в отказе от них, в подавлении возникших желаний.

Воля — это осознанная необходимость. Мы восхищаемся волевыми людьми, которые, несмотря ни на что, твердо стоят на своих убеждениях, идут наперекор все-

му ради торжества правды. В памяти навсегда останутся самопожертвование и патриотизм множества известных и безымянных людей — участников революций и справедливых войн, шедших, подавляя один из сильнейших человеческих инстинктов — инстинкт самосохранения, на гибель ради пусть даже и ложно понимаемой свободы.

Вот как рассказывает бывший товарищ прокурора Санкт-Петербургского окружного суда Н. Федоров о последних минутах студента И. Каляева, убившего в 1905 году губернатора Москвы: «Возвратился священник и сказал, что меня просит к себе осужденный Каляев. Я сейчас же к нему пошел. Несмотря на сделанное ему страшное объявление о близкой смерти, он с тою же печальной и покорной улыбкой спокойно сидел на кровати, пил стоявший перед ним чай и ел белый хлеб. Ни страха, ни гнева не было на его лице».

А вот строки из предсмертного письма Каляева матери: «Итак, я умираю. Я счастлив за себя, что с полным самообладанием могу отнестись к моему концу. Пусть же Ваше горе... потонет в лучах того сияния, которым светит торжество моего духа...» Такова была сила этого юноши, вне зависимости от того, прав он или не прав с точки зрения исторической оценки его поступка, убежденного в правоте своего дела, с гордо поднятой головой встретившего казнь.

Волевые процессы играют огромную роль в жизни человека. Они могут поднять его над другими и превратить в героя, в противном случае — сделать совершенно бездейственным. Осмысленная воля приносит радость и самое высокое счастье. Об этом хорошо написал К. Симонов: «И когда я думаю о том, в чем же состояло для меня главное счастье этой непростой и нелегкой жизни, наверное, оно все-таки состояло прежде всего в глубокой осмысленности того, что мы делали. Мы знали и ради чего мы работаем, и ради чего воюем. Вера в свою Советскую

власть, вера в правоту, благородство и величие идей Октябрьской революции была неизменным спутником нашей души среди любых испытаний. Смысл своего собственного человеческого существования на земле никогда не стоял для нас под вопросом — именно в этом и состояло наше счастье в любые, самые трудные времена». Может быть, с позиции нынешнего дня, и еще в большей мере с точки зрения последующих поколений многие современники Симонова и он сам заблуждались, но они были искренне счастливы в своем жизненном предназначении. В этом радость и одновременно трагедия жизни.

---

## ГДЕ ОБИТАЕТ ДУША

---

Нервно-психическая деятельность имеет как бы два полюса, характеризующих в известной мере противоположные друг другу состояния — бодрствование и сон. Узнать их особенности помогло изучение биотоков мозга, записанных в виде специальных электроэнцефалограмм.

В начале нашего столетия было обнаружено примечательное явление — приложенные к коже головы человека металлические пластинки воспринимали очень слабые электрические потенциалы (нескольких сотых вольта), которые удавалось зарегистрировать чувствительными приборами.

Исследователи сумели установить, что они меняются в зависимости от активности сознания и интенсивности психических процессов. Крайние величины бывают при напряженном мышлении и во время глубокого сна. Поэтому-то многие склонны сейчас думать, что электроэнцефалограммы отражают хотя и грубые, но вполне очерченные «уровни» работы мозга.

При открытых глазах и повышенном внимании у здорового человека регистрируется быстрый ритм биото-

ков с незначительной амплитудой колебаний. Если же он расслаблен, полулежит в кресле с закрытыми глазами, амплитуда колебаний возрастает, а их число уменьшается. При дремоте и сне продолжают снижаться частота и увеличиваться амплитуда колебаний электрической активности мозга.

Бодрствование, пусть и совершенно необходимое для осознанной психической жизни, еще не есть само сознание. Это лишь показатель «возможности сознания». Качественная же его характеристика зависит от избирательной активности внимания, памяти, эмоциональной насыщенности переживаний, специфики мышления и речи.

Все эти «механизмы», за исключением мышления и речи, присущи (в той или иной мере) и животным. Однако этого исключения вполне достаточно, чтобы человек поднялся над ними неизмеримо выше, научился судить об окружающем, предвидеть события, а значит, и управлять ими.

Что такое вообще сознание?

Вероятно, многие видели людей в состоянии, называемом бессознательным, то ли в результате заболевания или несчастного случая, то ли во время наркоза при операции. Крепко спящего бывает внешне трудно от них отличить. Каков же главный признак человека, находящегося в сознании? Прежде всего он хорошо ориентируется, использует свой опыт и знания для целенаправленных действий и контроля за ними, может предварительно мысленно воспроизвести их и хотя бы ориентировочно предвидеть результаты. Человек, потерявший сознание, лишен этого. В бессознательном состоянии невозможна психическая жизнь, характеризующая его как личность.

В течение очень долгого времени считалось, что психическая деятельность определяется «бессмертной душой», частицей «божьего духа», которая не связана с телом и независима от него. «Душа» в античном мире пред-

ставлялась таинственной силой, вселявшейся в тело человека после его рождения и управлявшей всеми его поступками. Местом пребывания «души» были то сердце, то голова, то поддиафрагмальная область, то желудок. Предполагалось даже, что «душа» перемещается (до наших дней сохранилось выражение «душа в пятки ушла») и, будучи своеобразным двойником тела, покидает его только во время сна или обморока. После смерти человека «душа» якобы переселяется «на небо», где ей предопределено бессмертие.

В Киево-Печерской лавре хранится картина, изображающая путешествие души преподобной Феодоры. В специальных церковных книгах есть подробное описание сюжета, по которому писана эта картина. Вот, например, судя по одной из легенд, как сама Феодора «рассказывает» о разделении своей души и тела: «Трудно, конечно, описать болезнь телесную и те мучения и страдания, какие переносит умирающий... как люто разлучение души от тела, особенно же для таких грешников, как я! Когда настал час моей смерти, я вдруг увидела множество злых духов, которые... став у одра моего, вели возмутительные разговоры и зверски посматривали на меня... Вдруг я увидела двух ангелов в образе светлых юношей весьма благообразных, покрытых золотыми одеждами... Они приблизились к одру моему и стали по правой стороне... Вот наконец пришла и смерть. Она налила чего-то в чашу... поднесла мне испить и затем, взяв нож, отсекла мне голову... смерть исторгнула мою душу, которая быстро отделилась от тела, подобно тому, как птица быстро отскакивает от руки ловца, если он выпускает ее на свободу.

...Ангелы приняли меня на руки свои, и мы начали отходить на небо. Оглянувшись назад, я увидела тело свое лежащим неподвижно, бездушным и бесчувственным, как обыкновенно лежит одежда, когда кто, раздевшись, бросит ее и потом, став перед нею, смотрит на

нее... Святые ангелы взяли меня от земли, направились вверх, на небеса, восходя как бы по воздуху...»

Далее Феодора описывает 20 мытарств своей души, через которые ее провели ангелы по дороге к богу. Каждое из мытарств обусловлено «грехами жизни». К ним относятся клевета, поругание, зависть, ложь, обиды и неправда, гнев, гордость, празднословие и сквернословие, взяточничество и лесть, пьянство, злопамятность, разбойничество, воровство и т. д. В этих мытарствах нетрудно увидеть человеческие пороки, причем пороки, обусловленные социальными взаимоотношениями.

Существует немало и других сказаний о путешествиях «души» во время сна и после «отживания грешного тела», которыми пытались объяснить, в частности, содержание сновидений. В «душе» находятся разные духи — добрые, злые, порочные, сама нечистая сила, бесы, сатана, которые во всем и виноваты. Исходя из этого религиозные люди считали нелепые выходки психически больных проявлением действия злых духов.

Развивающаяся наука все больше и больше расшифровывала «функции» этой самой таинственной «души», изучая различные органы, постигая законы центральной нервной системы и психической активности. Самым термином «душевные болезни» мы обязаны, судя по всему, Гиппократу (V в. до н. э.). Намного опередив свое время, он определенно локализовал все «душевные переживания» в головном мозгу, связывая с ним также «безумие» и другие виды «сумасшествия». Понятие «душа» и сегодня бытует довольно широко, однако его смысл и содержание изменились. Не будет ошибкой считать, что многие «заслуги», приписывавшиеся «душе», относятся к сознательной деятельности человека. Между душевной и психической активностью правомерно поставить знак равенства.

Достижения современной нейрофизиологии позволяют уйти от религиозной трактовки души. С их помощью рас-

крываются механизмы «психического», а также объясняются лежащие в его основе вполне материальные процессы.

В мозгу нет строго ограниченной области сознания. За него «отвечает» весь мозг. Но нервная система и мозг лишь орган, а не источник осознанной жизни. Она целиком зависит от взаимоотношений с окружающим. Сознание человека сравнимо с огромной, но тускло светящейся картой, отражающей накопленные в памяти знания и события. Отдельные области этой карты и соединяющие их пути-дороги при волевых усилиях и некоторых других воздействиях могут ярко вспыхивать и определять раздумья человека, принимаемые им решения, то или иное поведение.

Известны истории, когда дети вырастали среди животных. В 1920 году в Индии в волчьем логове вместе с волчатами были найдены две девочки. Одна из них вскоре умерла, а другая, на вид лет семи-восьми, прожила еще довольно долго. Девочка ходила на четвереньках, опираясь на ладони и колени, а когда бегала — опиралась на ладони и ступни, сбрасывала с себя одежду, пила, подобно волкам, лакая, рычала, когда к ней подходили во время еды, и выла по ночам. Через два года она научилась стоять, еще через четыре года — ходить. За семь лет смогла выучить только 45 слов. В 17-летнем возрасте специалисты приравнивали ее по умственному развитию к 4-летнему ребенку.

В Древнем Риме и других странах было зарегистрировано более 30 случаев, когда животные вскармливали детей. Они издавали нечленораздельные звуки, не умели ходить, хотя и обладали значительной физической силой. Все это лишний раз говорит о том, что психическая жизнь человека, его сознание, качества личности формируются под непосредственным влиянием социальной среды, что его опыт неотделим от опыта, накопленного человечеством.

В первые часы появления на свет у ребенка нет никаких признаков сознательной психической деятельности. Нормальное дыхание, кровообращение, работа всех других органов, кроме высших отделов мозга, предопределены уже во внутриутробном развитии. Рождаясь, ребенок начинает дышать, кричать, сосать грудь матери благодаря врожденным рефлексам, центры которых сосредоточены в подкорковых образованиях мозга. Кора в это время еще «не включена», в частности, у новорожденного отсутствует электрическая активность, она возникает только спустя некоторое время. Параллельно с этим у ребенка появляются и первые признаки осмысленных движений, каждый миг становится для него открытием. Он улыбается, выражает удовольствие и неудовольствие, реагирует на свет и звук. Наконец, налаживается жизненный ритм чередования сна и бодрствования, наступает «царство» сознания.

Хотя роль сознания велика, осознаем мы лишь часть, а не всю получаемую из окружающего мира информацию. Современные психология и психиатрия располагают немалыми научными фактами о значении и бессознательного в психической жизни человека.

Каждое переживание не простая акция, а в высшей степени сложный психический феномен. И один из первых его этапов, как уже отмечалось, переработка поступающих сведений. Причем далеко не всегда человек контролирует свое настроение и логическое течение мыслей, они как бы «автоматизированы». Не исключено, что здесь вступает в силу своеобразное «шестое чувство», приходящее по еще невыясненному «каналу связи». Возможно, что существенная особенность этой связи — в индивидуальной чувствительности к таким физическим сигналам, как ультразвук, низкочастотные электромагнитные поля, инфракрасное излучение и т. д. Для человека они не играют определяющей роли, но некоторым животным и растениям жизненно необходимы. Можно до-



пустить, что именно «шестое чувство» служит человеку базой для анализа «подпороговых» данных информации. Благодаря этому в известной мере формируется эмоциональная направленность и «установка» на ту или иную мысль, тот или иной поступок. В результате появляется так называемая «подготовительная активность», вероятно, тесно связанная с состоянием вегетативной настройки.

Возьмем, к примеру, вопрос об усвоении человеком музыки, которую тоже можно рассматривать как своего рода информацию. Разные люди, слушая одну и ту же мелодию, независимо от особенностей характера, знания языка, музыкальной грамоты испытывают близкие эмоции — радость, печаль, возбуждение и т. д. (Здесь не принимается в расчет профессиональный анализ.) Или восприятие того или иного романа, драматического спектакля, оперы, картины, скульптурной композиции. Далеко не всегда логически безупречно правильно скомпонованные детали произведения заставляют нас плакать, смеяться, мыслить. Часто, несмотря на всю, казалось бы, «понятность», оно оставляет нас равнодушными. Вместе с тем целостно интуитивное восприятие художественного творчества, идущее не от логической «разбивки» («это от этого, а это, в свою очередь, от того-то...»), рождает и чувства, и убеждения. В этих случаях многое формируется неосознанно и не всегда в полной мере осмысливается.

С точки зрения эволюции можно допустить, что «досознательный» анализ — более древний вид реагирования на окружающее. Когда у наших предков еще отсутствовала речь, их объединяли или разъединяли звуки и ритмы. И хотя с развитием речи и абстрактного мышления звуки и ритмы утратили свою первоначальную сигнальную роль, они полностью не лишились информационного характера. Музыка обладает большой «эмоциогенной» силой, но первоначально мы восприни-

маем ее бессознательно. Таковую же силу несут в себе произведения искусства, если они завораживают скрытой в них логикой мыслей, гармонией ритмов и цвета, способствующими восприятию идеи.

Возникновение различных «установок», видимо, иногда основывается на бессознательном выборе предпочтительной информации и включении хотя и шаблонных, но достаточно гибких звеньев реагирования на нее. Бессознательное отражение окружающих воздействий оперирует автоматизированными, эволюционно закрепленными типами реакции, но не поведением. Всякий активный акт, совершаемый здоровым человеком, — это результат осознанной деятельности, подчиняемой плану, контролю и коррекции.

Материалистические механизмы «подсознательного» в настоящее время еще изучены недостаточно. Тем не менее, не учитывая роли «произвольной» регуляции как фактора, участвующего в определении некоторых установок сознания и «автоматизированных» поступков человека, трудно понять важнейшие способы его приспособляемости к жизни.

На протяжении последних ста лет появлялись и существуют по сей день разноликие и в большинстве своем непоследовательные концепции в учении о бессознательном. Они приписывают ему ведущую роль в формировании поведения человека, в том числе и патологического. На этой основе в начале нашего века возникло учение австрийского психиатра З. Фрейда о психоанализе — методе проникновения в сферу бессознательного для выявления и излечения невротических расстройств. Надо сказать, что Фрейд интересовали не столько болезненные симптомы при невротическом состоянии, сколько обстоятельства, обусловившие его возникновение. Поэтому, если быть точными, сохранившийся и в наше время термин «психоанализ» не соответствует существу обозначаемого им метода — собственно психические

проявления остаются в стороне, главное — то, что привело к неврозу.

Фрейд выделял три фундаментальные «структуры» психического аппарата, регулирующие поведение человека.

Во-первых, это «Оно» — совокупность неосознаваемых инстинктов, стремление к «сиюминутному» удовлетворению желаний, что создает нарастающее напряжение. Ликвидация его воспринимается как удовольствие. При отсутствии реальной возможности доставить себе удовольствие используются различные формы «заместительного» удовлетворения — в воображении и фантазии. Среди важнейших инстинктов, определяющих «Оно», Фрейд называл половой инстинкт, «инстинкт жизни» и «инстинкт смерти».

Второй уровень психического аппарата — «Я», которое управляет «принципом реальности» и сдерживает инстинктивные порывы, чреватые антиобщественными саморазрушительными поступками. За счет получаемой от «Оно» энергии «Я» осуществляет функцию познания окружающего мира и на этой основе дает или не дает «разрешение» на реализацию инстинктов.

В процессе «социализации» человека созревает третья структура психического аппарата «Сверх-Я», с двумя подсистемами: «совесть Я» и «идеал Я». Благодаря им человек еще в период детства усваивает социальные требования и запреты, что формирует совесть, чувство вины и на этой основе — эталон каждого («идеал Я»). Обладая «Сверх-Я», человек как бы имеет возможность не только оценивать реальность построения своих действий, но и исходить из идеала поведения с учетом контроля собственной совести. «Сверх-Я» противопоставлено «Я» стремлением к подчинению моральным критериям.

По Фрейду, все поступки диктуются взаимоналожением «Оно», «Я» и «Сверх-Я», без активного участия сознания. Поэтому он и считал мыслительную и нравст-

венную жизнь человека неуправляемой. Бессознательное — это та психическая сфера, в которой «скрывается» основа «психического аппарата» (Фрейд не пользовался термином «личность»), определяющая «глубинные мотивы поведения» и различные болезнетворные комплексы. Сознание противопоставляется бессознательному и занимает подчиненное положение. В этом, вероятно, состоит одна из наиболее спорных позиций Фрейда и его последователей.

Признавая, что не все содержание переживаний человека им осознается, многие специалисты видят, в противоположность Фрейду, не господство бессознательного над сознанием, а, наоборот, ведущую и направляющую роль сознания. Между сознанием и подсознанием нет противопоставления. Взаимно дополняя друг друга, они обеспечивают богатство и многогранность психической деятельности. Однако целенаправленные поступки всегда известны каждому здоровым человеком. Именно от них зависят поведение людей, все их взаимоотношения и стремления.

В качестве одного из главных способов для познания бессознательной «основы психического» Фрейд предлагал трактовку сновидений, которые якобы помогут помочь разобраться в «корнях человеческих поступков». При этом следует исходить из того, что в их основе лежит, как Фрейд представлял вначале, сексуальное влечение (либидо) или, как он стал думать в последующем, влечение к разрушению и смерти. Всякая созидательная, творческая деятельность человека объяснялась с этих позиций прежде всего эротическими мотивами; войны, социальные потрясения — стремлением к смерти.

Под влиянием моральных норм цивилизованного общества у людей появляется нравственное начало, которое сковывает основные биологические инстинкты, вытесняя их в область бессознательного. «Вытесняющей» инстанцией служит так называемая «цензура» — особый

психический механизм, который не только удаляет из сознания запрещенные законами влечения, но и препятствует их возвращению. Однако они все же прорываются, изменив (для прохождения «цензуры») свою форму. Выявляются эти «порывы», когда сознание ослаблено, прежде всего в сновидениях, в различных оговорках и ошибочных действиях, а также в различных болезненных невротических признаках. С точки зрения этого «прорвавшегося крика души» Фрейд и его последователи и предлагают трактовать сновидения.

Сны «видятся» человеку только в виде символов: «цензура» даже спящего мозга не позволяет бессознательному говорить в полный голос. Символом Фрейд называл такой явный элемент сновидения, который всегда соответствует определенной «бессознательной» мысли. Количество предметов и действий, изображаемых символами, невелико. В числе важнейших из них — человеческое тело, родители, дети, близкие, родственники, смерть, нагота и т. д. Различные удлинённые предметы — палки, ножи — олицетворяют мужские половые органы; чемоданы и другие емкости, предназначенные для хранения чего-то, — женские. Разнообразные действия, совершаемые во сне, тоже по Фрейду, передают определенную сексуальную тематику; скажем, подъем по лестнице означает половой акт. Если что-то происходит в доме с гладким фасадом, человек бессознательно думает о мужском теле, если в доме с выступами — о женском, и т. п. Стремление к смерти также имеет свои символы, например когда снится пустая, безлюдная комната.

На основании расшифровывания символов Фрейд и его единомышленники-психоаналитики проводят вместе с пациентами их толкование (далеко не всегда учитывая при этом, что описки, оговорки и другие «огрехи» могут происходить из-за настоящего, сегодняшнего волнения больного, а не вследствие старых бессознательных конфликтов), цель которого — помочь человеку осознать му-

чащие его в «бессознательном» инстинкты. В этих случаях врач строит свою беседу с больным так, чтобы иметь возможность «прокрутить» конфликт в обратном направлении до источников его происхождения, ведущее место среди которых занимают неудовлетворенные влечения, главным образом «неотреагированные» сексуальные травмы детского возраста. Эти «комплексы» якобы и были вытеснены в свое время больным в область бессознательного.

Познание «внутреннего конфликта», путей к устранению источника переживаний является основанием для переключения энергии людей в новое русло, то есть для сублимации (перевода) неудовлетворенного влечения. Возможные варианты обсуждаются здесь же, в кабинете психоаналитика. И он в значительной мере берет на себя ответственность за социальное поведение того или иного обратившегося к нему пациента. Следствием психоанализа должно стать успокоение человека и избавление его от невротических расстройств.

Свою концепцию Фрейд разработал на основании изучения больных из среды венской состоятельной буржуазии. В жизни многих из них любовные переживания действительно занимали ведущее место. Как врач, Фрейд понимал, что некоторые расстройства психики его больных (в первую очередь невротические) являются следствием половой неудовлетворенности или пресыщенности. Психоаналитические многочасовые и многодневные сеансы способствовали устранению у ряда людей причин невроза (подобные факты встречаются во врачебной практике). Это побудило Фрейда предложить теорию для всех неврозов, затем — для всех нервно-психических расстройств, наконец, перенести ее на психологию здоровых людей и на жизнь общества в целом. В результате родилась мощная философская концепция, ставшая популярной в ряде зарубежных стран.

Методология психоанализа спорна, создает неразрешимое противоречие: вся система изучения состояния больного направлена к осознанным, сознательным, разумным механизмам, в то время как они занимают якобы подчиненное место по сравнению с всеильными инстинктами. Однако дело не только в этом. Содержание бессознательного, правящее, по учению Фрейда, в конечном счете судьбами мира и каждого человека, оторвано от биологических и социальных факторов, от личности, от работы головного мозга. Это в известной мере вооружило философов-идеалистов тезисом о неуправляемости человеческого сознанием и реакциями.

Новейшие достижения психологии, психиатрии, нейрофизиологии убедительно показывают, что только сознание, формируемое в течение жизни человека, определяет его социальные запросы и поведение.

---

## БОДРСТВОВАНИЕ И СОН

---

К числу основных законов психической деятельности относится правильное чередование бодрствования и сна. Эти два процесса взаимосвязаны и необходимы друг другу: бодрствование — для проявления активности, сон — для отдыха и восстановления сил. Сон и бодрствование сменяют друг друга весьма согласованно, так же как многое в природе, например смена времен года, дня и ночи. Организм приспособился к условиям, существующим на земле, и «подстроился» под них.

Ритм сна обусловлен многими причинами. Некоторые птицы и звери днем спят, а ночью охотятся. Людям, попадающим в подземелье, в силу необходимости приходится менять «привычки». Так, группа советских спелеологов в начале 1982 года закончила одну из самых длительных подземных экспедиций, проведя 71 день в третьей глуби-

пе на нашей планете — пещере Снежная в горах Абхазии. Вскоре после спуска под землю спелеологи оказались неподвластны наземным суточным ритмам бодрствования и сна. Их рабочий день иногда растягивался на 60 часов, причем они могли двигаться по маршруту без сна в течение 40 часов, а затем спать по 15 часов (с коротким перерывом для еды). В более обыденных случаях тоже можно наблюдать «подстраивание» ритма бодрствования и сна под реальную жизненную необходимость. Возьмем работающих в ночные смены. Как правило, они достаточно легко «перестраиваются» в соответствии с новым расписанием. Причем гораздо легче это удается тому, кто моложе. В настоящее время утвердилось некая общая тенденция для развитых стран: за счет искусственного освещения удлиняется день и сокращается ночь, а значит, увеличивается период бодрствования.

Спит человек примерно треть своей жизни. Если спать в среднем не 8, а лишь 2 часа в сутки, то к 70 годам прибавляется еще 17 лет. Сколько интересных и ценных замыслов можно осуществить за эти годы! Однако если это и возможно, то, наверное, в далеком будущем. Тайны сна еще только начинают постигаться. Если сегодня кто-то усилием воли заставляет себя экономить на ночном отдыхе ради выкраивания лишних часов на работу, то в конечном итоге он все-таки проигрывает — уставшие «механизмы» снижают свои «показатели», что иногда достаточно быстро приводит к болезненным нарушениям. Каждая бессонная ночь может породить много бессонных ночей. Этому же способствует частая смена ритма сна.

Группа исследователей поставила такой эксперимент. Добровольцам последовательно многократно сдвигали часы сна, сохраняя его общую суточную продолжительность. При каждом изменении режима засыпания и пробуждения испытуемые должны были по определенной программе выполнять контрольные задания, требовавшие напряженного внимания. Было обнаружено, что любая смена



ритма сна по сравнению с привычным снижает качество умственной работы, способствует появлению пониженного настроения и различных невротических расстройств.

Причины утомления и сна до сегодняшнего дня окончательно неизвестны. Одни ученые считают, что утомление наступает, когда исчерпываются запасы ферментов и катализаторов прежде всего в нервно-клеточных системах, что ведет к постепенному угасанию их активности. Пополняться же утраченные запасы могут только за счет развития тормозного состояния, главным образом во время сна. Другие ученые приписывают ведущую роль накоплению в тканях, особенно в мышцах, продуктов распада, которые «отравляют» их и требуют для своего выведения «остановки»; они-то и нажимают на тормозную «педаль» бодрствования.

Если названные причины остаются пока что под вопросом, то о физиологических механизмах сна благодаря современным научным достижениям можно говорить более определенно. Сон не застывшее, неподвижное состояние, одномоментно сменяющее бодрствование. Он зависит от глубины и распространения торможения. Так же как неодинакова степень бодрствования, различно и качество сна. Между бодрствованием и сном существует как бы промежуточное состояние относительного равновесия физиологического возбуждения и торможения. Такое состояние получило наименование просоночного.

При засыпании прежде всего подвергаются торможению клетки и участки коры мозга, ответственные за вторую сигнальную систему. Они менее устойчивы по сравнению с более старыми в эволюционном отношении областями мозга, ответственными за первую сигнальную систему. Отдельные области коры и подкорковых образований у засыпающего человека какой-то период еще продолжают свою «отражательную» деятельность, однако без коррекции высших отделов мозга. В результате этого возникают «полуреальные», расплывчатые пластичные

образы, лишённые, как правило, пространственной ориентации.

Физиологические процессы торможения никогда не захватывают всю кору целиком. Остаются «сторожа», которые постоянно, даже при внешне кажущемся глубоком сне, связывают человека с окружающим миром. Они меняются у разных людей и в разных условиях. Уставшая мать может спать среди многообразных шумов, но стоит ребенку заплакать, как она тут же просыпается. «Сторожевой пункт» мозга всегда настроен на получение самой главной информации, для матери — это крик ребенка.

У животных сон тоже не бывает абсолютно полным. Понаблюдайте за спящей кошкой. У нее часто шевелятся уши, и только послышится шуршание, напоминающее шорох мыши, как она немедленно вскакивает.

Интересны наблюдения за огромными моллюсками с большими головами и восемью щупальцами-ногами, живущими в Италии на морской биологической станции. Опускаясь на дно аквариума и ложась спать, моллюск окутывает голову семью щупальцами, а восьмую «ногу» поднимает вверх. Она напоминает часового, охраняющего спящее подразделение. Закутанную голову можно трогать и подталкивать — моллюск не двигается; если же прикоснуться к восьмому щупальцу, он сразу пробуждается и отплывает в сторону. «Сторожевой пункт» мозга — необходимое охранительное приспособление всего животного.

Во время глубокого сна происходят изменения и в других внутренних органах человека. Деятельность большинства из них протекает на «минимальном уровне». В состоянии бодрствования расходуются нужные вещества; во сне же, наоборот, они усваиваются. Артериальное давление понижается, температура тела несколько падает, однако пищеварительные органы, печень, поджелудочная железа работают в своем режиме. Начало снижения активности мышц каждому из нас хорошо знакомо, это как

бы первый признак надвигающегося сна — появляется вялость, «тяжелеют» веки, руки, ноги. При глубоком сне мышцы совсем расслаблены. Именно поэтому свешивающаяся с кровати рука крепко спящего человека напоминает безвольно болтающуюся плеть.

Потребность во сне различна. Чем старше человек, тем меньше он спит. Новорожденным на сон требуется 22 часа в сутки, старику — не более 4—5. Объясняется это прежде всего тем, что растущему, активно поглощающему энергетические запасы организму (преимущественно это относится к детям) нужен более продолжительный отдых для пополнения потерянных сил.

Без сна жизнь людей может продолжаться значительно меньше, чем без воды и пищи, — не свыше 10 суток. Недаром лишение сна применяется в качестве особо изощренной пытки.

Конечно, говоря о сне, нельзя не сказать о сновидениях. По образному выражению И. М. Сеченова, сновидения — «небывая комбинация былых впечатлений». В них в особом виде «оживают» нервные следы имевших место переживаний, то есть своеобразно проявляются механизмы памяти и восприятия в условиях большего или меньшего торможения. Хаотическое мышление, лишенное координации сознания, — вот наиболее общая характеристика сновидений.

Успехи науки последних лет с достаточной степенью определенности позволяют установить, как спит человек. Когда о ком-нибудь говорят, что он спит «как убитый», это неверно. Любой человек за ночь во сне совершает не менее 20—60 незначительных движений, расходуя на это 30 секунд из каждого часа. Во второй половине ночи люди двигаются чаще, чем в первый. Дети — чаще, чем взрослые.

Можно считать, что людей, не знающих сновидений, нет. Нормальный человек ночью видит четыре-пять снов, однако запоминает их далеко не всегда. Американский

физиолог Н. Клейтман, посвятивший более 40 лет описанию и изучению сна, обратил внимание на то, что в течение ночи у спящего человека периодически повторяются быстрые движения глаз. Удавалось даже регистрировать эти движения. Электроэнцефалограммы показывали, что появление среди медленных «сонных» волн усиленной электрической активности мозга, трактовавшейся ранее просто как поверхностный сон, совпадало по времени с движением глаз. Это навело Клейтмана и его сотрудников на мысль, что подъем электроэнцефалографической активности и движение глаз могут быть обусловлены видением снов. Для подтверждения их мысли многие исследователи в разных странах провели тщательные наблюдения. Спящих испытуемых сразу же после регистрации серии движений глаз будили и спрашивали, видели ли они сны. Почти все подтверждали это и рассказывали, что им снилось.

Почему же сны чаще всего забываются? Потому что все зависит от двух основных видов памяти. След текущего события, как уже отмечалось, концентрируется вначале «кратковременной» памятью и угасает за несколько секунд. Если же он фиксируется при помощи механизмов внимания, долговременная кладовая памяти берет его на хранение. Во сне механизмы внимания, вероятно, выключены и «работает» лишь кратковременная, текущая память. Поэтому о сновидениях если и можно вспомнить, то непосредственно после их «просмотра». Когда сновидения появляются у человека во время поверхностного сна, сохраняются незаторможенными многие участки мозга, в том числе и те, которые контролируют и настраивают внимание, кратковременный след в какой-то мере фиксируется на относительно продолжительный срок. Обычно лучше всего запоминаются последние за ночь сновидения, они возникают при пробуждении человека, в просоночном состоянии, когда начинает «просыпаться» и внимание.

Объективный метод изучения сновидений позволил выявить ряд закономерностей. Оказалось, что сновидения начинаются только после определенного периода глубокого сна, когда на электроэнцефалограммах регистрируется устойчивый «сонный» ритм. Затем сны появляются почти регулярно с интервалом около полутора часов. Первое сновидение длится недолго, следующие постепенно увеличиваются, а последнее может занять более часа.

Содержание сновидений, каким бы перепутанным оно ни было, обязательно связано с впечатлениями периода бодрствования. Очень часто снятся события прошедшего дня. Их «следы» в памяти еще свежи и потому легко восстанавливаются.

Нередки случаи, когда человек «во сне» решает то, что не смог решить днем, припоминает то, что не смог вспомнить накануне, даже творит то, что не получалось раньше. Например, А. С. Пушкин некоторые стихотворения «сочинил» во сне и, проснувшись, тут же записал их. У А. С. Грибоедова план «Горя от ума» созрел также во время ночного сна. Немецкий химик Ф. Кекуле, безуспешно пытавшийся постичь закономерности в структуре молекулы бензола, как-то, глядя на огонь, задремал и во сне «увидел», как змея, изогнувшись, жалила собственный хвост. Проснувшись, он по аналогии с только что исчезнувшим «видением» понял, что основа молекулы бензола состоит из кольца, включающего атомы углерода. О творческих «озарениях» во сне писали И. С. Тургенев, Л. Н. Толстой, А. П. Чехов.

Подобные «прихоти» творчества вполне объяснимы. Любой вопрос, который как бы «проясняется» во сне, накануне, иногда и не в этот день, а в течение многих недель или месяцев, занимал и будоражил мозг. Решение созревало постепенно, но окончательно оформиться не могло, что-то мешало, часто и недостаточная концентрация внимания в связи с различными делами, которые приходилось выполнять. Во сне человек освобождается

от раздражителей, участки коры затормаживаются, в последнюю очередь «уходят на покой» особенно возбужденные с запечатленными представлениями об интересующем и мучающем вопросе. Уходят, но еще не ушли. И вот здесь, в полусонном состоянии, иногда создаются наилучшие условия для решения задачи. И Пушкин, и Грибоедов, и Кекуле неотступно, с вдохновением думали, вынашивали свои идеи и засыпали конечно же с мыслями о них, пока однажды в приглушенном сном сознании не родилось ясное решение. У неподготовленного, «случайного» человека невозможны счастливые творческие сны.

На содержание сновидений большое влияние оказывает и окружающая обстановка. Разбитый в комнате флакон духов с резким запахом часто вызывает сон с ощущением именно этого запаха. Шумы улицы, проникающие через окно, мерное посапывание соседа, звук тикающих часов — все это может служить стимулом для «сонных симфоний», ветров и криков. Однажды лица большой группы испытуемых обрызгали водой. Проснувшись, они рассказали, что одним снилось, как они плавают, другие видели себя в душе. Такая зависимость сюжета сновидений от обстановки еще раз подтверждает, что бодрствование и сон лишь две стороны одного физиологического процесса.

Люди издавна пытались трактовать сны и видеть в них вещие предсказания. Во многих странах издаются «путеводители по снам» — «сонники». Но толкование сновидений связано в конечном итоге с их содержанием, а содержание не может быть ничем иным, как продуктом переработки мозгом сигналов, поступающих от внешних и внутренних (находящихся в различных участках тела) раздражителей и из кладовой памяти. Так что искать в «сонных мыслях» указания на будущее по меньшей мере нелепо.

Полезны или вредны сновидения? На этот вопрос пра-

вомерно ответить иначе: они необходимы. Ученые проделывали такой опыт. Едва у обследуемых во сне начиналось движение глаз, их будили; контрольную группу будили только после завершения «сонных» циклов. У людей с прерванными сновидениями наблюдалась интересная закономерность — обрывы возникали все чаще. У одного из испытуемых на восьмую ночь эксперимента было зарегистрировано около 200 циклов сновидений. В контрольной группе ничего подобного не происходило. Однако это еще не все. Люди, которых лишали снов, через несколько дней становились раздражительными, нервными, у них ухудшался аппетит. Очевидно, для нормальной жизнедеятельности организм нуждается в определенном количестве сновидений.

Как и выяснение других «механизмов» психической деятельности, анализ сновидений при различных болезненных нарушениях может помочь в постановке правильного диагноза, в выявлении причин заболевания. Так, ночные сны и сноподобные расстройства, которые запоминались больными и затем по просьбе врачей отражались в рисунках, позволили установить, что при неврозах содержание сновидений в основном зависит от конфликтных или травмирующих ситуаций. При алкоголизме, наркоманиях, других токсических воздействиях сновидения бывают двух родов: банальные кошмары и галлюцинаторно-бредовые. Во втором случае они нередко отличаются яркостью цветовой гаммы, фантастичностью, «интересностью», бурной реакцией на «видимые» картины. При депрессии во сне обычно преобладают грустные сюжеты, при повышенном настроении — отрывочные, нередко эротического характера. У больных шизофренией сновидения зачастую сложные, «запутанные». В общем, картина сновидений дает врачу дополнительный материал для оценки аномалий пришедшего к нему пациента.

\* \* \*

Итак, мы кратко познакомились с основными сторонами единой и неделимой психической жизни человека. Ослабление функциональной активности и извращение деятельности каждой из них — внимания, памяти, воли, эмоциональности, мышления, правильного соотношения бодрствования и сна, — наблюдаемые под влиянием разных причин, обуславливают различные по сути и степени выраженности нарушения психического здоровья.

Вместе с тем учет механизмов мышления человека и восприятия им окружающего мира облегчает социально-психологический анализ происходящих в обществе событий, не только помогает понять их истинную суть, но и открывает путь к поиску наиболее рациональных, конкретных решений жизненных проблем и предупреждению возможных конфликтов.

---

## ПОВЕДЕНИЕ ОСОЗНАННОЕ И ВНУШЕННОЕ

---

В начале текущего столетия в предреволюционной России и позже, в первые годы становления нового общества, крупнейшие мыслители того времени пытались объяснить связь между социальными катаклизмами, психологическим состоянием человека, его созидательной и разрушительной деятельностью. Можно назвать имена таких всемирно известных ученых, как И. П. Павлов, В. М. Сеченов, К. А. Тимирязев, И. Н. Мечников, В. М. Бехтерев. Эти исследователи (так же как и их западные коллеги, например З. Фрейд) пытались искать в психологии разрешение происходящих и грядущих социально-политических изменений. Недаром многие книги этих авторов (например, «Рефлексы головного мозга» Сеченова) были впервые опубликованы как научно-популярные издания, предназначавшиеся широкому кругу читателей. Но по-иски только в этом направлении не могли привести к ус-



пеху, они проводились без учета объективных законов экономического и социального развития общества, поэтому оказались обреченными на безрезультативность. Однако были и находки, главным образом в разработке методологической основы изучения психической и высшей нервной деятельности, отдельных составляющих их механизмов и процессов. Учения об условных и безусловных рефлексах, сознательном и неосознаваемом в психической деятельности, локализации функции в центральной нервной системе, иммунологической защите организма выдержали испытание временем и составляют важнейшую часть современной биологии и медицины.

Небезынтересно обратиться, в частности, к книге В. М. Бехтерева «Внушение и его роль в общественной жизни», вышедшей из печати почти 90 лет назад.

Две поучительные мысли (они достаточно четко отражают и сегодняшнее состояние проблемы) высказывает Бехтерев уже в начале своего труда. Первая — о существовании наряду с «физической заразой» «заразы психической», микробы которой хотя и невидимы под микроскопом, но действуют везде и передаются через слова, жесты, движения окружающих, через книги и газеты. Каждый человек, как считал Бехтерев, постоянно подвергается действию психических микробов и поэтому находится в опасности быть «психически зараженным». В этом суждении — вся логика понимания того, что называется психогенезом причинно-следственных отношений при неврозах и многих так называемых психосоматических заболеваниях.

Вторая мысль касается внушения — понятия о психологическом процессе, гораздо более распространенного, нежели гипноз. Считалось, что внушение — достаточно узкий процесс влияния врача на пациента во время гипноза. Однако внушение широко используется и вне медицины, определяя воздействие людей друг на друга даже при обыденных условиях жизни. В таком понимании

(впервые, вероятно, столь четко обозначенном именно Бехтеревым) внушение является важным фактором общественной жизни. К нему прибегали религиозные деятели, властители всех времен.

Разумеется, внушение — это лишь один из путей воздействия одного человека на другого, и понятно, что без знания, понимания комплекса механизмов социально-психологических контактов людей невозможно представить всю полноту психической деятельности и поведения человека как в норме, так и при психических заболеваниях. Вслед за Бехтеревым можно с полным основанием утверждать, что внушение — это переработка и усвоение мыслей, быстрое их превращение в движение, ощущение, в акты задержки каких-либо действий без интеллектуальной переработки, а порой и без видимого побудительного мотива. Внушение и самовнушение не только благо, они и лечат, и в равной мере могут приносить вред. Например, во врачебной практике достаточно часто можно видеть, как человек «вживается», «вчувствуется» в свои ощущения, что усугубляет те или иные действительно имеющиеся болезненные симптомы.

Восприятие окружающего всегда творческий процесс, он может быть активным и пассивным. В первом случае обдумывание, размышление, привлечение личного опыта, знаний позволяют сформировать мысль и сделать ее достоянием личной сферы психики. Иначе говоря, при этом вырабатываются прочные личные убеждения, которые создают индивидуальную основу восприятия и деятельности человека. Пассивное восприятие главным образом осуществляется благодаря внушению. Наверное, это не всегда украшает человека, но это реальность, которая известна каждому, хотя далеко не каждым осознается. Уже отмечалось, что если на первом этапе формирования навыков, созревания сознания у каждого ребенка преобладают процессы внушения и подражания, то по мере становления человека или личности основное значение при общении

с другими начинает занимать убеждение. Но не каждый из нас имеет возможность быть компетентным и убежденным во всех многообразных жизненных вопросах. Нередко мы многое принимаем, как говорят, «на веру», подражаем кому-то, в известной мере отказываемся от собственного мнения или просто не имеем его, потому пользуемся внушенными стереотипами и мыслей, и действий.

Разумеется, существуют факторы, облегчающие или, наоборот, затрудняющие восприимчивость к внушению. Они зависят в значительной мере от черт характера, темперамента, воспринимающего внушение и внушающего, от ситуации, в которой они находятся, от имеющихся у них убеждений, знаний, опыта и многих других факторов. Внушение требует устранения или снижения силы суждения и воли человека. Ему способствуют обычно следующие обстоятельства: неожиданность, захватывание врасплох, когда человек не может противодействовать внедряемому в него влиянию; отсутствие или ослабление конкурирующей с внушаемой мотивизации; ограничение и ослабление критического осмысливания ситуации, приводящие к психическому инфантилизму, не позволяющему обсуждать другие альтернативы и нередко выдаваемому за ложную зрелость (не в связи ли с этим знаменитый английский писатель Г. Грин сказал о том, что сомнения плодотворны, и назвал себя не только человеком веры, но и человеком сомнений).

Внушение всегда близко к вере, создающей иллюзию познания и реальности. Верующий принимает истину как действительность, хотя она и недоступна познанию.

Можно обратиться к далеким, не очень еще забытым и буквально сегодняшним событиям, затрагивающим большое число людей и требующим социально-психологических оценок. Массовые выступления людей, различные демонстрации, погромы, эпидемии кликушества, толпы хунвейбинов, цзаофаней, демонстрации в центре Москвы, клеймящие осужденных «врагов народа» на процессах

37-го года, митинги против «врачей-убийц» 52-го года, некоторые современные многотысячные сборища, религиозные фанатические выступления... Что это — результат осознанной, логически осмысленной и возвышающей человека мыслительной деятельности? Или что-то иное, возникшее вследствие внушения «кого-то»? Думаю, альтернативного, взаимоисключающего ответа на эти вопросы нет. И то, и другое имеет место. Бехтерев, например, справедливо замечал, описывая еврейский погром, что его кто-то всегда готовит. Но когда погром начинается, действует «психология толпы», основанная на взаимоподражании и взаимовнушении. В этих случаях можно наглядно убедиться, как непосредственно среда влияет на человека. «Толпа людей», «сборище», нередко превращается в одну «огромную личность», в которой «психическая инфекция» всех подчиняет общей идее и заставляет действовать как «единое целое». При этом толпа «подобна лавине» — чем дальше она катится, тем грознее и опаснее становится. Общность интересов сплачивает, возбуждает толпу, устраняет страх у ее членов. Главное, что объединяет многих людей в лавинообразную «единую личность», — высокая или, наоборот, низменная цель. Разобраться в характере цели каждому «вступающему в толпу» сложно, а порой и невозможно. Но «в толпе» человек хотя и не является «среднестатистической единицей», находится в определенной системе и вынужден подчиняться ее законам. Правда, у него сохраняется возможность восстать против цели, которую он осознал и не разделяет. Однако это под силу лишь тем, кто оправился от внушенной безответственности, кто обладает созидательной силой убеждения и мужеством.

История преподносит нам примеры огромной внушающей силы не только идей, которые активно завоевывают народные массы и делают единомышленниками миллионы, но и слепой веры в силу непогрешимости гения своего лидера. По мере развития цивилизации и становлений

демократии критический ум, сомнения масс требуют от лидеров не просто использования внушающего авторитета и силы власти, но и идейного, логического обоснования своих стремлений. Вероятно, такая закономерность прослеживается на всех этажах власти и в любом обществе. Ее осознание необходимо и в политике.

Весь комплекс происходящих в нашей стране преобразований, направленных на демократизацию общества, строится, как мне кажется, на базе содружества и взаимной ответственности лидеров и исполнителей. В нашей стране люди сейчас не хотят жить, как это было еще недавно, внушенными догмами. Это нежелание — само по себе свидетельство политической зрелости людей, стремящихся быть не только исполнителями, но и активными, понимающими участниками строительства преобразуемого общества.

---

## ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ — БЕЗУМИЕ. ГДЕ ГРАНИЦА?

---

Говорить о какой-то точной психической «норме», свойственной некоему «среднему» человеку, очень сложно и, вероятно, вообще невозможно. По словам известного советского психиатра П. М. Зинovieва, область психического здоровья в действительности «переполнена многочисленными мелкими и крупными явлениями, только количественно отличающимися от несомненно ненормальных...».

Психическую норму нельзя рассматривать как что-то абстрактное и невыразительное. Посредственность ни в коей мере не может быть принята за эталон. Каждый человек обладает строго индивидуальным набором психологических качеств, собственным уровнем развития раз-

личных способностей. При этом человеческая красота заключена отнюдь не в стандартных пропорциях.

Учитывая, что психическая деятельность — результат совместных биологических и социальных процессов, здоровым принято считать человека, у которого гармонично развиваются потенциальные физические и творческие силы, делающие его зрелым, работоспособным и активным членом общества. Причем для него характерны целенаправленность, адекватность (соответствие), плановость и упорядоченность действий. Именно социальная значимость является основным критерием, который определяет его достоинства.

При отсутствии психических расстройств человек должен быть, по мысли Сенеки, высказанной в самом начале нашей эры, полезен максимально многим людям; если это невозможно, то хотя бы немногим; если это невозможно, то хотя бы своим ближним; если даже и это невозможно, то самому себе. Американский психолог Джезоф, используя отчасти знаменитую формулу Горация, предлагает определять душевное здоровье как состояние, при котором человек доволен собой, правильно относится к другим и способен противостоять жизненным неурядицам.

В книге «Норма, болезнь и вопросы здравоохранения» советский исследователь А. Д. Степанов наиболее общим признаком патологии считает утрату человеком способности полноценно выполнять какие-либо функции. При этом подразумевается не только главная, трудовая, деятельность, но и другие ее формы — общественно-политическая, художественно-эстетическая, познавательная, коммуникативная и т. д.

Разграничение психического здоровья и патологии имеет важнейшее и теоретическое, и практическое значение. Врачу-психиатру приходится проводить медицинскую экспертизу и решать судьбу пациента — давать санкцию на его привлечение к судебной ответственности

или же, наоборот, освобождать от нее. Выявляемые «отклонения» накладывают на больного ряд социальных ограничений, лишают некоторых гражданских прав и обязанностей, к примеру службы в армии. Между тем существующие в настоящее время в каждой стране свои собственные законодательства в этой области, официально утвержденные или традиционно применяемые, не всегда удовлетворительны.

Как же психиатру не ошибиться при рассмотрении встающих перед ним весьма ответственных вопросов? Чем руководствоваться?

Исследуя больного, составляя заключение, психиатры не хаотично набрасывают в кучу все те странности и непонятности в его поведении, из-за которых он входит во врачебный кабинет, а скрупулезно и тщательно, буквально по кирпичику собирают и фундамент, и все надстройки болезненного процесса. Учитываются расстройства работоспособности, восприятия окружающего мира, внимания, памяти, мышления, эмоциональных реакций и т. д.

Хотя трудности в установлении того или иного диагноза в ряде случаев сохраняются, распознавание психических болезней приобретает все более совершенные формы. Уже описаны основные виды и варианты болезненной ненормальности с учетом познанных законов работы мозга и психической деятельности, выявлены непосредственные и косвенные причины, приводящие к возникновению психозов. Немалый вклад внесли в это, кроме данных, полученных клинической медициной, биологические и экспериментально-психологические исследования, помогающие в настоящее время объективно и достаточно наглядно представлять патологические механизмы в психической жизни больного человека.

Все возможные отклонения от нормы в современной психиатрии принято рассматривать в двух группах — это пограничные формы психических расстройств и «ис-

тинные», «основные» психические заболевания. Если их развитие представить как вытянутую прямую линию, то пограничные состояния займут место между нормой и собственно болезнями. Особенности различных психических заболеваний посвящены следующие разделы книги.

Однако, прежде чем обратиться к ним, давайте попробуем разобраться, чем же отличаются проявления психической болезни от поведения здорового человека, совершающего какой-либо непонятный для окружающих поступок и в силу этого нередко называемого безумцем.

Безумие — более широкое понятие, чем психическая болезнь, хотя сейчас практически они все чаще «накладываются» друг на друга.

Древние философы склонны были видеть два типа «неразумия» — сумасшествие и неведение. Быть без ума может и здоровый человек, когда он производит какие-то конкретные, недостаточно обдуманные, «странные» действия. Причем здесь многое зависит и от того, кто называет человека безумным, ибо наши суждения бывают субъективными и однобокими.

Кого считать умным, а кого, наоборот, без ума? Или вообще безумным, если вкладывать в это слово уже иной смысл — свидетельство той или иной патологии? Любой однозначный ответ на эти вопросы неполон и неверен. Основные закономерности и границы в окружающем нас мире симметричны и в конце концов поддаются разгадке, когда мы раскрываем простое в сложном. В идеале, наверное, надо стремиться к простоте, всем понятной четкости и в объяснении психической нормы и болезни. Однако и сегодня это пока не всегда возможно.

Известно, что имеются достаточно четкие определения тех или иных противоположных качеств или явлений, например черное — белое, холодное — горячее, мокрое — сухое и т. д. Но не все измеряется противоположными понятиями. Как между двумя полюсами находится весь



земной шар, так и между черным и белым, холодным и горячим, мокрым и сухим заключено неисчислимое количество оттенков и характеристик. Спросите ваших спутников, пришедших летом на берег реки или моря: какая вода? Один ответит — теплая, другой сравнит ее с парным молоком, а вам, возможно, вода покажется прохладной. У каждого свои чувствительность и опыт и соответственно этому свои мерки. Причем в течение жизни они не остаются неизменными. Вначале человек воспринимает почти все окружающее преимущественно в противоположно-контрастных диапазонах, таких же, как тепло и холод, свет и темнота. Так, дети непосредственнее и категоричнее в своих чувствах и желаниях: хочу — не хочу; хороший, добрый человек — плохой, недобрый; мой друг — мой враг. В юности «контрастность» суждений несколько сглаживается — появляются сомнения в своей правоте. В зрелые годы людям свойственны более глубокие оценки — жизненный опыт к тому обязывает. Резкие крайности как бы раздвигаются и выпускают в сознание смесь красок, полутона, полухарактеристики. При этом анализ фактов, идейная убежденность, высокое чувство долга, иначе говоря, напряженная мыслительная деятельность (обоснованная, а не непосредственная чувствительность) составляет основу отношений к людям и событиям. Отсюда и понятие о добре и зле, о врагах и друзьях, о хорошем и плохом у детей может быть одно, а у взрослых — совсем иное.

Если оценки окружающего мира у любого здорового человека с возрастом приобретают некую типичную тенденцию, то это не исключает великого множества «разночтений» в мнениях и соответственно — в собственных действиях. Индивидуальность, как читатель помнит, определяется и врожденными особенностями конституционной типологии, и накопленным в течение жизни опытом, и функциональным состоянием нервной и других систем в данный момент.

Для объективных измерений тепла и холода существуют термометры, света и темноты — стандартные единицы освещенности и т. п. Не будь этого, прогресс науки и техники был бы значительно затруднен. А в области психической деятельности человека? Тут отдать предпочтение какому-то одному (или даже нескольким) критерию, пытаться с его помощью сравнивать людей, утверждая, что первый из них умный, второй — глупый, третий — полноценный, а четвертый — сумасшедший, было бы непростительно. Многогранные возможности человеческой психики развиваются то в одном направлении, а то в совершенно противоположном. Бывают талантливые музыканты, которые не могут решить элементарную математическую задачу; в то же время выдающиеся математики, удерживающие в памяти тысячи сложнейших формул, не в состоянии правильно запомнить ни одну музыкальную фразу. Кто из них умнее? Сравнивая музыкальные и математические способности, этого сказать нельзя.

Где же тот термометр, где та стандартная единица меры, пользуясь которыми можно судить об уме человека? Их нет и в принципе быть не может.

Не следует ли из этого, что и в области болезненных психических расстройств ненормальность, обуславливающая неправильное, безумное поведение человека, — субъективное мнение врача-психиатра? Не стоит ли полагать, что о проявлениях психических заболеваний можно судить лишь с оговорками? Нет, ни в коей мере. Психическая болезнь имеет в большинстве случаев уже познанный материальную основу в виде нарушения структурной и функциональной целостности головного мозга. Она требует специального подхода и анализа не с позиции соответствия или несоответствия принятым нормам поведения, а с точки зрения развития патологического процесса. Психиатрия — область медицины, и для психиатрического диагноза необходима прежде всего медицинская, врачебная компетенция исследователя, непре-

менно учитывающая различные жизненные обстоятельства.

Решение вопроса о наличии или отсутствии психического заболевания в ряде случаев не бывает простым. Однако современная психиатрия (в том числе и судебно-психиатрическая экспертиза) накопила богатейший опыт, позволяющий не просто рассуждать, а достаточно четко, на научной основе видеть «простое» и «патологическое», банальное и болезненное в поведении и опьяневшего, и любого человека с расстроенной психической деятельностью. Основываясь на этом, она и дает ответ на вопрос, ставящийся перед ней судебными органами.

Иногда к врачу-психиатру приводят человека с теми или иными неправильностями в поведении, и нужно решить, признать ли его больным и поместить в больницу для срочного лечения, или отнести наблюдаемые странности к экстравагантным «нормальным» особенностям характера. Расскажу о таком примере.

Юноша влюбился в девушку, которая тоже вначале была к нему равнодушна. На протяжении некоторого времени они почти ежедневно встречались. Однако вскоре молодой человек стал буквально преследовать возлюбленную — караулил ее около работы, ночевал в подъезде дома, где она жила, следил за каждым ее шагом и настоятельно требовал, чтобы немедленно состоялась свадьба. Это как-то настораживало и не столько привлекало, сколько отталкивало девушку. Однажды, стоя на балконе, он истерично заявил, что бросится вниз, если не получит расписки в том, что она его любит. В другой раз, схватив нож, выкрикнул, что перережет себе вены, если девушка поедет в командировку и он не сможет ее несколько дней видеть.

Откровенно говоря, когда речь идет о критических состояниях, в частности, когда человек твердит о самоубийстве, врачу-психиатру гораздо проще и безопаснее санкционировать его немедленную госпитализацию в специа-

лизированное отделение, а потом уже разбираться что к чему. Отпуская подобного больного из кабинета домой, психиатр берет на себя большую ответственность, причем не только моральную, но и юридическую, за все возможные последствия.

И вот передо мной влюбленный... Разговор не из легких. О себе, о своих переживаниях рассказывать не хочет — он вполне здоров, и родственники привели его к врачу силой. Да, влюблен, да, не мыслит жизни без нее. Да, плохо спит по ночам и стал крайне раздражительным. Это уже звено в цепочке, за которое можно зацепиться. Спрашиваю: «А бессонница и вспыльчивость — проявления болезненные или нет?» С трудом подтверждает, что раньше такого не бывало. «Что же делать? Это надо лечить?» Отвечает логично: «Доктор, не принимайте меня за сумасшедшего. Плохо спят по ночам и раздражительны многие». Не возражаю и тут же задаю «козырной» вопрос: «Здоровые люди разве собираются бросаться с балкона и перерезать себе вены?» — «Значит, вы знаете и это? Она вам рассказала?» — «А как бы вы поступили на ее месте — остались безразличны к таким словам и ждали бы, пока они перейдут в действие?» Он быстро перебивает: «Вы думаете, я не безразличен ей? Она любит меня?»

Опасный вопрос. Надо завоевать доверие собеседника и к тому же соблюдать «нейтралитет». Говорю о том, что это мне неизвестно и что разбираться во взаимоотношениях людей и их чувствах не дело врача. Это их собственное дело и больше ничье. Только вот анализировать жизненные проблемы, в том числе и проблему о том, кончать ли с собой, нужно на «трезвую» голову, а не в истерике и растерянности.

Молодой человек соглашается со мной. Постепенно завязывается откровенный, непринужденный разговор, и вот прорываются важные для моего предстоящего решения слова: «хотел поугаать ее», «конечно, люблю жизнь

и, если серьезно, ничего бы не сотворил». Обращаю внимание на отсутствие у пациента заторможенности, скованности, плохого настроения, безразличия к окружающему — наглядных проявлений депрессии, при которой наиболее вероятно самоубийство. Основываясь на этом и на ряде других наблюдений, прихожу к выводу, что влюбленный во власти истерической демонстративности, есть и некоторые невротические признаки, но лечение не требует госпитализации. Прямо говорю ему об этом. Он оживляется, радуется, что не надо ложиться в больницу, о чем «подсознательно» думал, когда его вели на прием к психиатру. Проникшись доверием, начинает настойчиво просить, чтобы я выслушал все его доказательства справедливости моего заключения. Выговорившись, спрашивает: «Как вы думаете, любит она меня или нет, и что лучше — добиваться своего или оставить ее в покое?» Снова ухожу в сторону — на этот вопрос может ответить лишь он сам. Однако понемногу утверждаюсь во мнении: у сидящего передо мной юноши нервное напряжение и заострение на его фоне истерических черт характера. И ничего больше. Это принципиально важно. Следовательно, можно со спокойной совестью отпустить его домой. Назначаю успокаивающие средства, пытаюсь убедить, что с врачебной точки зрения ему целесообразно некоторое время не видеться с возлюбленной, войти в норму и проверить свои чувства. Расстояние и время в этом случае лечат эффективнее любых психофармакологических препаратов.

Молодой человек уходит, а беспокойство за него остается. Психиатрия не математика, где все абсолютно точно. Ведь я мог и ошибиться при такой непродолжительной беседе в оценке его психического состояния, не выявить признаков настоящей депрессии. Как сложилась любовная история и вообще судьба моего пациента — не знаю. Но уверен, что он жив. В противном случае мне пришлось бы держать ответ не только перед сво-

ей совестью, но и перед его родными и близкими, а возможно, и перед прокурором...

Представление о психических нарушениях многими связывается с нелепыми действиями человека, сопровождающимися возбуждением и агрессией. Тогда не возникает сомнений, норма это или безумие. Однако многообразие патологий далеко не исчерпывается только бурным и всем заметным проявлением. Непонятные, неуместные суждения, упрямство и неприятие возражений, эмоциональная холодность, без видимых причин постоянно печальное настроение, чрезмерная, несвойственная ранее веселость, неоправданная подозрительность — вот далеко не полный перечень совсем не «буйных» черт психических заболеваний, могущих стать опасными как для самого больного, так и для окружающих его людей. «Небуйные» внешне психические расстройства не бросаются в глаза каждому встречному, и поэтому, когда специалист-психиатр обращает на них внимание и говорит о безотлагательности лечения, он иногда встречает недоумение: «Доктор, не ошибаетесь ли вы, разве это психоз?»

Психиатрия — молодая наука. Она сформировалась относительно недавно — немногим более 150 лет назад, когда появились первые научно обоснованные представления о болезненных нарушениях психической деятельности человека. Однако в качестве особой ветви практической медицины она получила признание значительно раньше. Это было обусловлено необходимостью оказания помощи людям с психическими расстройствами. На всех этапах становления и развития психиатрии на нее в большей мере, чем на все другие области медицины, влияли господствовавшие религиозные, философские, мировоззренческие взгляды. Именно с этим связаны драматические, а порой и трагические ее страницы, судьбы и жизни психически больных. Дело в том, что во время психической болезни в одних случаях рез-

ко, в других — постепенно могут меняться характерные свойства личности человека, а многие его поступки становятся непонятными, не соответствующими, а иногда и противоречащими окружающей обстановке. В результате трудоспособность падает, заболевший перестает быть нужным и полезным людям. Отношение здоровых к таким больным и уход за ними всегда так или иначе отражают гуманность и степень культуры общества, они занимают в борьбе с психической ненормальностью не последнее место.

В этой борьбе можно выделить два периода. Первый из них — донаучный — продолжался веками и сводился лишь к избавлению от больных (или, как это ни парадоксально звучит сейчас, к обожествлению и преклонению перед ними). Во втором периоде успехи науки сделали возможным понимание сущности психических заболеваний, их лечение и способствовали возвращению к полноценной жизни многих людей, перенесших психозы.

История дает достаточно фактов, свидетельствующих о проявлениях психических нарушений у древнейших предков современного человека. Например, ветхозаветные предания Библии повествуют о том, что у царя Израиля Саула, жившего за 2000 лет до н. э., периодически наступали приступы тоски. У одного из вавилонских царей — Навуходоносора — безумие выражалось в том, что он не брил бороду, одиноко скитался, «как вол», по пастбищам, питался травой. В классической мифологии упоминается о «тяжелом недуге, помутившем разум» трех юных дочерей царя Прэта, которые ушли из дому, бродили по лесам и утверждали, что они превратились в коров. В другом писании рассказывается о том, что израильский царь Давид, еще до восхождения на трон, вел себя по меньшей мере «странно» — пускал слюну по борде, царапал двери и т. д. В вавилонском кодексе законов «Хаммурапи», созданном приблизительно за 1900 лет

до н. э., встречается четкий набор признаков эпилептического припадка, называвшегося в то время болезнью «бенну». Исторические описания и легенды пестрят ссылками на особые купания в священных источниках, специальные амулеты, жертвоприношения, совершавшиеся, по-видимому, не вполне нормальными людьми. В древних рукописях более позднего времени удастся обнаружить не только точную картину психических расстройств, но и некоторые способы их лечения, с успехом применяемые и сегодня. Так, в рукописях Низами, относящихся к 1155 году, перечислены 12 человек, на которых воздействовали различными психотерапевтическими приемами. В частности, один юноша, страдавший меланхолией, был подвержен бреду превращения в корову и долго отказывался от всякой еды. Ему взялся помочь знаменитый ученый, философ и врач Востока Ибн Сина (Авиценна). В длительных беседах он хотя и не сумел устранить бред, но изменил его направленность и переориентировал больного. В результате юноша стал принимать пищу, поведение его нормализовалось. В наши дни аналогичные беседы — в арсенале специальных психотерапевтических методов лечения.

Можно довольно легко представить себе, что психические расстройства оказывали сильнейшее впечатление на воображение неразвитого человека. Как и другие необъяснимые явления природы, они вызывали страх и тревогу, порождали фантазии, в которых обожествлялось все неизвестное и объединялось с мистическими представлениями о сверхъестественной силе. Вот почему и тоска израильского царя Саула, и безумие вавилонского правителя Навуходоносора, и помутнение разума у дочерей Прэта, и многие другие аналогичные «факты» на протяжении тысячелетий объяснялись божественным влиянием.

Психически больных в зависимости от их высказываний и поведения люди представляли себе как одержимых злым духом или как пророков, святых, блаженных. От



этого зависела и судьба больного: «святых» почитали, из «одержимых» изгоняли влых духов, а иногда уничтожали их.

Первый шаг на пути к научному пониманию психических расстройств был сделан во время расцвета Древней Греции и Рима. Высокая культура, поощрение научных трактовок окружающих явлений дали толчок развитию материалистического подхода ко многим вопросам. Благодаря этому великие врачи и мыслители Демокрит, Гиппократ, Гален, математик Пифагор и другие считали мозг центром психической деятельности человека и признавали, что его изучение относится к компетенции медицины. Гиппократ писал: «Надо знать, что, с одной стороны, наслаждения, радости, смех, игры, а с другой стороны, огорчения, печаль, недовольства и жалобы — происходят от мозга... От него мы становимся безумными, бредим, нас охватывают тревога и страхи, либо ночью, либо с наступлением дня».

Авл Корнелий Цельс, живший в Риме в I веке н. э., охарактеризовал три вида состояний болезненного безумия — френит (остро возникающие и сопровождающиеся высокой температурой психические нарушения), меланхолию (депрессивные, обычно циклически наступающие расстройства) и искаженное мышление, изменяющее восприятие окружающего. Особо выделялась мания, на редкость четко представшая в работах древнегреческого врача-теоретика и историка Сорана. Вчитаемся в его трактат, а позже, когда на страницах этой книги найдем разговор о современных характеристиках основных психозов, сопоставим их описания, разделенные между собой почти двумя тысячелетиями. Итак, мания в интерпретации Сорана.

Задолго до ее наступления «можно отметить некоторые предвестники приближающейся беды: тяжесть в голове, потеря аппетита или, наоборот, прожорливость и вадутие живота; далее — учащение пульса, ослабление

зрения, искры в глазах, плохой сон с тягостными сновидениями, тревожное состояние, недоверчивость, раздражительность по ничтожным поводам... На высоте болезни появляется бред то веселого, то печального содержания, с идеями бессмысленного чванства или ребяческими страхами. Фразил, сын Пифагора, думал, что ему принадлежат все суда, стоявшие в Пирее. Ученик грамматики Артемидор, увидев растянутого на песке крокодила, вдруг вообразил, что гад съел его руку и ногу. Некоторые больные уверяют, что они превратились в воробьев, петухов и в глиняные сосуды; другие считают себя ораторами, трагическими актёрами, а третьи, потрясая пучком соломы, ваявляют, что держат в руках скипетр мира, или же, как новорожденные дети, кричат и просят на руки к матери. Попадают и такие, которые боятся выпускать мочу из опасения вызвать потоп.

Уже внешний вид этого рода больных указывает на расстройство душевной деятельности: они поражают пристальным и беспокойным взглядом своих кровью налитых глаз, красным цветом глаз, вздутыми жилами. Во всем организме заметны напряжения, исходящие от головы. Пусть некоторые врачи думают, что в таких случаях раньше всего заболевает душа, это ошибочно: причина болезни чисто телесная; еще ни один философ не сумел выработать предписания (то есть как логическим убеждением заставить изменить болезненное поведение. — Ю. А.), как лечить помешательство»<sup>1</sup>.

Оставленные Цельсом, Сораном, другими выдающимися учеными картины психических расстройств, несомненно, отражали клиническую реальность, являлись результатом наблюдательности, умения анализировать и обобщать. Именно поэтому к ним многократно возвращались в прошлом, они не устарели и сегодня, с учетом, конечно, их нового терминологического оформления, допол-

---

<sup>1</sup> Ка в н а б и х Ю. История психиатрии. М., 1929, С. 51.

нительных симптомов, изучения динамики развития.

В I веке н. э. греко-римской психиатрии был известен не только «внешний облик» многих психических нарушений, но и их смена на протяжении заболевания. На этой основе специалисты могли составлять прогноз течения болезни. Вот пример, взятый из сочинений Артея. Говоря о меланхолии, он обращает внимание на то, что наряду с «подавленным состоянием, при наличии той или иной неправильной (бредовой) идеи и при отсутствии лихорадки», но при достаточной продолжительности болезни постепенно усиливается равнодушие ко всему окружающему, наступает полное отупение...<sup>1</sup> Такая тенденция свойственна по нынешним представлениям шизофрении и служит одним из кардинальных признаков этого наиболее тяжелого, хотя и многоликого в своем выражении недуга.

Врачи древности были хорошо осведомлены об особенностях протекания разных психических заболеваний, однако лучше всего, пожалуй, они разбирались в эпилепсии. Тот же Артей заметил, что систематически повторяющиеся судорожные припадки в конце концов вызывают у больных «бледно-свинцовый цвет лица, неясность восприятия органов чувств, медлительность в своих мыслях и неловкость в словах... Они влачат тяжелые дни и безотрадные ночи, полные страшных видений, а когда они достигают среднего и более преклонного возраста, то очень часто всем становится очевидным, что их умственные способности пострадали...»<sup>2</sup>. Ряд древних авторов, подчеркивая крайне разнообразный характер «падучей» болезни, не исключали возможности появления у эпилептиков подсазительности, злобности, мстительности, приводящих к немотивированным нападениям, убийствам и прочим непредсказуемым, но катастрофическим по сво-

---

<sup>1</sup> Каннабих Ю. История психиатрии. С. 43.

<sup>2</sup> Там же. С. 48.

им последствиям действиям. В современных учебниках психиатрии при описании форм эпилепсии можно найти практически те же симптомы.

Любопытны имевшиеся в древности сведения об истерии. В папирусе из Кахун (около 1900 года до н. э.) у женщин отмечаются эмоциональная неуравновешенность и всем знакомые отклонения истерической природы. Сам термин «истерия» дал позже Гиппократ (по-гречески *hystera* — матка). В то время господствовали представления о блуждающих в теле (в буквальном смысле) органах, а матка, по мнению египетских врачей, была и во все независимым организмом. Ее перемещения вверх и ее голод будто бы обуславливали истерию. Исходя из этого и строилась врачебная тактика. Половые органы женщины и нижнюю часть живота смазывали и окуривали благовониями, чтобы «привлечь» матку. Одновременно заставляли вдыхать зловонные средства и принимать внутрь вещества с отвратительным вкусом, чтобы «отогнать» матку на место.

Интересно отметить, что древние греки подмечали не только психические заболевания, но и случаи их симуляции. Так, Одиссей — герой гомеровской поэмы, не желая принимать участие в Троянской войне, запряг в плуг быка и осла и стал пахать песчаные дюны, «засевая» их солью. Послапцы царя, решив проверить помрачение ума Одиссея, положили перед плугом на землю его сына. Одиссей остановился и бережно перенес ребенка в стору. Его замысел был разоблачен.

Знакомство с достижениями психиатрии у древних греков, римлян, египтян невольно наводят на мысль об очень давнем стремлении к научному осмыслению психической деятельности человека и непрерывающемся, несмотря на исторические катаклизмы, поступательном движении познания. Причем нередко новинки в описании болезненного безумия оказывались на поверку повторением «давно забытого старого» в клинико-описатель-

ной оценке психической патологии. Наблюдение, описание, классификация видимого — первый этап любого исследования. Затем — анализ накапливаемых данных. В отличие от первого этот этап (на материалистической основе) начался в психиатрии относительно недавно и определяет ее прогресс в наши дни.

И в Греции, и в Риме, совершенно очевидно, понимали ненормальность как выражение болезни. Гуманность утвердилась в качестве нормы отношения общества к безумцам. Вот какие рекомендации дает Соран для общения с возбужденными больными и их лечения: «В комнате больного, в 1-м этаже, окна должны быть расположены повыше, чтобы нельзя было выброситься наружу. Изголовье кровати располагается спиной к дверям (тогда больной не видит входящих). У очень возбужденных больных приходится иногда поневоле вместо постели ограничиваться соломой, но тогда последнюю надо тщательно осматривать, чтобы не попало в ней твердых предметов. В случаях повреждения кожи эти места необходимо перевязывать... Приходится иногда прибегать к помощи надсмотрщиков: эти люди должны по возможности незаметно, под предлогом, например, растирания, приблизиться к больному и овладеть им, но при этом надо принять все меры, какие возможны, чтобы еще сильнее не взволновать его... Следует внимательно изучать содержание неправильных мыслей больного, в соответствии с чем пользоваться полезным действием тех или иных внешних впечатлений, занятых рассказов и новостей; в период выздоровления надо уметь уговорить больного пойти на прогулку, заняться гимнастикой, упражнять свой голос, заставляя читать вслух... Когда выздоровление уже подвинулось далеко, надо побуждать больного к более сложной умственной деятельности»<sup>1</sup>.

Перечитываешь эти строки и не перестаешь удив-

---

<sup>1</sup> Каннабих Ю. История психиатрии. С. 43.

ляться, что они содержатся в трактатах почти двухтысячной давности. Хотя тогда гуманное отношение к умалишенным и превалировало, оно встречало противников. Соран пишет: «Иные врачи предлагают держать всех без исключения больных в темноте, не принимая во внимание, как часто отсутствие света раздражает человека... Некоторые, например Тит (вероятно, один из оппонентов Сорана. — Ю. А.), проповедовали голодный режим, забывая, что это вернейший способ довести больного до смертельной опасности... Врачи, сравнивающие умалишенных с дикими животными, укрощаемыми голодом и жаждой, должны сами считаться умалишенными и не браться за лечение других. Исходя из ошибочных аналогий, они предлагают применение цепей... Некоторые заходят так далеко, что рекомендуют бич, полагая, что таким воздействием можно вызвать прояснение рассудка: жалкий способ лечения, ожесточающий болезнь и уродующий больных...»<sup>1</sup>.

К прискорбию, надолго — более чем на полтора тысячелетия — эти слова предадут забвению, а отношение к психически больным будут определять антиподы Сорана. И лишь лет 200 назад гуманизм стал понемногу возвращать свои позиции, пока не занял, правда, не всегда и не во всем, подобающего ему главенствующего положения.

Недостаточное развитие анатомии, физиологии, психологии, фармакологии и других наук, а также сдерживающие рамки рабовладельческого строя не позволили перейти от первого шага в борьбе с психическими болезнями — понимания их природы, ко второму — ее изучению и лечению. Вследствие этого и практиковавшиеся лечебные мероприятия были малоэффективными. Видимо, потому-то больные искали причины своего безумия в «богогрешении», а исцеление от него — у богов. Мно-

---

<sup>1</sup> К а в в а б и х Ю. История психиатрии, С. 48.

гие из них, наряду с людьми, страдавшими другими болезнями, селились в специальных храмах Асклепия, греческого бога врачевания (мифологического сына Аполлона и нимфы Корониды). Там они подвергались мистическим и ритуальным внушениям и ждали чуда. В IV, веке до н. э. только в Греции было около 300 таких храмов. Целому ряду больных, особенно с истерическими расстройствами, несомненную пользу приносила, как бы мы сейчас сказали, психотерапия, в том числе и гипноз; исчезали «припадные» состояния (это был самый внешне заметный терапевтический эффект), наступало эмоциональное успокоение. Однако положительные результаты заносились на счет «божественного» вмешательства.

После упадка Древней Греции и Рима, начиная примерно с III века н. э., научно-естественный свет в медицине стал постепенно тускнеть — церковь подчиняла себе научную мысль. Но надо заметить, что в эпоху средневековья эстафету греков и римлян подхватили арабы. Арабские врачи, заимствовав из старых источников персидские взгляды на причины «нервных» расстройств, пытались учитывать их в своей практической деятельности. Немаловажное значение имел и своеобразный подход ислама к «ненормальным», которые якобы появились по воле аллаха, а его волю следует уважать. Именно арабы построили первые больницы для психически больных.

В средние века положение таких больных в Западной Европе сделалось безотрадным. Религиозный фанатизм висел над «одержимыми дьяволом». Инквизиции католической церкви подвергалось огромное количество так называемых ведьм и колдунов, большинство из которых, несомненно, страдало нарушениями психики. Во Франции, например, только при Карле IX их было сожжено более 300 тысяч.

Примечательным документом об отношении церкви к психически больным является послание (булла) папы

Иннокентия VIII, в котором рекомендовалось «разыскивать и привлекать к суду людей, добровольно и сознательно отдавших во власть дьявола». Два доминиканских монаха Яков Шпрингер и Генрих Инститорис, опираясь на папскую буллу как на юридическую санкцию, начали энергично истреблять «ведьм». В 1487 году они опубликовали «Молот ведьм», названный так потому, что в нем перечислялись все способы, как их опознавать и сокрушать.

Недалеко от католиков ушли и протестанты. Лютер, один из основателей протестантского вероисповедания, писал в XVI веке: «По моему мнению, все умалишенные повреждены в рассудке чертом. Если же врачи приписывают такого рода болезни причинам естественным, то происходит это потому, что они не понимают, до какой степени могут и силен черт».

Под розгами и пытками заподозренные в связях с чертом «признавались» в этом. Характерен случай, происшедший с некоей Анной Кезерин в 1629 году в городе Нейбурге. У молодой женщины без всяких на то причин развились безысходная печаль и тоска. Она перестала ходить на свадьбы, не посещала знакомых, непрерывно плакала. (В настоящее время это состояние без особого труда было бы расценено как депрессивное.) И вот однажды 12 «ведьм» и «колдунов», перед тем как взойти на костер, показали, что Анна Кезерин тоже ведьма. Ее схватили, посадили на пень, допрашивали, и в конце концов она призналась во всех предъявленных ей обвинениях. Только перед казнью на исповеди Анна Кезерин отреклась от всего и потом, умирая, слезно просила, чтобы после нее больше никого не сжигали. По приблизительным подсчетам известного отечественного невропатолога профессора Блуменау, в Европе с XIV по конец XVII века было сожжено до 9 миллионов «ведьм».

Давление церкви, слепая вера в бога, низкий культурный уровень средневекового человека сделали свое



дело — многие психически больные бродили без надзора, нищенствовали и, если даже не попадали на костер инквизиции, проводили значительную часть своей жизни в монастырских приютах и тюремных камерах. Вероятно, в ряде случаев и сами больные (с наличием бреда) выступали в роли доносчиков и яростных обвинителей «ведьм». Общество стремилось избавиться от обузы. Борясь с безумием, люди уничтожали безумцев.

Массовое истребление больных в Западной Европе в XVI—XVII веках постепенно сменилось другим, не менее жестоким методом, в основе которого лежало полнейшее равнодушие к их судьбе: «приверженцев дьявола» и «припадочных» собирали в специальные учреждения, где условия их существования были хуже тюремных. Одним из первых учреждений такого рода был лондонский Бедлам (убежище для сумасшедших), возникший при Вифлеемском монастыре. Более пяти веков прошло с тех пор, но слово «бедлам» прижилось, осталось и в русском языке, обозначая беспорядок, хаос, «сумасшедший дом». В сохранившихся до наших дней гравюрах, рисунках, картинах изображены сцены из «жизни Бедлама»: маленькие комнаты без печей, без какой бы то ни было мебели, с дырами в стенах. Голые, опутанные цепями и в большинстве своем прикованные к стенам люди. «Врачи»-надзиратели вооружены только одним «медикаментом» — плетью. Отношение к больным ярко иллюстрируется тем, что по праздничным дням англичане могли посещать смотровые площадки Бедлама и дразнить несчастных. Число посетителей доходило до 40 тысяч в год.

Во Франции дело обстояло не лучше. В 1653 году один из пороховых заводов Парижа «переоборудовали» в своеобразный приют, за которым сохранилось прежнее название — Сальпетриер (селитровый завод). По документальным записям можно судить, каково там было больным. Они почти не получали еды и свежего воздуха. За

незначительную плату их показывали любопытным. Лечение же состояло в тех же пытках — часто применялись телесные наказания, «пациентов» длительное время держали вверх ногами, катали, «как колесо», проводили кровопускания и т. п.

В конце XVIII и начале XIX столетия, прежде всего в Германии, считалось, что каждый человек сам хозяин своей воли, больше ни от чего она не зависит, а раз так, то только сам человек обладает полной свободой выбора между добром и злом. Неправильное, нелепое поведение безнравственно потому, что люди, мол, сами встали на порочный путь зла. Отсюда вывод: их надо не лечить, а наказывать.

Цепи, кандалы, смирительные рубашки, особая «груша», которой затыкали рот, чтобы нельзя было кусаться и плевать, ледяной душ, сбивающий с ног, лишение пищи, карцер — вот далеко не полный перечень изощренных «лечебных методов», распространенных в развитых европейских странах еще 150 лет назад.

Как ни странно, эти «методы» долго не вызывали протеста — ни в XVII, ни даже в середине XIX века, когда гуманные концепции широко проникли в философию, литературу и искусство. Общество созерцало безумцев и пока что не могло предложить иных способов их содержания и лечения. Дальнейший подъем европейской цивилизации, развитие буржуазного общества, сопровождавшиеся успехами науки, в том числе и медицины, предопределили условия для перелома в организации психиатрической помощи.

Революционное правительство времен Великой французской революции издало ряд декретов о создании психиатрических учреждений. Филипп Пинель — уполномоченный правительственной комиссии — впервые 24 мая 1792 года снял цепи с 49 больных Сальпетриера. Это не только не способствовало усилению возбуждения, но, наоборот, успокоило больных и улучшило их состояние. Уст-

ранение грубых мер физического воздействия дало очень многое для развития научной мысли, так как появилась возможность наблюдать подлинные картины психозов, не искаженные озлоблением или страхом. Памятник Пинелю, установленный перед преобразованной ныне парижской лечебницей Сальпетриер, увековечивает его врачебную деятельность.

В России отношение к психически больным не было столь жестоким, как в Западной Европе. Их жалели, называли не «одержимые дьяволом», а «богом наказанные», считали их не «вражьей силой», а «божегневными», которым надо помогать искупить свою вину перед богом.

В Киевском государстве IX—X веков существовала специальная организация призрения «нищих, странных и убогих людей». По указу князя Владимира в 996 году на церковь возлагалась обязанность за счет десятины княжеских доходов открывать в городах «странноприемницы», сиротские, вдовьи дома и больницы. Эти «странноприемницы», видимо, и были прообразами психиатрических больниц на Руси. Они устраивались при монастырях, многие монахи-врачеватели прославлялись в лике «чудотворцев» за то, что «исцеляли бесных и имели дар внушать то, что они хотели, помимо воли тех, кому они делали внушение». Бесными называли беспокойных «постояльцев» в отличие от «слабоумных», которые объединяли «странных и убогих». Согласно «Русскому летописцу по Никонову списку» среди разных монастырских строений была и «крепкая темница» для злых еретиков и беспокойных психически больных.

Славяне с терпимостью относились к волхвам и чародеям, многие из которых были «помешанными». При чем помешательство связывалось «с порчей несчастных чем-то посторонним по причинам, от них не зависящим». Высшее духовное лицо — митрополит Иоанн (IX в.) проповедовал: «Занимающихся чародейством необходимо наставлять не раз, не дважды, но непрерывно, пока узна-

ют и уразумеют истину, а при закоренелости их действовать и телесными наказаниями, но не проливать крови». Сожжение колдунов на Руси было редкостным явлением, и в исторических документах приводится лишь несколько упоминаний об этом.

Причины относительной мягкости и терпимости к людям со странными, необычными поступками кроются в особенностях славянской культуры. Вот что писал по этому поводу в конце прошлого столетия известный историк В. Б. Антонович: «Суеверие, конечно, было свойственно славянам не меньше, чем другим народам. С начала русского государства волхвы и прорицатели будущего играли среди славян достаточную роль, но народный взгляд на чародейство был не демонологический, а исключительно пантеистический. Допуская возможность чародейственного влияния на бытовые, повседневные обстоятельства жизни, народ не искал начала этих влияний в сношениях со злым духом; демонология мало была развита в России».

Нашествие монгольских завоевателей и разорение в XIII веке Киевской Руси привели к упадку монастырской медицины, но по мере становления и укрепления Московского государства вопрос о судьбе психически больных вновь начал требовать своего решения. И хотя продолжали господствовать идеалистические воззрения на причины помрачения рассудка, вновь в отличие от Западной Европы проявилась высокая гуманность русского народа. На высочайшем Стоглавом соборе, созванном в царствование Ивана Грозного в 1551 году, было отклонено предложение о преследовании церковью «одержимых бесом», наоборот, отмечалось, что «бесных» и «лишенных разума» надлежит помещать в монастыри, чтобы они могли «получать вразумление или приведение в истину... дабы не быть помехой для здоровых».

Общество имеющимися у него средствами, руководствуясь религиозным пониманием природы безумия, стре-

милось лечить психические заболевания. Многие же «лишенные разума», называемые блаженными (старославянское название святого) или юродивыми, оказывались даже в особом положении, им позволяли говорить все, что они хотят и кому хотят. Их слова часто приравнивались к «гласу святых». Широкой известностью, например, пользовался Василий Блаженный (1469—1550) — московский юродивый, почитавшийся современниками. А. К. Толстой в исторической повести «Князь Серебряный» так описывает его: «По улице шел человек лет сорока, в одной полотняной рубаше. На груди его звенели железные кресты и вериги, а в руках были деревянные четки. Бледное лицо его выражало необыкновенную доброту, на устах, осененных реденькою бородой, играла улыбка, но глаза глядели мутно, неопределенно...» В разгул опричнины Василий Блаженный прославился смелыми обличениями политики Ивана Грозного. Несмотря на это, царь участвовал в торжественном погребении юродивого и сам нес гроб с его телом. Похороны состоялись в Москве, на Красной площади, возле храма Покрова, который с тех пор называют храмом Василия Блаженного.

Английский посол Флетчер в книге «О государстве русском 1591 года» писал, что о «юродивых нельзя не упомянуть, говоря о призрении психически больных в Московском государстве, так как любовь и уважение к юродивым составляли особенность Москвы: домохозяева считали их посещение за особую благодать, их всюду кормили, водили в баню, одевали и обували... Таким образом, этот обычай оказывался своеобразной формой призрения значительного числа больных».

Однако в народе жила боязнь перед другого рода «божественными людьми», которые ходили по городам и селам босые, с длинными волосами, сотрясались с головы до ног и выкрикивали имена тех, кто их «испортил». Среди этих кликуш, как и среди юродивых, было значительное количество слабоумных. Но на них уже не распростра-

нялся обычный для России гуманизм. Тогда думали, что в кликуш вселяется дьявол, и, так же как во Франции или Германии, их довольно часто вылавливали и сжигали.

К XVII веку в Московской Руси стал преобладать взгляд на «ненормальных» и «глупых» как на больных. В законе 1669 года говорилось: «О глухих и немых, и бесных, и которые в малых летах... в обыск не писати... и их не допрашивать».

Много нового внесло царствование Петра I, ознаменовавшееся значительным прогрессом науки, в том числе и естествознания. В 1721 и 1723 годах Петр I подписал указы, запрещавшие посылать в монастыри «помешанных»; для них впоследствии отводились специальные госпитали-доллгаузы. Так появились условия для развития медицинской помощи, независимой от церкви.

Распространению нового предшествовал всесторонний анализ зарубежного опыта. По указу правительствующего сената канцелярии Академии наук было предложено представить планы строительства доллгаузов и «положение, на каком основании безумные там содержатся». В архиве академии советский психиатр А. М. Шерешевский обнаружил 14 документов, позволяющих проследить этапы внедрения этого начинания<sup>1</sup>. Членами профессорского собрания были «выписаны из-за моря» книги, объясняющие устройство доллгаузов, по дипломатическим каналам получены подробные сведения об их работе, особыми комиссиями осматрены монастыри, где находились умалишенные. Наконец, при Российском сенате был организован комитет по «учинению» доллгаузов.

Один из первых результатов — возникновение двух доллгаузов при Зеленецком и Андреевском монастырях, ставших прообразом психиатрических больниц. Академия наук утвердила положение «Об учреждении дома для

---

<sup>1</sup> См.: Шерешевский А. М. Создание в России первых специальных учреждений для душевнобольных // Журнал невропатологии и психиатрии им. Корсакова. Вып. 1. 1978. С. 133.

безумных». В нем, в частности, говорилось: «Безумные делятся на бешеных, эпилептиков, лунатиков и меланхоликов, а каждые из них по степени болезни бывают разные...» В соответствии с этим предлагалось размещать доллгаузы в трехэтажных зданиях. Нижний предназначался «для бешеных, которые вовсе сошли с ума и требуют ближайшего наблюдения», второй этаж «с печастыми решетками на окнах» — для меланхоликов и лунатиков, третий — для эпилептиков. Основная фигура доллгауза — врач, которому вменялось в обязанность «употреблять всякие средства для излечения». По мере улучшения состояния больные должны были «выпускаться» из доллгауза с «докторским аттестатом» и соответствующими рекомендациями. Предусматривалось открывать при доллгаузах «дома поправления» для выздоравливающих, различные трудовые мастерские. Документ, подготовленный Академией наук, носил прогрессивный характер и на многие годы определил стратегию и тактику психиатрической помощи в России.

В 1771 году градоначальство Петербурга заявило, что на сооружение необходимого здания «для человеческого содержания умалишенных», предусмотренного решением академии, требуется «много приготовлений». В качестве временной меры на реке Фонтанке отвели «деревянные светлицы, сколько возможно удобные» для нахождения безумных и умалишенных. Безумными назывались «больные от рождения», умалишенными — заболевшие «в процессе жизни». В светлицах на 150 кроватях размещались не только психически больные, но и «страждущие различными болезнями». Через восемь лет, 6 мая 1779 года, часть «светлиц» была превращена в первую самостоятельную психиатрическую больницу. Она состояла из шести маленьких деревянных зданий, на месте которых вскоре построили Обуховскую больницу со специальным «домом умалишенных» на 60—70 коек. Тремя годами раньше в Москве при Екатерининской больнице

создали особое отделение. Примерно тогда же возникло несколько доллгаузов, преобразованных позже в лечебницы для душевнобольных, существовавших некоторое время в рамках других «богоугодных заведений». В самом начале XIX столетия в России было уже около 20 психиатрических лечебниц.

Положение первых «жителей» русских доллгаузов в принципе мало чем отличалось от положения «жителей» лондонского Бедлама главным образом из-за беспомощности тогдашней медицины, слабости ее терапевтических возможностей. Именно это обуславливало тяжелую обстановку в специализированных отделениях. Борьба с психическими болезнями шла в том же направлении — людей привязывали ремнями к кроватям, приковывали цепями, надевали на них смирительные камзолы. Однако к 20—30-м годам прошлого века обстановка в доллгаузах изменилась. По примеру Франции впервые в России расковали больных Преображенского доллгауза в Москве, сам доллгауз переименовали в больницу, на каждого пациента завели «скорбный лист» (историю болезни). Вслед за тем реформа быстро коснулась остальных лечебниц. Система призрения больных постепенно вытеснилась системой их лечения.

Внедрение гуманных идей в отношении к психически больным, начатое вслед за Пинелем не только во Франции, но и в других странах Европы, проходило очень медленно — взгляды на психическую жизнь человека освобождались от мистики, но все же уровень научных знаний был еще явно невысоким. И все-таки с конца XIX века принципы гуманизма, устранение физического насилия все больше и больше сказываются на практической деятельности психиатрических больниц.

Важной вехой в психиатрии стало время, когда она сблизилась с общей медициной и ее поднадзорные поступили в ведение врачей. Пришлось перестроить учреждения типа Бедлама и создать новые лечебницы, в кото-



рых уже оказывали всестороннюю медицинскую помощь. Появилось множество описаний признаков болезненной ненормальности, попыток их систематизации и сопоставления с телесными (соматическими) недугами. Возникла клиническая психиатрия, родилась научная мысль, ставившая целью, как когда-то в Древней Греции и Риме, сперва лишь описание, словесное выражение и классификацию тех или иных нарушений. По-новому, на материалистической основе пытались решать вопрос о причинах психических расстройств, что повлекло за собой в наиболее развитых странах поиски путей их эффективного лечения. Постепенно начал «набирать силу» незакончившийся еще и сейчас период активного наступления на психические болезни. На первых порах применялись кровопускания, слабительные и наркотические средства наряду с широким использованием, особенно для снятия возбуждения, холодных и теплых ванн и ледяного душа. Общество продолжало, по существу, лишь ограждать себя от «потерявших рассудок», обеспечивая им относительно сносные условия существования. Лечение, а значит, и истинная борьба с болезненной ненормальностью были еще впереди.

Однако и во второй половине XIX, и в нашем XX столетии вокруг психиатрии продолжали и продолжают громоздиться различные идеалистические, мистические и другие лженаучные концепции, главным образом для оправдания тех или иных социальных мер. В частности, было поднято на щит «учение» о вырождении как причине не только психических нарушений, но и криминального поведения. Один из его основателей — итальянский психиатр Ц. Ломброзо в конце XVIII века издал несколько нашумевших в свое время книг: «Гениальность и помешательство» (перевод четвертого издания этой книги на русский язык был осуществлен в серии научно-популярной библиотеки в 1892 году, в 1990 году репринтное издание этой книги вышло в Москве); «Преступный чело-

век»; «Новейшие успехи науки о преступнике» и др. Он предложил специальные антропологические замеры в первую очередь лица и черепа, оценку цвета волос, чувствительность кожи, а также психических особенностей для выявления «дегенеративных» признаков. Притупленная чувствительность и «неразвитость нравственного чувства»; характерные, по мнению Ломброзо, для преступников, сближают их с дикарями и свидетельствуют о наследственной основе криминальных поступков. При этом не учитываются социальные и другие факторы, порождающие преступное поведение. Криминальную антропологию и атавистическую теорию происхождения «преступного человека», отвергнутые уже в начале XX столетия прогрессивными психиатрами и юристами, взяли на вооружение нацисты, превознося арийскую расу и считая многие другие народы дегенераторами, подлежащими уничтожению. Аналогичная антинаучная концепция — понимание психоза как выражения наследственной патологии; требование массовой стерилизации «сумасшедших».

Множество психически больных в фашистской Германии и в некоторых других странах уже во вполне просвещенном XX веке со средневековым садизмом были уничтожены в душегубках, расстреляны, отравлены, подвергнуты стерилизации. «Гуманизмом во имя человечества» пытались оправдать отношение к психически больным врачи, взявшие на вооружение человеконенавистническую идеологию в оценке умалишенных как людских отбросов.

С точки зрения исторического развития взглядов на отношение общества к людям с теми или иными психическими отклонениями от господствующих в обществе представлений о «норме» и «безумии» можно посмотреть и на ситуацию конца XX столетия. Тенденции в отношении характерной когда-то для христианской религии терпимости и даже «обожествления» юродивых и других «странно ведущих себя людей», правда в ином ракурсе,

но существуют и в наши дни. Они в какой-то мере определяют негативное отношение общества к психиатрии, якобы осуществляющей насилие над личностью. Требования социальной, а не медицинской оценки психической нормы и болезни и соответствующего поведения человека строятся на некомпетентности и недоверии к знаниям, имеющимся у врачей-психиатров. Вина в этом и психиатрия, не умеющая по разным причинам убеждать в своей правоте, и общество, недостаточно еще подготовленное к научному восприятию законов психической деятельности в норме и при болезненных отклонениях.

Исторический анализ и внимательный взгляд на окружающее в современном мире учат тому, что у многих людей из-за отсутствия специальных знаний наблюдается стремление подменить их внушаемой верой. Это стремление, имевшее место на протяжении всего развития цивилизации, не исчезло и сегодня. В наиболее наглядной и изысканной форме оно реализуется в конце нашего века.

Люди, слепо верящие в экстрасенсов, различных врачей-целителей и предсказателей, внушающих с помощью современных средств массовой информации, инопланетян, якобы посещающих землю, — все это имеет свои корни в представлении о жизни, о психической деятельности, о норме и безумии. Все это было и еще не исчезло. Мы, конечно, ушли вперед по сравнению с нашими предшественниками, но остаемся их наследниками. Это естественно, хотя и грустно...

---

## ПСИХИАТР — ВРАЧ, СУДЬЯ, СВЯЩЕННИК?

---

Примерно с середины прошлого столетия начался новый этап развития психиатрии, потребовавший огромных усилий, чтобы установить причины болезненной ненормальности и научиться оказывать нуждающимся

максимально возможную медицинскую помощь. На этом этапе ведущей фигурой становится врач-психиатр.

Природа глубоко запрятала ни с чем не сравнимый клад — тайну деятельности самой совершенной материи — головного мозга человека. Не найдя этот клад, трудно рассчитывать на создание таких лекарств, которые сразу же и бесповоротно нормализовали бы нарушенную психику. Любовью атакой этого не добьешься, нужна длительная осада, но осада не выжидательная, а активная. В наступление должны бок о бок идти и математики, и химики, и философы, и биохимики, и физики, и врачи других специальностей. Должны идти — и идут! Они уже многое сумели сделать, хотя крепость окончательно не покорена. Ныне большинство людей, поступающих в психиатрические больницы, которые еще совсем недавно называли кладбищем рассудков, выписываются и возвращаются к повседневному труду.

Тайны мозга познаны и познаются. Новые важные открытия и факты сужают круг поисков. Однако история развития психиатрии показывает, что оценка и обобщение этих фактов могут быть плодотворными только в том случае, если исследователи прочно стоят на материалистических позициях.

Среди самых различных представителей биологических наук врач-психиатр находится на переднем крае борьбы с психическими заболеваниями. Это его глазами и разумом оцениваются психическая норма и безумие, выявляются болезненные изменения поведения человека. Это его наблюдения служат для науки основным источником сведений о «неполадках» в функциях головного мозга. Профессиональный взгляд современного психиатра, его врачебная оценка и лечебные рекомендации основываются на огромном опыте предшественников и постепенно складывавшихся научных знаниях. Именно психиатру доверено проводить грань между психическим здоровьем и болезнью и при необходимости опре-

делять стратегию и тактику лечения. Это нелегкий труд, требующий серьезной подготовки и специального умения, но он сопряжен еще с целым рядом особенностей, свидетельствующих о большой общественной роли врача-психиатра и заслуживающих более подробного рассказа.

Студентом первого курса медицинского института я впервые попал на обход профессора в отделении для тяжелых психически больных. На многие годы запомнились глаза одного из первых пациентов, к которому подошел профессор, а вслед за ним и мы — сопровождавшие его врачи и студенты. Они были светлые, прозрачные и совершенно не менялись. Лицо больного то ничего не выражало и казалось почти застывшим, то морщился лоб, появлялись тяжелые, глубокие складки над верхней губой, но глаза... глаза оставались равнодушными. Они как бы жили сами по себе, формально смотрели вокруг, передавали в мозг информацию об окружающем и ничего не чувствовали, ничего не выражали — они были пусты.

Можно не иметь руки или ноги, можно на всю жизнь быть прикованным к постели, можно с рождения лишиться зрения или слуха и все-таки оставаться нужным и полезным людям, стремиться в чем-то кому-то помочь, страдать, плакать, радоваться, смеяться, надеяться и мечтать. Многие тяжелые психически больные лишены этого счастья, хотя, как правило, обладают и здоровым телом, и крепкими мышцами. Некоторых из них недуг делает одинокими, они лишаются человеческих эмоций, холодны, бездумны, не понимают своего состояния. Изменение личности, привносимое рядом психических болезней, не актерское перевоплощение на сцене, не смена «образа», а переход в новую жизнь, подчинение бредовым интересам. Фантастическое стремление иных заблудившихся к нескольким жизням или мысли о «жизни после смерти» неосуществимы. Как видно на естественных

«моделях» в психиатрических отделениях, они теряют свое внутреннее «я», лишаются самосознания.

Конечно, в моральном и этическом плане общаться с психически больными трудно. Но разве легко быть врачом — видеть «чужие» мучения, проводить тяжелые и порой не очень щадящие операции, вскрывать во имя здоровья живущих тела умерших? Врач — такой же человек, как и все остальные, и решение проблем, поставленных перед ним его профессией, не может быть всем по плечу. Для врачебной деятельности, и в частности работы психиатра, нужно призвание, а кому-то она просто противопоказана.

По складу характера, особенностям отношения к окружающему не все способны откликаться на горе и боль других. Такие люди либо не идут в медицину, либо быстро из нее уходят. Ну, а те, кто остается? Что дает им силы для столь самоотверженного каждодневного труда? Прежде всего великий гуманный зов помочь попавшему в беду. Помочь не суесться и не произнося лишних слов, делом, используя свое профессиональное умение. Это требует от врача сковывания собственных эмоций, предельной сосредоточенности и напряжения нравственных сил. Не случайно А. П. Чехов, будучи сам врачом, называл эту профессию подвигом, невозможным без чистоты души и чистоты помыслов.

Накапливаемый опыт, частые встречи с тяжелобольными в известной мере притупляют непосредственное восприятие горя. Но должен прямо сказать, я не знаю врача, который избежал бы душевных переживаний при смерти пациента, при неудавшейся операции, при ухудшении психического состояния своего подопечного. Правда, и в этих переживаниях ведущее место в большинстве случаев занимают не абстрактные, а вполне конкретные вопросы: все ли я правильно сделал, в чем моя вина, что я недосмотрел? Приходится держать ответ перед собственной совестью, от которой некуда скрыться. Появля-

ются бессонница, тоска, повышенная раздражительность. Однако, вернувшись в операционную, подойдя вновь к кровати страждущего, врач обязан быть в высшей степени доброжелательным, собранным, заботливым и внимательным. Так что умение быть сильным человеком, способность владеть своими чувствами — неотъемлемые черты хорошего врача, в том числе, а может быть, и прежде всего врача-психиатра. Тем более что к нему с надеждой обращены взгляды не только больных, но и их близких.

В автобусе по дороге на работу на протяжении многих лет я часто встречал худую, сгорбленную старушку с туго набитой черной сумкой в руках. Печальное, изрезанное глубокими морщинами лицо повернуто в сторону входящих пассажиров. Обычно, увидев меня, старушка начинала волноваться, губы ее дрожали, руки вздрагивали. Мы ехали вместе, сходили на одной и той же остановке, я шел к себе, а она торопилась передать больной дочери домашнюю еду. Я часто думал, как нелегки для старой женщины эти почти регулярные утренние маршруты. Но не ездить было бы еще тяжелее...

Когда-то мне довелось быть лечащим врачом ее дочери. Заболевание началось, когда той не было еще 20, а матери — 50 лет. Теперь самой дочери под 50. Болезнь отличалась крайней злокачественностью, быстро нараставшими выраженными явлениями слабоумия. По существу, в настоящее время дочь превратилась в хроника, судьба которого еще совсем недавно была безнадежной. Благодаря психофармакологическим препаратам многие хроники навсегда покинули стены больницы. Дочь же старушки и сегодня практически постоянный ее житель. Применение различных методов, новейших лекарств пока не дало результатов.

Обычно в автобусе мы разговаривали со старушкой, и всякий раз я слышал один и тот же вопрос: «Доктор, ничего еще не появилось нового?» Нового появляется мно-

го, нужного «ключа» для радикального лечения дочери все еще нет. Но мать есть мать, и она никогда не перестанет верить, что ее ребенок поправится. Она надеется на чудо, на случай, чаще — на врачей, на науку. И ждет. Более четверти века терпеливо ждет и моя утренняя попугайка. Иногда мы говорили с ней и об этом, и она, мать тяжелобольной дочери, начинала уверять меня, врача, в том, что надежда не потеряна, что ученые должны скоро найти нужное средство. Я говорил старушке о долге науки перед ее дочерью, перед ней, перед многими другими больными с тяжелыми психическими заболеваниями. Пытался рассказать о достижениях психиатрии, позволяющих с оптимизмом смотреть в завтрашний день. Она не спорила и не переспрашивала, только смотрела на меня грустными, запрытанными в морщинки глазами.

Эту женщину я всегда вспоминаю, когда речь заходит не только о трудностях работы психиатра, но и об отношении близких людей к заболевшему родственнику. К ней же я невольно возвращаюсь в мыслях и тогда, когда получаю неоценимую награду — вижу выздоравливающего человека.

Со времени первого в жизни врачебного обхода прошло уже много лет, и мне теперь самому знакомы те ни с чем не сравнимые удовлетворение и радость, которые испытываешь, когда в опустошенных долгой болезнью глазах твоего пациента появляются огоньки человеческого тепла, когда он избавляется от мучительной пелены психоза. Именно это искупает все тяготы врача и делает его счастливым.

Психиатр — прежде всего врач, поэтому он изучает у больного, помимо его психики, еще и состояние основных систем организма. Но если в каких-то других случаях непосредственное наблюдение за больным, анализ его поведения и высказываний, особенности внешнего вида играют не основную, а лишь вспомогательную роль, если в



руках терапевта имеется стетоскоп, хирургам верно служит рентген, у невропатолога есть молоточек, позволяющий объективно судить о рефлексах, то основным «орудием» психиатра является умение спрашивать, слушать, быть внимательным и наблюдательным. При необходимости он пользуется и стетоскопом, и рентгеном, и множеством самых современных исследовательских средств, однако глаза, уши, терпение и такт остаются главными.

Чтобы правильно назначить лечение, психиатру надо подробно ознакомиться со всеми сторонами личности пришедшего к нему пациента. Если это положение в принципе справедливо для всех врачебных специальностей, то для «психиатрической» оценки без него просто не обойтись. Врач должен выяснить поведение больного в различных ситуациях, его отношение к окружающим, к избранной профессии, его вкусы, изучить жесты, мимику. Естественно, что ответы на столь важные вопросы реально получить с помощью лишь самого больного и его близких, при условии полного доверия и откровенности во врачебном кабинете. Как его заслужить? Стандартных рецептов нет, да и быть не может.

Беседа психиатра — непростой разговор, это продуманная и целенаправленная система исследований всех сторон психической деятельности обратившегося к нему человека. Умение врача-психиатра вести беседу неотрывно от его профессиональных знаний. Вместе с тем оно неотделимо и от его общей культуры, эрудиции, личного обаяния. Ведь болезненные ощущения, страхи, желания, наконец, действия больного нередко определяют его отношение к врачу, а следовательно, и к рассказу о том, что он чувствует. Искусство психиатра во многом состоит в том, чтобы терпеливо выслушать подчас нелепые и длительные рассуждения и с величайшей тактичностью коснуться «пунктика» переживания. Во всем внешнем облике врача и в его словах всегда должны чувствоваться уверенность и бодрость, забота, готовность помочь.

Врач, так же как и любой другой, общающийся с психически больным, обязан быть чрезвычайно осторожным. Его наблюдательность, по образному выражению одного психиатра, должна взвешивать, а не считать. Ошибочно думать, что все больные, будучи заняты своими мыслями, не слышат и не понимают слов окружающих. Наоборот, у большинства из них внимание крайне обострено, и порой они дают очень меткие характеристики врачам, медицинскому персоналу, соседям по палате.

Мне вспоминается такой случай. В течение длительного срока больной, находившийся в неподвижном (ступорозном) состоянии, лежал в кровати в неудобной, скорченной позе, с полужакрытыми глазами, казалось, не замечая ничего вокруг. Но вот он стал выздоравливать и незадолго до выписки, когда его пригласили в кабинет для беседы, рассказал о бестактности одного из врачей. Во время своего «лежания» он услышал, как врач сказал о нем: «Этого больного можно перевести в загородное отделение для хроников, я что-то не верю, что он скоро поправится...» И теперь человека, естественно, интересовало, действительно ли он так безнадежен.

При любом разговоре надо быть осторожным еще и потому, что необходимо предвидеть, в каком состоянии находится собеседник, который может неправильно истолковать каждое сказанное врачом слово, поспешный ответ, необдуманное движение. Важно искусство выжидать, улавливать удобный для расспросов момент и, завоевав доверие, так строить беседу, чтобы без всякой насильственности и нажима добиться желаемого результата.

Но тут есть другая опасность. Можно долго и доверительно разговаривать с больным, но так и не понять имеющихся у него нарушений. Не зная, о чем нужно спрашивать и что нужно выяснить, бессмысленно начинать разговор — свидетельства тех или иных особенностей болезни, например бреда или галлюцинаций, так и останутся невыявленными. Опытные врачи умеют дер-

жать инициативу в своих руках и направлять беседу в определенное русло.

Профессор П. Б. Ганнушкин писал: «Умение беседовать с душевнобольными дается не только знанием и опытом, но — скажу прямо — определенными психическими данными врача-исследователя, иногда даже интуицией. Есть очень опытные и знающие психиатры, которым это умение говорить с душевнобольным вовсе не дается и которые благодаря этому не могут получить тех данных, которые соберет другой психиатр, умеющий подойти к больному... Научиться этому и овладеть им можно, если молодой психиатр будет с достаточной вдумчивостью и вниманием относиться к душевнобольному, если он будет правдив и как можно более прост в общении с больным; лицемерия, слащавости, тем более прямой неправды душевнобольной не забудет и не простит — в последнем случае врач надолго, если не навсегда, потеряет всякий престиж в глазах пациента».

Ганнушкин вспоминает лучших психиатров: С. Корсакова, Э. Крепелина, В. Маньяна, которых он называет художниками. У каждого из них были достоинства и недостатки, каждый отражал самого себя со своими душевными качествами: «Корсаков вносил в беседу с больным свою необыкновенную мягкость и доброту, свою пытливость; у его подражателей эти качества превращались в ханжество. Крепелин бывал резок, иногда даже грубоват, Маньян — насмешлив и ворчлив. Это, однако, не мешало всем трем любить больше всего психически больного человека — больные это понимали и охотно беседовали с ними».

Врач не просто созерцает, воспринимает, регистрирует имеющиеся у больного тревожные признаки, он познает их. О многих симптомах люди рассказывают на основании самонаблюдений, давая им субъективную оценку. Разумеется, психиатр не ждет от них квалификации нарушений психической деятельности, он ищет

объективные проявления патологии, их взаимосвязь и клинические особенности.

Второе, не менее обязательное качество — умение не раздражаться при любых обстоятельствах, заинтересованно относиться к пациенту и при этом всегда оставаться спокойным и корректным. Психиатр обязан помнить, что он врач, а перед ним больной, даже в том редком случае, когда возбужденный человек поднял руку, чтобы ударить его. Нельзя реагировать на оскорбления, грубости. Надо выждать и лишь спустя некоторое время попытаться убедить, успокоить. Ни в коей мере нельзя показывать страх: психически больной обычно всегда это очень тонко чувствует и, сознавая свою силу, нередко просто насмехается. Выдержка, самообладание, смелость и уверенность врача позволяют ему входить в контакт по крайней мере с 99 процентами, казалось бы, самых «трудных» больных.

И все же в большинстве своем они ищут помощи у психиатра, с готовностью рассказывают о своих бедах. Порой затрагивается и широкий круг проблем, требующий от врача определенной эрудиции, широты знаний, например, как поступить в той или иной сложной ситуации. Вероятно, каждый ищет свой, как ему кажется, единственно правильный и бескомпромиссный ответ. Но искать еще не значит находить. И путь исканий, иногда мучительный, может затягиваться.

По роду деятельности врачу-психиатру приходится знакомиться со многими конфликтными жизненными ситуациями, вызывающими душевные надломы. Через их призму нередко видны социальные столкновения, актуальные не только для отдельного человека, но и для многих людей. Если вдуматься, то видны и динамика этих переживаний, их характерные периоды для того или иного времени. В последние годы причины неврозов у многих прямо или косвенно связаны с переосмыслением, казалось бы, еще совсем недавно незыблемых ценностей

нашего общества и мировоззрения советского человека. Может быть, это лишь наметки изменения жизненных приоритетов, поиск выхода из которых ставит зачастую в тупик и приводит на прием к врачам нашей специальности.

Участник отечественной войны, работник партийных комитетов и исполкомов, с десятками орденов и медалей, о чем свидетельствуют оттягивающие летнюю рубашку паградные планки, выглядит не просто взволнованным. Он слабодушен. То в раздражении подробно перечисляет обиды на новых руководителей исполкома, в котором до последнего времени работал в общественной приемной. То гневно, забыв, что находится в кабинете врача, а не в прокуратуре, начинает, размахивая руками, угрожать, перечисляя фамилии достаточно известных руководителей, которым он «еще покажет». Главная причина обиды — «они предали революцию», «изменили делу коммунизма». Приводит известные из газет факты о происходящих в стране изменениях. Как слова ложатся на мелодию при создании песен, так и у моего пациента — о чем бы он ни говорил — все, с его точки зрения, свидетельствует о контрреволюции.

Пытаюсь остановить больного, замечая, что я не политик, а врач и он пришел ко мне за медицинской помощью. Разглядываю лицо. Оно красное, вены на висках взбухли, тусклые слезящиеся глаза в ореоле мелких красных ниточек сосудов временами сужаются и становятся обездвиженно-напряженными и пронизывающе-испытующими. Я его сторонник или противник, напрямую спрашивает меня. Пытаюсь уйти от ответов, убедить пациента, что наша с ним цель — найти пути улучшения здоровья, да и вообще лучше решать жизненные вопросы не на высоте эмоционального напряжения. Больной становится все более возбужденным, замечаю выраженный тремор пальцев рук, голова тоже дрожит, он вскакивает со стула, возмущен: как это я могу быть спокоен, когда

рушится страна. С пристрастием начинает спрашивать, член ли я партии, не продался ли «капиталистическим акулам», которые «нас разорили». На глазах выступают слезы, начинает всхлипывать, потом замолкает и, в бессилии насупившись, тяжело дыша, долго молчит.

Сын больного подробно рассказывает об отце. Всегда был очень активным, занимался общественной работой, любил выступать с докладами. Мог ночами не спать, зарабатывая те или иные документы перед очередной сессией горсовета, в аппарате которого работал. Всегда отличался справедливостью, честностью, чувством повышенной ответственности, смело отстаивал позиции, безусловно, искренне верил всем публиковавшимся документам. Долго переживал решения съезда партии по докладу Хрущева о культе личности Сталина, считал, что нельзя было «втапывать в грязь» человека, «построившего социализм». С тех пор как бы раздвоился: с одной стороны, замкнулся, стал нелюдимым с близкими и друзьями, с другой — продолжал активно поддерживать любое руководство, которое часто сменялось в горсовете. Как-то в связи с этим сказал сыну: «Дисциплина — прежде всего!» Самыми радостными днями у него были майские праздники. Он надевал ордена и медали и долго ходил по городу, так как ему было очень приятно, как он говорил, что он геройски воевал и люди смотрят на него с уважением. В жизни был скромным, крайне нетерпимым ко всякого рода излишествам. Обиделся на сына, когда тот купил цветной телевизор — «можно смотреть и по простому». В последнее время сдал, одряхлел физически, но с этим и сам примирился, да и близкие понимали естественность возрастных изменений. Но наряду с этим появился у него несвойственный ранее поучительный тон, гневливость при малейших возражениях, а потом и убежденность в том, что «все кругом не так, все рушится, происходит контрреволюция...». Начал писать письма во многие издания, подписывался обязательно с пере-

числением всех имевшихся у него титулов — орденосец, участник войны, ветеран... Выступал на различных собраниях с обличительными речами. Его перестали слушать, посоветовали, чтобы сын показал отца психиатру.

Смотрю на сидящего передо мной тяжело дышащего в бессилии и непонимании происходящего старого человека, который тяжело страдает. Сколько, наверное, у него за плечами тяжелейших жизненных испытаний: война, десятилетия нужды, страха перед начальством и вместе с тем искренняя преданность делу и все объясняющая и перекрывающая любые сомнения вера в светлое будущее. Смотрю и думаю о том, что, очевидно, судить человека можно только по законам его времени. С точки зрения нынешнего дня в нашей истории многое «не так», но это — с высоты сегодня. Во времена, еще не очень далекие, активной деятельности моего больного господствовали иные, чем сегодня, мораль, право, идеалы, мироощущение. Время достаточно быстро меняет нас, наши оценки окружающего. А тот, кто не может освоить нового, невольно «застывает» в прошлом. Отсюда — душевный надлом, крах жизни активного еще человека.

Больной небрежно кивает в сторону сына: «Теперь этот хочет сделать из меня сумасшедшего...» Начинаются нелегкие для меня объяснения. Прежде всего говорю, что никакого психоза нет и имеются обычные для его возраста сосудистые изменения, отсюда — и головные боли, и повышение давления, и раздражительность, и ухудшение памяти. Для себя же делаю пометку: негибкость мышления, неумение воспринять новое, живет прежними впечатлениями. Вслух продолжаю: подлечить надо прежде всего сердце, сосудистую систему. Я не грешу перед истиной. Все это так, на фоне возрастных изменений и прежде всего сосудистых нарушений головного мозга нередко возникают черты характера, изменение памяти и различные так называемые неврозоподобные расстройства, требующие нормализации сер-

дечно-сосудистой системы. Однако у больного есть и еще нечто другое, обусловленное его социальным мировоззренческим конфликтом, — невозможность перестроить свое мышление, отойти от зафиксированных догм и осознать их крах, приведший к кризису. Свои немногие имеющиеся еще силы он тратит на непосильную ему борьбу с новым. Ожесточенный своим слабосилием, проигрывая в различных жизненных конфликтах, мой пациент не потерял веры в когда-то сформировавшиеся идеалы. Как это много и как ничтожно мало. Не в этом ли противоречии объяснение того, что слепая вера обедняет, лишает возможности критического анализа, а значит, и творческого мышления. Наверное, она определяет прежде всего рабскую, а не осмысленную преданность делу. Для меня, и как врача-специалиста, и просто человека, понимание этого — один из маленьких ключиков к оценке состояния больного. На основании высказываний моего пациента убеждаюсь в беспрекословной и зафиксировавшейся у него вере в идеалы свободы, равенства, социальной справедливости, которые я сам в полной мере разделяю. Но вижу и другое: эта вера вытесняет все остальное, и прежде всего возможность реальной тупиковой оценки пути, по которому шел этот человек к своей цели. Нежелание воспринять новое да теперь уже и физическая невозможность что-либо делать по-новому породили жесткий конфликт с жизненной реальностью, сделали старого человека в какой-то мере изгоем в мире, который он еще так недавно и создавал, и отстаивал. В этом трагедия людей доживающих, а может быть, еще и дослуживающих на своих «ответственных» постах. Они не могут увидеть обрыв дороги, по которой шли, и осмыслить неправильность пути к неизменно высокой цели.

Психологическое спасение в этих случаях — в критическом анализе того, что было, и в осознанных действиях, постоянно сверяющих штурманскую карту поступков с созидательной перспективой. Увы, это дается далеко



не всем. Пример — мой больной. Намечаю возможный путь так называемой психокоррекционной психотерапевтической работы с больным — попытаться показать, что его идеалы и современные идеалы общества в корне не изменились. Критический анализ касается путей достижения цели. Новое требует беспощадной, правдивой оценки того, что было. И здесь нужны знания, а не только преданность идеалам. Рассуждаю (про себя) и о том, что целесообразна и попытка переключения внимания и эмоциональных переживаний больного на конкретные жизненные, так называемые микросоциальные проблемы — семейные взаимоотношения, внимание к здоровью и питанию. Разговор длится долго. Договариваемся об амбулаторном лечении.

Этот больной неизбежное следствие перестройки, но это и боль людей, сознающих реальную необходимость изменения общественного сознания, взваливших на себя ответственность за это. Именно ответственность требует не отбрасывания, а понимания истоков правды поколений, свершивших революцию, построивших наше общество и отстаивавших независимость Родины. Это не только правда, согревавшая и дававшая жизненную стойкость дедам и отцам, но и наша правда, правда людей, осознавших тупики путей развития общества по старым канонам и нашедших силы для их изменения.

Вместе с тем наша нынешняя правда, узнавшая и учитывающая беззаконие, репрессии, экономическую и экологическую бесперспективность общества извращенного социализма, — все это реальность наших предшественников на протяжении практически всех лет Советской власти. История кратких в своих промежутках десятилетий неразделима. Одно поколение медленно переливается в другое. Ответственность за то, что было, принадлежит не только тем, бывшим, но и нам — как мы его оценим, отвергнем или, подправив, передадим дальше — вперед по эстафете жизни. За то, что мы получили в наследие,

ответственны наши предшественники, так же как мы — за то, что будет потом, после нас. В этом — естественная логика социальной эволюции, логика исторической правды и памяти. Не оценив прошлого, нельзя увидеть реальное будущее. Бывшему у меня на приеме больному этого не дано. В этом трагедия его и многих других, слепо верующих и не меняющих своих представлений даже под влиянием неоспоримых фактов. Это дает ложные оценки якобы неуязвимости прожитого и его нужности будущему. Человек, лишенный критического восприятия, одурачен. У него своя правда.

Приведенный пример показывает тесную связь невротических расстройств не только с личными проблемами, но и со сложными мировоззренческими конфликтными ситуациями, воспринимаемыми людьми как свои личные.

Как и в рассказанном случае, во время разговоров во врачебном кабинете пришедший за советом ставит перед психиатром мучающие его вопросы и просит подсказать правильное решение. Далеко не всегда это плод болезненного вымысла. Но человек лишается сна, делается замкнутым, злобным, снижается его работоспособность. Такой разговор не бывает легким. Однако даже если «спасает» неотъемлемое от профессии врача вообще, а хорошего психиатра в первую очередь, человековедение с его тактом, интуицией, благожелательностью и еще чем-то, что неизвестно как и называется, и имеющиеся знания позволяют разобраться в том, что гнетет пациента, — даже тогда, давая тот или иной совет, врач должен взять на себя ответственность.

Эта ответственность дополняется необходимостью сохранения врачебной тайны. Врачу-психиатру в не меньшей степени требуются и такие качества, как социальная зрелость, смелость, мужество. С горечью вспоминаются трагические истории, когда психиатры погибали от рук больных, в искаженном восприятии которых они каза-

лись «врагами» и «преследователями». Куда опаснее противостояние эксперта и преступника. Один стоит на гражданских позициях, защищая покой общества, другой — любым способом старается уйти от справедливого наказания, спасти свою шкуру, спрятавшись за ширму «психического больного». Психиатр-эксперт призван вынести заключение, подлежит ли осуждению данный преступник, если он вменяем и его симуляция доказана, или у него действительно имеются серьезные отклонения от нормы. За профессиональную честность, бывает, мстят те, у кого нет никакой чести. Так случилось, например, летом 1983 года в Киеве. Замечательный человек — доктор медицинских наук С. М. Лившиц утром очередного рабочего дня был убит в парке психиатрической больницы имени Павлова, в которой трудился многие годы. Убийца нанес ножевые раны, а затем четырежды выстрелил. Мотивы убийства вскоре прояснились: Лившиц, выступая на суде, разоблачил мнимого сумасшедшего, и тот был приговорен. Вернувшись из заключения, рецидивист решил свести счеты.

Несколько лет назад медицинскую общественность Москвы взволновало не менее жестокое преступление. В центре города было совершено покушение на известного психиатра — профессора К. Преступник поджидал его у выхода из психиатрического диспансера и, догнав на улице, вонзил в шею нож. К счастью, врачам удалось сохранить жизнь К., и сейчас он продолжает активно работать. Мотив этого чудовищного поступка — месть за неподкупность, гражданское и профессиональное мужество профессора при отстаивании своей экспертной точки зрения.

Ответственность врача особенно возрастает во время общения с родственниками и знакомыми больных при необходимости защищать интересы зачастую совершенно беспомощных людей, которые целиком зависят от тех, кто за ними ухаживает.

...Женщина, то суетливо собирая в складки, то медленно разглаживая, комкала в руках платок. Ее глаза ловили мой взгляд, ярко накрашенные губы вздрагивали, она была настойчива: «Доктор, скажите прямо: у него шизофрения или нет?»

«Он» — муж женщины — был за стеной, в спокойном отделении больницы. От моего ответа зависело многое: может быть, женщина ждала ребенка, может быть, она раздумывала, стоит ли продолжать совместную жизнь.

Во всех сложностях такого рода взаимоотношений нужно руководствоваться главным — объективной защитой интересов своего подопечного. Скажи врач при первой встрече с его близкими о том, что больной страдает, например, шизофренией или сифилисом мозга, наверняка лишь названия этих нелегких заболеваний, особенно у полностью неподготовленных людей, могут вызвать не одну душевную травму, не одно поспешное решение.

А если попытаться обойти вопрос о диагнозе? Раз или два сослаться на то, что пока это сложно, неясно? А дальше что делать? Искусство психиатра, видимо, будет измеряться, в частности, и тем, сможет ли он за несколько встреч с родными и друзьями больного, на основе разговоров с ним самим справиться с непростой психологической задачей — вникнуть во внутрисемейную атмосферу.

Разумеется, чаще всего близкий человек искренне готов помочь, и тогда врач обязан сказать правду, какой бы тяжелой она ни была. Однако и тут надо быть в высшей степени тактичным, добиваясь, чтобы родственник всецело доверял врачу и с не меньшим оптимизмом, чем он, верил в успешное лечение даже крайне неблагоприятной болезни.

Но бывает иначе, например, так, как в случае с этой женщиной. С ней мы встречаемся уже четвертый раз.

Я знаю со слов матери больного, что она стремится к разводу. Впрочем, моя собеседница и сама не смогла этого скрыть, спросив однажды, действительно ли со страдающими шизофренией разводят без суда.

Надо что-то решать... Снова анализирую факты. Да, у ее мужа тот самый, «желательный» для женщины диагноз. Но его состояние улучшается, он вскоре сможет выписаться из больницы и благодаря современным методам терапии много лет жить без всяких рецидивов. Решение не приходит. Если женщина так заинтересована в «своем деле», в чем мне она, конечно, не признается, то счастливой семьи все равно не получится. Но ведь речь идет о больном человеке. Что для него лучше или, вернее, что хуже: постоянные домашние неурядицы или разрыв с женой? Сможет ли он обрести новую семью?

Я скрыл диагноз. Прав ли был — не знаю.

Как бы продолжение этой истории содержалось в полном отчаяния письме-отклике на первое издание моей книги. Написала его другая женщина, но по схожему поводу. Она рассказывает<sup>1</sup>:

«Мой муж заболел первый раз, когда мне было 26 лет. Диагноз ему поставили очень легкий — неврастения. У меня были основания сомневаться, но неопытность и молодость сделали меня доверчивой. После этого был длительный период (вероятно, около 8—9 лет, в письме это не уточняется. — Ю. А.), когда муж чувствовал себя хорошо, не пил лекарств, защитил кандидатскую диссертацию, у нас родился второй ребенок. И вот недавно его опять положили в больницу. На этот раз меня было трудно обмануть. Врачи только подтвердили, что это не неврастения, а настоящее психическое заболевание (какое — мне не сказали).

Что вышло из святой лжи врачей? Мне не мил бе-

---

<sup>1</sup> Письмо приводится с некоторыми сокращениями и редакционными поправками. — Ю. А.

лый свет, я не хочу жить. Страшно сознаться, но я хочу смерти или мужа, или своей. Скоро он должен выпиться, у него будет группа инвалидности. Жить нам в одной квартире... Если быть откровенной, невозможно представить, что я с сумасшедшим должна делить постель. Если бы в 26 лет мне честно сказали, я разошлась бы с мужем и устроила свою судьбу... Теперь нас двое несчастных — я и он...

К чему я это пишу? Я хочу сказать, что ваша «святая ложь» все равно раскрывается. Сейчас я говорю: «Будьте вы прокляты со своей ложью...»

Тяжелое письмо, горькие и, думаю, несправедливые обвинения в адрес врачей. Почти 10 лет прошло со времени первого обращения мужа к психиатрам. Он защитил диссертацию, в семье появился второй ребенок, были, наверное, и другие радостные события. И разве важен ярлык «сумасшедший» или «не сумасшедший», а не само состояние близкого человека? Разве не святая обязанность членов одной семьи быть вместе и помогать друг другу и в горе, и в радости? Все эти вопросы я хотел бы задать автору письма, прежде чем понять ошибку врачей, якобы пошедших на обман 10 лет назад. Но я вновь перечитал письмо и отчетливо понял, что женщиной, написавшей его, руководило не беспокойство за судьбу отца ее детей, а эгоизм. Хотя, судя по всему, психические нарушения у него незначительно выражены и хорошо поддаются лечению, это не радует жену — «такой» муж ей ни к чему. Где же здесь душевное благородство, теплота, наконец, любовь? Они что же, исчезли при одном упоминании о психической болезни? Очевидно, нет — их и раньше не было.

Эти «случаи» наглядно иллюстрируют сложность задач, с которыми сталкивается психиатр, контактируя с родственниками своих пациентов. Ответственность врачебных слов в аналогичных ситуациях станет, наверно, особенно понятной, если читатель возьмет слово «случай»

в кавычки и разглядит за ним реальные человеческие судьбы.

Может быть, значительно легче и проще стали бы взаимоотношения людей, может быть, отпала бы нужда в целом ряде «лечебных разговоров», если бы желание всегда видеть за словами живого человека во всем своеобразии его характера, умение быть доброжелательным и пытаться предвосхитить его поступки вышли за пределы требований, строго предъявляемых к работникам психиатрических учреждений, и стали постоянной нормой общения между людьми.

Не только среди недостаточно грамотных обывателей, но и в кругу высокообразованных людей приходится слышать, что постоянный контакт с психически больными накладывает «своеобразный» отпечаток на медицинский персонал, в том числе и на врачей. Причем говорящие иногда снисходительно улыбаются и многозначительно покручивают пальцем около виска: дескать, знаем мы их — они сами «такие». Безусловно, всякая профессия в известном смысле отражается на человеке: следователь обычно обладает обостренным вниманием, хороший воспитатель — чрезвычайным терпением, водитель автомобиля — быстрой реакцией, балерина — своеобразной «выворотной» походкой. Нет ни одного вида трудовой деятельности, который не требовал бы в определенной мере тренировки и развития одних качеств в ущерб другим. А вот психиатру нужны и внимание следователя, и терпение воспитателя, и быстрота реакции, и даже уверенная походка. Для большинства моих коллег характерны спокойствие, выдержка, высокая культура и интеллектуальная развитость. Современный специалист не может не знать, помимо всех тонкостей психиатрии, основы общей медицины и психологии, правовые, этические, социально-бытовые, этнологические и многие другие вопросы; он обязан постоянно следить за медицинскими журналами и переносить опыт других врачей в

свою практику. Благодаря этому формируется научно-критическое мышление, а значит, возрастает мастерство: правильная оценка поведения больного, анализ возникновения, течения и, наконец, прогноз психических заболеваний.

Перечисленные основные особенности, присущие, наверное, подавляющему большинству психиатров, так же как и прочие качества, порождаемые их деятельностью, не дают оснований ни для снисхождения к ним, ни для многочисленных намеков. Психические болезни не разны, и никакие «вирусы» не могут способствовать «заражению» психозом.

В настоящее время психиатры пользуются заслуженным уважением как врачей, так и общественности. Они выполняют трудную, но почетную социальную и лечебную работу. П. Б. Ганнушкин считал, что психиатрии (а следовательно, и психиатрам) принадлежит особая роль. Вместе с судебной медициной и социальной гигиеной она завершает образование врача, «как купол завершает и объединяет здание». Поясняя эту мысль, Ганнушкин обращал внимание на то, что социальная сторона не представлена ни в одной отрасли клинической медицины столь ярко, как в психиатрии.

Современная психиатрия имеет и свою теоретическую основу, и собственные методы обследования, и особые терапевтические возможности. Сомневающимся в правоте какого-то диагноза, конечно, трудно объяснить все сложности и премудрости современной психиатрии. Да и вряд ли это нужно всякий раз делать. Врачам, в том числе и психиатрам, необходимо верить. Ведь когда речь идет о врачебной помощи, многие становятся и советчиками, и судьями, и прорицателями, забывая при этом, что компетенция любого человека-неспециалиста исчерпывается или случайно полученными сведениями, или личным, весьма скромным опытом.

Наглядная иллюстрация сказанному — так называе-



мое антипсихиатрическое движение, вспыхнувшее лет 30 назад в Англии, Италии, США и сейчас идущее там на убыль. Однако оно все более будоражит в последнее время околonaучное общественное мнение в нашей стране. В основе этого движения лежит спекулятивно-философская подоплека, объединяющая порой полностью бессмысленную мистику, воинствующую энергию борцов за «абсолютную свободу» человека и некомпетентное суждение о сути психической деятельности в норме и при патологии.

Антипсихиатры исходят из того, что все нарушения поведения обусловлены только социальными факторами и биологических основ психических болезней не существует. В связи с этим какое бы то ни было отклонение не подлежит медицинскому (психиатрическому) обсуждению и целиком должно быть исключено лечебное корригирующее воздействие. Оно именуется не иначе как «полицейская репрессия» или, того более, «преступление против человечества», поскольку якобы неугодные лица исключаются из общества путем приклеивания им «ярлыка» психического больного с последующим содержанием в психиатрических учреждениях.

Разновидности антипсихиатрических взглядов объединяет категорическое отрицание возможности каких-либо биологически обусловленных причин «того, что называется психическими заболеваниями». Например, биологические аномалии и выявленные симптомы психозов — это, оказывается, язык, «с помощью которого в определенных социальных условиях одни люди дискриминируют других», а признаки шизофрении являются не чем иным, как «стигмами, сфабрикованными психиатрами» для помещения людей в психиатрические больницы — «места массового производства меток» для неугодных «кому-то» людей.

Что же все-таки определяет «ненормальное» поведение при психических расстройствах, с точки зрения анти-

психиатров, если нет никаких естественно-научных причин? Ответ однозначен. «Ненормального» поведения нет. Есть поступки, не соответствующие общепринятым нормам. И любой человек имеет на них право, если даже от этого могут пострадать как окружающие, так и он сам. Все психические расстройства исчезнут, как только будет реорганизовано общество. Но какова «модель» данного «безпсихиатрического» общества — никто не знает. А раз уж сегодня специализированные больницы приносят «социальный» вред, они должны быть закрыты, а сама психиатрия — ликвидирована.

«Антипсихиатрическая шумиха» нанесла немалый урон: вопреки очевидности у части больных, их родственников и даже медицинских работников сформировались обособленные взгляды на «сумасшествие». Группа ученых обследовала по 100 пациентов в двух сравнимых по всем показателям психиатрических учреждениях США и ФРГ. Цель — изучить представления самих больных и их близких о психической норме и патологии и связанное с этим поведение больных в стационаре. Было выявлено: больные в ФРГ обычно считают, что психические расстройства вызваны прежде всего биологическими факторами и вследствие этого излечение зависит от лекарственного и иного «биологического» эффекта, причем оно не всегда может быть успешным, а американские больные, «заразившись» концепциями о социальной основе психозов, считают, что за развитие и течение болезни «ответственность несет» сама личность заболевшего. В соответствии с этим выздороветь можно благодаря «собственному желанию» и помощи окружающих.

Разница во взглядах на психическую болезнь в современном мире, как уже, наверное, убедился читатель на приведенных примерах, зависит от многих обстоятельств.

Естественно-научная база, без которой не обойтись

истинному исследователю, позволила многое понять в законах психических процессов, в диагностике «нормы» и «не нормы». Результаты огромны — они сказываются и в экспертной практике, и в клинической, сотни тысяч психически больных возвращаются в строй. Психиатрия не нуждается в оправданиях, она честно служит людям, помогает им обрести утраченное здоровье. Именно это, а не случайная «антипсихиатрическая» или какая-либо другая кампания дает право оценки болезненно измененного поведения и при необходимости — компетентного вмешательства для лечения заболевшего человека.

---

## ХАРАКТЕР

---

Образ мышления и действий, возможности выбора цели и путей ее достижения, последовательность в выполнении намеченного составляют важнейшие индивидуальные особенности характера человека. Он зависит от своеобразия нервно-психической деятельности, сочетания приобретенных и врожденных свойств, колеблющихся у разных людей в широких пределах. Интеллектуальные и моральные качества не шаблонны, они предусматривают как бы целый ряд «допусков», ни в коей мере не ведущих к психическим расстройствам. Эти-то допуски помогают человеку, с одной стороны, подстраиваться к окружающему, а с другой — активно воздействовать на него. Причем люди отличаются друг от друга главным образом не отдельными чертами характера, они налицо у каждого, а их сочетанием в многоликом личностном ансамбле. Особенности характера, типология человека не зависят от того, богат он или беден, к какому социальному классу принадлежит. Перед психическим царством и в здоровье, и в болезни все равны. Однако индивидуальные черты человека, порожденные ха-

рактором или развившиеся вследствие болезни, нередко способствуют или, наоборот, препятствуют его устремлениям, помогают или мешают строить свою жизнь наедине и вместе со всеми.

Нет и не может быть какого-то одного слова или однопозначного понятия, «оценивающего» человека. Но к числу наиболее общих и емких относится определение его темперамента, на фоне которого формируется характер.

Еще древнегреческий врач Гиппократ описывал четыре вида темперамента:

**Сангвиники** — люди энергичные, оживленные, эмоциональные, впечатлительные, общительные. Они, как правило, легко и быстро приспосабливаются к новой обстановке.

**Флегматики** — обычно спокойны и невозмутимы, способны к длительной напряженной работе, их трудно вывести из себя, они медлительны, нерешительны, неохотно переключаются с одного дела на другое.

**Холерики** — энергичны, смелы, уверенны, решительны, инициативны, однако вспыльчивы, несдержанны, нетерпеливы, плохо владеют собой, не умеют рассчитывать силы и ни в чем не знают меры.

**Меланхолики** — в большинстве своем неуверенные, безынициативные, боязливые, мнительные, с подавленным настроением; они нелегко осваиваются с изменившимися условиями жизни, а в опасные и трудные минуты теряются.

Холерики сразу же воспаляются при встрече с препятствием, им как бы свойственна потребность в трате энергии, и они тяжело переносят обстоятельства, мешающие их жизненной активности. Флегматиков отличает от сангвиников сравнительная неповоротливость во всех действиях.

Французский ученый А. Фулье в конце XVIII столетия внес в классификацию Гиппократа дополнения на

основании изучения интенсивности и быстроты реакции: чувствительные с быстрой, но малоинтенсивной реакцией (ближе всего к сангвиникам);

чувствительные, с реакцией более медленной, но интенсивной (меланхолики);

деятельные, с быстрой и интенсивной реакцией (холерики);

деятельные, с медленной и умеренной реакцией (флегматики).

У лиц с первым типом темперамента, по Фулье, наблюдается непропорциональность между «живой чувствительностью» (эмоциональностью) и слабой двигательной реакцией. Во втором случае на ту же эмоциональность «накладывается» особая впечатлительность, «внутренняя» переработка того или иного события. Третий и четвертый типы, в противоположность двум первым, отражают не столько присущую человеку эмоциональную окраску переживаний, сколько «стиль» поведения.

Четыре типа темперамента — с разными оговорками и некоторыми изменениями — «признаются» фактически всеми исследователями психической деятельности человека. Но это лишь крайние варианты. У многих людей можно обнаружить мозаичное их переплетение, те или иные «переходные» формы, что дает основание ученым составлять многочисленные классификации.

В частности, советский профессор О. В. Кербиков, а вслед за ним Г. К. Ушаков предлагают разделять людей с невротическими расстройствами на три типа: тормозимые, возбудимые, истероидные. Именно в этих группах по-своему формируются и протекают различные болезненные нарушения, проявляются характерные для каждой из них клинические формы и варианты неврозов.

В 20-х годах нашего века немецкий психиатр Э. Кречмер предложил объединить всех по особенностям темперамента в две большие конституционные группы: шизотимики и циклотимики. Внутри этих групп он рассмат-

ривал шесть видов в зависимости от приближения к пределу чувственной вспыльчивости или, наоборот, холодной «нечувствительности» (шизотимики) и от преобладания жизнерадостного или пониженного настроения (циклотимики).

К шизотимикам принадлежат гиперстеники — легко раздражающиеся, нервные, нежные, «внутренне углубленные»; шизотимные — хладнокровно-энергичные, спокойные и последовательные в своих поступках; анестетики — аффективно слабые и взбалмошные. К циклотимикам принадлежат гипоманики — пыльные, с подвижной психикой, синтонные, обладающие практическим реализмом, и «тяжелокровные» (выражение Кречмера) — с душевной мягкостью.

По мнению Кречмера, у лиц шизотимического типа имеется аналогия с некоторыми болезненными отклонениями, наблюдаемыми при шизофрении, у лиц циклотимического типа — с циркулярным психозом, который сопровождается сменой без всякой видимой причины выраженных фаз от подавленного настроения к повышенному и обратно.

То, что Кречмер в какой-то мере ставит знак равенства между особенностями темперамента у здоровых людей и психически больных и тем самым отрицает качественное отличие психозов от многоликости нормы, вызвало справедливую критику специалистов. Однако подмеченные ученым в результате длительных наблюдений корреляции между вариантами темперамента и телосложения в основном оказались верными. Прежде всего это относится к людям циклотимного типа (для которых в большинстве случаев характерно пикническое строение — средний рост, круглая голова, раннее облысение, хорошо развитая грудная клетка, светлая кожа, склонность к полноте) и шизотимного типа (астеническое строение — стройность, тонкие конечности, удлинненное лицо, густые волосы, излишняя худоба).

Важнейший показатель характера наряду со свойственным человеку темпераментом — своеобразие его стеничности, выражающееся в широком диапазоне проявлений — от крайних вариантов повышенного жиапенного «тонуса» (гиперстения) до его снижения (астения). На это обращали внимание уже очень давно. Например, Филлострат, живший во II—III веках до н. э., дал подробнейшее описание так называемой астенической конституции, во многом повторяемое современными учеными. По словам советского психиатра П. Б. Ганнушкина, астеники — это постоянно вялые, слабые, быстро устающие люди, у которых чрезмерная возбудимость сопровождается резкой истощаемостью. Именно с наличием астенических черт венгерский исследователь Б. Штиллер связывал до 80 процентов нейрогенных заболеваний желудочно-кишечного тракта (язвенная болезнь и др.).

В современной физике установилось понятие — противоположности не исключают, а дополняют друг друга. По аналогии с этим различные, порой противоположные личностно-типологические особенности человека создают множество характеров. Дополняя друг друга, они дают возможность сосуществовать и развиваться большому числу людей.

Особенности темперамента, стеничности, «фазность» смены настроения создают как бы «внутреннюю канву», своеобразную «мелодию», сопровождающую все решения и поступки человека. Они имеют большое значение для становления характера, но не могут в полной мере определять неповторимость личности. Это зависит от всех как биологических, так и социально-психологических механизмов психической деятельности.

С учетом этого профессор Берлинского университета К. Леонгард ввел в медицину понятие об акцентуированных личностях, подчеркивая, что любая индивидуальность заключается в преимущественной выраженности (то есть акценте, откуда и идет этот термин) отклонений

от некоей средней величины двух сторон психической деятельности — характера, отражающегося в способе мышления и стремлениях человека, и темперамента, влияющего на темп и глубину аффективных реакций. Наиболее четко, как считает К. Леонгард, выделяются экстравертированные личности, у которых преобладает «мир внешних восприятий и впечатлений», и интровертированные личности, склонные к «миру представлений и внутреннему анализу».

В специальной литературе особенно много места отводится описанию так называемых сензитивных личностей (от латинского слова *sensûs* — чувство) — остро чувствительных, обидчивых, самолюбивых, застенчивых, мнительных, неуверенных в себе. Отсюда усиленная внутренняя «переработка» впечатлений при относительной задержке непосредственных реакций на внешние события, что нередко перерастает в болезненные, прежде всего психастенические расстройства.

Большой вклад в методику изучения функционирования нервной системы у различных типов людей внесли И. П. Павлов, его ученики и последователи. На основании многолетних исследований высшей нервной деятельности животных И. П. Павлов выявил «странные обстоятельства» двух серий опытов, проводимых на собаках. В одной серии при помощи электрического тока вырабатывался условный пищевой рефлекс, а естественный оборонительный, вызванный раздражением, — тормозился. Сила тока постепенно повышалась. Это приводило к срыву «приобретенного» рефлекса, и у собак на длительное время развивалось общее болезненное возбуждение. В другой серии собаке предлагалось отличать круг от эллипса. Правильное решение поощрялось — ей давали пищу. Постепенно собаке показывали эллипс, форма которого все больше приближалась к кругу, что чрезвычайно затрудняло дифференцировку. Когда соотношение диаметров эллипса и круга составляло 5:4, собака еще



справлялась с задачей, когда же соотношение становилось 9:8, то есть когда эллипс уже незначительно отличался от круга, все ранее закрепленные условные рефлексы исчезали, животное становилось агрессивным.

Сопоставив способы провоцирования патологических состояний у собак, И. П. Павлов пришел к выводу, что у них вызывалось не что иное, как своего рода экспериментальный невроз. При этом он предположил, что с точки зрения физиологических механизмов невротические расстройства возникают в одном из трех случаев: при перенапряжении раздражительного процесса, как это было при действии особо сильного тока, не переносимого для нервной системы собаки; при перенапряжении тормозного процесса, как это было, когда слишком сложная и тонкая дифференцировка стала непосильной; при нарушении, также из-за непомерных перегрузок, подвижности обоих процессов.

Было установлено, что экспериментальные неврозы могут проявиться не только внезапно, вслед за побудительной причиной, но и постепенно, при хронической травматизации в течение опыта. Кроме того, многое зависит от организма животного. Скажем, беременность, ослабленное питание и ряд других факторов подготавливают «почву» для неврозов. А как объяснить, что при прочих равных условиях неврозы образуются сугубо индивидуально, с большей или меньшей быстротой и неодинаково протекают у разных животных? Почему так происходит?

Пытаясь ответить на этот вопрос, ученые обратили внимание на «специфичность» деятельности нервной системы, от которой «зависит» своеобразие животных. В соответствии с этим были выявлены следующие основные типы нервной системы:

1) тип сильный, уравновешенный и подвижный — здесь и раздражительный и тормозной

процессы одинаково сильны, а их подвижность значительна;

2) тип сильный, уравновешенный, но инертный — отличается от первого недостаточной подвижностью;

3) тип сильный, неуравновешенный — раздражительный процесс преобладает над тормозным;

4) слабый тип — оба процесса снижены.

Как оказалось, подобная классификация в значительной мере характерна не только для животных, но и для человека. Именно эти четыре разновидности определяют варианты темперамента, описанные Гиппократом и многими другими исследователями. Благодаря работам И. П. Павлова удалось проложить «мостик понимания» от основных механизмов высшей нервной деятельности к разнообразию человеческих характеров.

Выяснилось, что люди с сильным типом нервной системы обладают высокой работоспособностью, особенно если требуются большая выдержка и целенаправленность. Они не теряются в сложных ситуациях, инициативны и настойчивы, самостоятельны, не любят жаловаться на невзгоды, не ищут у окружающих поддержки. У них очень редки нервные срывы.

Люди со слабым типом нервной системы, наоборот, обладают низкой работоспособностью, нерешительны, стараются избежать ответственности, трудных положений; обычно им свойственно чувство собственной неполноценности, они не умеют отстаивать свои убеждения и легко попадают под чужое влияние. У них часты нервные срывы. У врача они пытаются вызвать жалость, сочувствие, плачут, рассказывая об «исключительно тяжелых» переживаниях и о «несправедливостях», которые на них обрушились. Не умея найти правильного выхода из «тупика», большей частью ищут помощи на стороне.

Соотношение нервных процессов может колебаться в широких пределах. Человек с крепким «тормозом» от-

лично владеет собой, предельно организован; с ослабленным — неуравновешен, тороплив, непоседлив, многоречив, излишне подвижен, подвержен эмоциональным вспышкам. Из-за инертности нервных процессов люди испытывают затруднения при переключении с одной работы на другую, им тяжело приспособиться к новой обстановке, изменить установившийся распорядок дня. Они медленно засыпают и медленно просыпаются. Это порождает дурные привычки, а то и патологические отклонения.

Стало уже ясно, что проявления любого невроза зависят от того, в какую сторону «сорвется» перенапряженная нервная система — в сторону преобладания возбуждения или торможения. Вероятно, именно этим можно объяснить две противоположные реакции всякого организма на то или иное раздражение. В самом деле, почуввав опасность, животное либо замирает, пытаясь быть незаметным, либо переходит к нападению. В какой-то степени и поведение человека, находящегося в невротическом состоянии, «умещается» между полярными точками: сверхбурной агрессивностью, возбуждением, вплоть до яростной («безумной») агрессии, и заторможенностью, доходящей иногда до полного оцепенения (ступор).

Характер не застывшая величина. Хотя он и остается в основных чертах типичным для каждого человека, но «обрастает» своеобразными особенностями, обусловленными изменением возраста, жизненными потрясениями, общими заболеваниями и другими, несколько менее значимыми факторами. С возрастом, зрелостью обычно пропадает детское стремление к игровому восприятию мира, на смену эмоциональной непосредственности приходит «отягченный» знаниями и порой слишком преобладающий во взаимоотношениях с окружающими рационализм.

В весенние дни, когда под лучами солнца на городских асфальтовых площадях высыхают лужи, можно на-

блюдают, как дети с увлечением рисуют цветными мелками. Иногда тротуары быстро покрываются квадратиками рисунков. Родители, прохожие любуются творчеством малолетних художников. Но вот как оценил эту картину один из больных, страдавших депрессией. «Это — аналогия кладбища, — сказал он. — Множество квадратов на асфальте — масса могил. Эти дети, не успев родиться, символически уже формируют вечное пристанище. Несчастные, им от игры и озарения надо еще перейти к осознанию, разочарованию и безразличному успокоению. Как тяжело преодолеть целую жизнь...» Так выразился больной человек, потерявший жизнелюбие и возможность эмоционального восприятия действительности, и его слова продиктованы, конечно, патологией. Но в известной мере, пусть и «криво», они отражают возрастную динамику чувств и поведения, свойственную многим людям: от игры и озарения — к успокоению. Если попытаться проследить на протяжении лет этапы не только эмоционального реагирования, но и формирования характера человека, то нетрудно заметить не всегда резкую, но достаточно четкую тенденцию в одних случаях — к его смягчению, в других, наоборот, — к обострению.

С определенностью можно говорить и о том, что образ жизни, «стиль» поведения, специфика трудовой деятельности накладывают на характер весьма заметный отпечаток. В последние годы чаще стал встречаться «деловой» тип человека. Его отличают постоянная озабоченная занятость, немногословность, конкретность, нелюбовь к «лирическим» отступлениям и рассуждениям, рационализм, стремление (и в большинстве случаев умение) к четкому распределению времени, последовательному мышлению и действиям, некая сухость и формальность во взаимоотношениях, энергичность в выполнении служебных обязанностей. Объяснение кроется в образе жизни, во все более убыстряющемся ее темпе. Ответствен-

ная и разноплановая работа, необходимость изучения и обдумывания огромного объема информации, общение с массой людей и формализация контактов с ними — все это эмоционально сковывает человека, «загоняет внутрь» его собственные переживания.

Последние кризисные годы нашей страны способствуют развитию у многих повышенной раздражительности, озлобленности, общей невротизации. Люди перестают улыбаться, становятся постоянно озабоченными и сосредоточенными на решении бытовых проблем, плохо понимают шутки, у них резко снижается трудоспособность. Все это способствует, в числе и других факторов, социальной напряженности, усложнению криминальной обстановки в обществе, росту числа больных неврозами и психопатиями. Изменение «стиля» поведения наших современников — достаточно яркий и осязаемо видимый многим пример влияния жизненной ситуации на групповой и вместе с тем индивидуальный портрет окружающих нас людей.

---

## ВОЗБУЖДЕНИЕ

---

Возбужденный человек для многих прежде всего олицетворяет «ненормального». Различные действия и переживания как здоровых, так и больных людей сопровождаются состоянием возбуждения. Оно крайне многообразно и требует своего уточнения.

...Получив мяч и набирая скорость, футболист продвигается к штрафной площадке противника. Вот он уже занес ногу для решающего удара... Стадион на мгновение затихает. Взгляните в это время не на отчаянно бросившегося на мяч вратаря, а на своего соседа по трибуне — заядлого болельщика. Он чуть привстал, рот по-

луоткрыт, глаза блестят, на щеках выступили красные пятна. Еще секунда, и, даже раньше, чем мяч окажется в сетке ворот, сосед вскочит в экстазе, хлопнет вас по плечу и, что-то крича, жестикулируя, топая, будет избивать, как забивали гол. Наверняка кто-нибудь рядом подумает: «Здорово он возбуждился...»

Исследователь наблюдает в микроскоп за простейшими одноклеточными. В протоколе опыта он то и дело записывает: «При добавлении такого-то вещества отмечается возбуждение клеток...»

В психиатрическую лечебницу привезли больного. Еле удерживая, санитары усаживают его на скамейку, а в истории болезни появляется: «Возбужденное состояние...»

Что же это за всеобъемлющее понятие? Правомерно ли оно? Да, во всех этих и во многих других случаях мы не ошибаемся, часто употребляя слово «возбуждение».

Попадая под действие каких-либо посторонних сил, живые образования переходят от относительного физиологического покоя к возбуждению. Мы уже говорили, что за этим скрывается сложный комплекс физических и химических преобразований внутри клетки (системы, организма) — изменяется электрический потенциал выведенного из равновесия участка ткани, повышается обмен веществ, увеличивается теплоотдача и т. д. Процессы возбуждения далеко не однородны. У простейших одноклеточных они выражаются в медленно развивающихся двигательных реакциях. Амеба, например, вслед за раздражением перемещается при помощи изменения формы тела (появляются лженожки). Иначе протекает возбуждение у высокоорганизованных организмов, обладающих «специализированными» тканями: мышца сокращается, по нерву стремительно несется импульс, железы внутренней секреции «по команде» вырабатывают гормональные вещества.

Читатель может быть в недоумении: все это касается отдельных клеток и систем, при чем же здесь возбуждение болельщика на стадионе или больного, поступающего в психиатрическую лечебницу?

Но мы ведь уже имеем представление, что поведение человека, его темперамент, раздражительность, наконец, возбуждение опираются на основные физиологические механизмы. Связь между, казалось бы, чисто теоретическими вопросами физиологии нервной системы и закономерностями нервно-психической деятельности удалось установить благодаря вкладу в науку выдающихся ученых прошлого столетия, в том числе наших соотечественников И. М. Сеченова, И. П. Павлова, И. Е. Введенского и их последователей. Не кто иной, как Сеченов, доказал, что психическая активность находится под постоянным влиянием — через органы чувств — окружающей среды. При чрезмерно интенсивных или длительных воздействиях любые нервные клетки утрачивают способность проводить сигналы. Как бы ни переполняло в этот период раздражение какой-нибудь участок нервной системы, оно не выйдет за его пределы — будет держаться «застойное возбуждение». И. П. Павлов установил, что «перевозбужденные» области в силу ряда условий возникают и в коре головного мозга. Причем «застойное возбуждение» может качественно трансформироваться в торможение. Такой переход совершается через определенные промежуточные (фазовые) состояния. Именно наличие динамического равновесия двух процессов — возбуждения и торможения — определяет функциональные возможности нервной системы.

Основываясь на сказанном, легко предположить, что если вновь пришедшее раздражение «застанет» соответствующий центр в фазе, близкой к торможению, то оно принято не будет. Например, сосредоточенно работающий человек «не заметит» многого происходящего вокруг. Или наш болельщик. Перед решающим ударом он

притих, приготовился, замер. В это время в коре головного мозга «включены» центры зрения и слуха. Но вот мяч в воротах — наступает развязка и на футбольном поле, и в нервной системе. Теперь у болельщика на первом месте радость за команду, мысли об увеличивающихся ее шансах на победу, а это значит, что возбуждены уже иные центры мозга. Конечно, в манере внешних проявлений играют роль и волевые усилия, и общая культура, и обстановка. Ведь самый «необузданный» болельщик будет иначе реагировать на забитый гол, следя за матчем по телевидению.

Иногда бывает, что из-за какой-то обиды или просто дурного настроения человек «взрывается» — кричит, размахивает руками, кому-то угрожает и т. д. Его возбуждение подогревается отсутствием воли, неумением сдерживаться. Кстати, подобные вспышки гнева мало что дают для утверждения своего мнения, кулаками, как говорится, ничего не докажешь. Но к ним можно привыкнуть, как бы сделать их нормой поведения. И не потому, что «тормоза» отказали, — они лишь ослабли, или человек просто не хочет ими пользоваться. Возьмите, скажем, одного из руководящих работников, которые, к сожалению все еще встречаются. С подчиненными он груб, пренебрежителен, может даже выгнать из кабинета. А вот перед своим начальником будет «тише воды». Так что «вожжи» распускаются в ряде случаев, только если человек «страдает» морально-этическими изъянами (ложно понятая собственная непогрешимость, невоспитанность, ограниченность кругозора)

Любое моторное, речевое, эмоциональное перевозбуждение, наблюдаемое при невротическом состоянии, свидетельствует о нарушении адаптации человека к внешним условиям.



---

## ПСИХИЧЕСКАЯ ЗАЩИТА

---

У человека, как и у любого живого существа, имеется много барьеров, обеспечивающих существование и жизнедеятельность. Однако только у нас с вами имеется, причем у каждого строго индивидуальный, барьер психической адаптации, позволяющий уравновешенно реагировать на окружающее. В норме он обеспечивает своеобразный «оперативный покой», способствуя тем самым быстрому и оптимальному контакту со всеми природными и социальными факторами.

Активность этого барьера базируется на двух хотя схематически и разделяемых, но, по существу, слитых и подчиняющихся сложным законам диалектического двуединства основах — биологической и социально-психологической.

Первая из них зависит в каждый конкретный момент от функциональных возможностей центральной нервной системы и многочисленных других «звеньев» организма — сердечно-сосудистой, вегетативной, пищеварительной систем, органов чувств и т. д. Все биологические механизмы адаптационного барьера определяются в первую очередь генетическим и конституциональным «набором» человека. Они постоянно изменяются в течение его жизни, но основные их показатели (стереотип действия) формируются уже в раннем детстве и в дальнейшем, как правило, резко не меняются. Отсюда относительное постоянство темперамента, эмоциональных реакций, многих черт характера.

«Ломка» биологической основы проявляется в небольшом числе достаточно универсальных и стабильных болезненных расстройств. Из поколения в поколение на протяжении тысячелетий повышенная нервность людей

сопровождается обостренной возбудимостью, тревогой, страхом, раздражительностью, вспыльчивостью, плохим настроением. Уходили эпохи, культуры, менялись общественные отношения, а нарушения «механизма приспособления» человека к психическим перегрузкам в принципе оставались теми же.

Барьер психической адаптации не может существовать без второй своей основы — социально-психологической. Социальные воздействия формируют у каждого индивидуальное сознание, внутреннюю позицию личности, взаимосвязь с миром.

Социально-психологическая основа более изменчива по сравнению с биологической. Вспомним, например, что те обстоятельства, которые вызывали чрезвычайную реакцию предков, спустя столетия даже не замечались людьми, сумевшими их объяснить и устранить. Достижения науки и техники, радио, телефонная и телевизионная связь, самолетостроение, открытие атомной энергии, покорение космоса резко изменили объем и содержание знаний современного человека, усилили его коммуникабельность, укрепили механизмы социально-психологической адаптации.

Моральные и волевые качества, идейная убежденность, приобретаемый опыт создают «иммунитет» к психическим перегрузкам, к определенным неблагоприятным, так называемым стрессовым<sup>1</sup> ситуациям, позволяют принимать правильные решения в трудных обстоятельствах и активно им следовать. При этом люди становятся более собранными, в их действиях появляется

---

<sup>1</sup> Этот термин достаточно широко вошел в обиход не только в медицине, но и в обыденной жизни. Он был предложен впервые более 50 лет назад канадским профессором Г. Селье, который под стрессом понимал общую совокупность адаптационно-защитных реакций организма на любое физическое или психическое травмирующее воздействие. — Ю. А.

особая осторожность и четкость, стимулируются процессы мышления, ускоряются ответные реакции, улучшается память, концентрируется внимание. Благодаря психическому напряжению возрастает способность человека к преодолению препятствий и адаптации к новым условиям. «Защитный барьер» в этих случаях функционирует в полную силу.

Советский летчик-испытатель М. Л. Галлай говорит об этом так: «Нервное возбуждение, возникающее у нормального здорового человека в минуту опасности, не только вооружает его для того, чтобы выйти из самой острой ситуации победителем. Оно, кроме всего прочего, еще и облегчает ему связанную с этим психологическую нагрузку, ибо сильно занятому, активно действующему человеку не до переживаний».

Летчик-космонавт СССР Г. Т. Береговой как бы продолжает эту мысль: «Мужество включает в себя готовность к риску, но не освобождает от сопутствующего чувства тревоги. И лишь знание, твердое, прочное знание самой техники вместе с вытекающей отсюда уверенностью... ставят тем самым нравственную готовность к риску на прочный фундамент, заложенный в самом сознании».

В этих словах людей, чей личный героизм и мужество дают им право на анализ состояния психического напряжения, наглядно подтверждается: чем целеустремленнее человек, чем более физически и морально он подготовлен к испытаниям и чем большим опытом и запасом знаний обладает, тем скорее он выйдет победителем из любого сложного положения.

Важнейшее значение имеет индивидуальная «тренировка». Помните: «За одного битого двух небитых дают». Взрослые знают, как тяжело переживается горе (потери близких), которое впервые обрушивается в юности или в молодости. Если же складывается так, что человеку приходится много раз видеть смерть, рано или поздно

срабатывает защитная реакция, притупляющая эмоциональное потрясение. Стокгольмские психологи проделали следующий эксперимент. Группу специально не подготовленных здоровых людей пригласили участвовать в опытах на центрифуге с сильными гравитационными нагрузками. Заранее гарантировалось, что никаких опасных последствий не может быть. И все же необычность ситуации, предварительные тщательные медицинские обследования нервировали испытуемых. О возрастающем волнении, кроме прочего, свидетельствовало выделение адреналина в крови — это в известной мере объективный показатель «стрессовой» деятельности организма.

Каждый испытуемый прошел через шесть опытов, отделенных друг от друга недельным интервалом. Если перед первым помещением в центрифугу у всех было «предневротическое» стрессовое состояние (с поправкой на индивидуальные особенности характера и ряд других факторов), то по истечении времени эксперимент все меньше и меньше воспринимался как стресс. Соответственно и выделение адреналина перед шестым опытом практически не отличалось от нормы.

Точно так же, как и в этом эксперименте, различные жизненные ситуации, с которыми впервые сталкивается человек, всегда вызывают значительно большее напряжение и вероятную опасность развития невроза. Предварительная «проработка» своего поведения в случае возникновения стрессовых обстоятельств, получение исчерпывающих знаний, которые могут пригодиться для решения того или иного «трудного» вопроса, определенная тренировка эмоциональных реакций на неожиданные ситуации — вот путь не ухода от трудностей, пусть даже чрезвычайных, а их преодоления.

---

## КОГДА ЧЕЛОВЕКУ СТРАШНО

---

Состояние эмоционального напряжения, сопровождающееся тревогой и страхом в той или иной мере, вероятно, знакомо каждому. Оно зависит от многих обстоятельств, но прежде всего от двух: во-первых, от индивидуально значимых угрожающих обстоятельств и, во-вторых, от психологической подготовки человека к их преодолению. Наиболее выраженный страх смерти развивается в ситуациях, конкретно угрожающих жизни. При этом могут возникать различные психические нарушения. Они известны врачам как психогенные расстройства, возникающие как реакция на ту или иную опасность или трудное положение. По своему выражению реактивные расстройства разнообразны, но в наиболее «полном» виде они наблюдаются в жизнеопасных ситуациях — при стихийных бедствиях и массовых катастрофах. В этих случаях реактивные состояния занимают особое место в связи с тем, что могут одновременно возникать у большого числа людей, внося дополнительную дезорганизацию и в без того напряженный ход спасательных и восстановительных работ.

Поведение человека при жизнеопасных ситуациях, характеризующихся внезапностью и чаще всего кратковременностью катастрофического события, во многом определяется эмоцией страха. До определенных пределов она может считаться физиологически нормальной и приспособительно полезной, способствующей экстренной мобилизации физического и психического напряжения, необходимого для самосохранения. По существу, при любой осознаваемой человеком катастрофе возникают тревожное напряжение и страх. «Бесстрашных» психически нормальных людей в общепринятом понимании этого состояния не бывает. Все дело в мгновениях времени, не-

обходимого для преодоления чувства растерянности, рационального принятия решения и начала действий. У подготовленного к экстремальной ситуации, компетентного человека это происходит значительно скорее, у полностью неподготовленного сохраняющаяся растерянность определяет длительное бездействие, суетливость и является важнейшим показателем риска развития психических расстройств.

Клинические проявления страха зависят от его глубины и выражаются в «объективных» проявлениях и «субъективных» переживаниях. Наиболее характерны двигательные нарушения поведения — от увеличения активности (гипердинамика, «двигательная буря») до ее уменьшения (гиподинамия, ступор). Однако следует отметить, что в любых даже самых тяжелых условиях примерно 25 процентов людей сохраняют самообладание, правильно оценивают обстановку, четко и решительно действуют в соответствии с ситуацией. По нашим наблюдениям и расспросам людей, испытавших различные жизнеопасные ситуации и сохранивших в критические моменты самообладание и способность к целенаправленным действиям, при осознании катастрофичности происходящего они думали не о собственном выживании, а об ответственности за необходимость исправления случившегося и сохранения жизни окружающих. Именно эта «сверхмысль» в сознании и определяла соответствующие действия, выполнявшиеся четко и целенаправленно. Как только «сверхмысль» заменялась паническим страхом и незнанием, что конкретно делать, наступала потеря самообладания и развивались различные психогенные расстройства. Большинство людей (более 50 процентов) при экстремальных ситуациях в первые мгновения оказываются «ошеломленными» и малоактивными.

Вот как описывает свое восприятие в таком состоянии экстремальных условий, связанных с аварией на атомном энергоблоке, специалист-атомщик Г. У. Медве-

дев: «В момент нажатия кнопки АЗ-5 (аварийная защита) пугающе вспыхнула яркая подсветка шкал сельсиновых указателей. Даже у самых опытных и хладнокровных операторов в такие секунды сжимается сердце... Мне знакомо чувство, переживаемое операторами в первый момент аварии. Неоднократно бывал в их шкуре, когда работал на эксплуатации атомных станций. В первый миг — онемение, в груди все обрушивается лавиной, обдает холодной волной невольного страха прежде всего от того, что застигнут врасплох и вначале не знаешь, что делать, пока стрелки самописцев и показывающих приборов разбегаются в разные стороны, а твои глаза разбегаются вслед за ними, когда не ясна еще причина и закономерность аварийного режима, когда одновременно (опять же невольно) думается где-то в глубине, третьим планом, об ответственности и последствиях случившегося. Но уже в следующее мгновение наступают необычная ясность головы и хладнокровие...»<sup>1</sup>. Может быть, именно в критических ситуациях выявляется дремавшая до поры до времени сила человека и он оказывается и мудрее, сильнее самого себя. Происходит это, правда, при наличии уверенности и целенаправленности в достижении цели. Неожиданное возникновение жизненноопасной ситуации у неподготовленных людей может вызвать страх, сопровождающийся появлением измененного состояния сознания. Наиболее часто развивается оглушенность, выражающаяся в неполном осмыслении происходящего, затруднении восприятия окружающего, нечетком выполнении необходимых жизнеспасающих действий. В критической ситуации, как и вообще в жизни, только в чрезвычайно спрессованном времени и выпуклом виде можно наблюдать сущность характера и устремлений человека, перепутанность героизма с безволием и эгоизмом, порождающих фальшь и бездейтель-

---

<sup>1</sup> Новый мир. 1989. № 6. С. 32—33.

ность. Вот маленький пример самоотверженного выполнения долга одним человеком, проявлению которого способствовала халатная преступность других людей. Речь идет о катастрофе на Чернобыльской АЭС. Ее бывший директор В. Брюханов, признанный судом виновным в аварии, уже отбывая наказание и находясь в заключении, вспоминает, что после взрыва атомного реактора на фоне растерянности и непонимания случившегося нашелся человек, предотвративший еще более трагические последствия катастрофы. Он свидетельствует: «На станции любой блок имеет определенный запас водорода. Если бы он взорвался, были бы новые разрывы и жертвы... И вот один человек — Леличенко... запомните эту фамилию... Леличенко, заместитель начальника электроцеха, вошел в здание, где был водород, заместил его азотом, отключил резервные запасы воздуха. Эту тяжелую и длительную работу он проделал в условиях сумасшедшей радиации. Он погиб. На глазах у всех совершил героический поступок, но награды нет, даже по-смертно...»<sup>1</sup>.

Специальные исследования большого числа пострадавших, проводившиеся во время и после спитакского землетрясения в Армении в декабре 1988 года, показали, что примерно у 90 процентов обследованных имелись эмоциональные нарушения. Их выраженность и продолжительность были различны — от нескольких минут до длительных и стойких (психических) расстройств. Вот несколько примеров, описанных врачами психиатрических бригад, работавших в зоне землетрясения, В. П. Ваховым, Ю. В. Назаренко и И. В. Колос.

Обследуемый П. отмечает, что «по минутам» помнит все события, предшествовавшие подземному толчку, — «память как бы фотографически запечатлела эти мгновения», события, происходившие в течение нескольких

---

<sup>1</sup> Родина. 1990. № 3. С. 30—32.



часов после начала толчков, также помнит хорошо, а вот потом «время как бы ускорило свой ход, поэтому в памяти многое сохранилось отрывочно». Когда началось землетрясение, П. находился в приемной начальника, говорил по телефону. С первым толчком упал, быстро выбежал из здания. Земля «ходила под ногами» (начало землетрясения характеризовалось внезапно возникшим первым горизонтальным толчком и резкими колебаниями земли при втором и последующих вертикальных толчках), многие падали, бежали. Видел все четко, но перестал что-либо слышать. Ужас и страх, появившиеся сначала, сменились ощущением покоя и даже душевного комфорта. Время «застыло», перед глазами стоял туман, однако видно было хорошо. Руки казались чужими, не слушались, потеряли чувствительность. Внезапно вспомнил, что забыл закрыть дверь, и спокойно пошел в здание. П. совершал непонятные действия — начал спокойно раскладывать средство для борьбы с мышами, не обращая внимания на окружающее. Выходя из здания, никак не мог закрыть дверь, не замечая, что она перекошена. Вдруг «вспомнил», что происходит землетрясение, увидел проломленный потолок. Вернулся слух, появился сильный страх. П. выбежал на улицу, стал рыдать, кричать, кататься, вспомнил о детях, побежал к дому. Окружающее представлялось не вполне реальным, похожим на спектакль, сон или кино. Думал, что «все так задумано», уже «все это было и будет еще долго». Прибежал не к дому, а на окраину города. В последующем обнаружил живых детей и жену, стоявших около разрушенного дома. «Руки и ноги не слушались», было ощущение нереальности. Лишь на второй день осознал происшедшее, пытался принимать участие в спасательных работах, но ничего «не мог делать — были смертельная усталость и безразличие».

М. в момент землетрясения находился недалеко от своего дома. После окончания толчков не мог сдвинуть-

ся с места, оторвать руки от забора, за который держался. На его глазах обрушились школа и жилой дом. Сколько времени стоял неподвижно, не помнит, плохо слышал, «как бы оглох», не понимал, что происходит вокруг. В глазах было темно, тошнило, сильно болела голова. Вдруг «прозрел», бросился к школе спасать детей, затем вспомнил о родных и побежал к дому. Дом разрушился, дочь не нашел, окровавленную жену увезли в больницу, сын оказался погребенным под руинами школы. У М. развилось реактивное состояние с преобладанием депрессивных нарушений; несколько дней ничего не ел и не спал, бродил по разрушенному городу, ничем не мог заниматься...

К. во время начала землетрясения ехал с женой и детьми в автомашине. При первом толчке машину занесло. Увидел, как все вокруг рушится, ощутил тошноту, головокружение, резкую головную боль. Стал «как без сознания», «сердце летало», ничего не видел, было ощущение, что «смотришь на сварку, а потом темно». Что делали жена, дети — не помнит. Через некоторое время пришел в себя, поехал к дому. Увидел раздавленных, изувеченных, висящих на обломках дома соседей. Резко почувствовал себя плохо, сердце «остановилось», «внутри все умерло», «ничего не чувствовал». Лишь через несколько часов понял, что произошло землетрясение и надо спасать людей. Несмотря на это, полностью не был несколько дней трудоспособен из-за «бессилия» и «полного безразличия» к происходящему.

Аналогичные расстройства, однако не всегда столь выраженные и продолжительные, наблюдаются при всех остро развившихся жизнеопасных ситуациях, затрагивающих большое число людей. Вот еще несколько примеров, наблюдавшихся в июне 1988 года вблизи переезда у железнодорожной станции Арзамас во время мощного взрыва химических веществ. Очевидцы отмечают внезапную яркую вспышку, сильную ударную волну, большое

яркое грибообразное облако. На месте взрыва образовалась воронка глубиной 26—28 метров с размерами примерно 80×50 метров. Ударная волна вызвала сильные разрушения в радиусе 5—6 километров. В результате было много раненых и погибших. Многие люди, не получившие физических повреждений и даже находившиеся в отдалении от места взрыва, были потрясены, у части из них наблюдались достаточно выраженные психогенные расстройства.

Врач психиатрической бригады Г. В. Петров так описывает состояние некоторых пострадавших:

«В., 42 года. Во время взрыва находилась в служебном кабинете на заводе, расположенном вблизи переезда. Внезапно ощутила колебания пола, удар, услышала шум, треск, сыпались разбитые стекла; подумала, что сорвалась люлька с малярами, производившими ремонт дома, хотела выбежать и оказать им помощь. В коридоре заметила сослуживцев, упавших на пол (от толчка взрывной волной), во дворе заметила испуганных людей, которые метались, спрашивали: «Что случилось?» Увидела темное грибообразное облако со стороны железнодорожного переезда. Появилась тревога за близких, сменившаяся «смертельным страхом». Не понимала, что происходит. Была «как парализованная». Видела раненых осколками стекла и получивших ушибы, не могла подойти к ним, чтобы оказать помощь. Начал беспокоить пульсирующий шум в ушах. Такое состояние продолжалось несколько минут. Потом, «пересилив себя» и «появив», что произошло, стала помогать пострадавшим. В последующем длительное время боялась подходить к железной дороге, грохот проходящего поезда был крайне неприятен, вызывал тошноту и шум в ушах».

В момент взрыва другая пострадавшая, Г., находилась дома, собираясь гладить белье. Внезапно почувствовала сотрясение, удар по голове. При этом боли не ощущала. Видела, как с потолка сыпалась штукатурка. Счи-

тала, что обрушивается перекрытие, давно находившееся в аварийном состоянии. Ощутила удар электрического тока в руку (от кисти к плечу), думала, что это поражение электрическим током от включенного утюга: «Наверно, я умерла, может быть, даже обуглилась, но если я думаю, значит, я жива». Решила узнать, что же случилось. Осмотрелась. Увидела холодильник, удивилась — он должен быть на кухне. Оказалось, что через разрушенную перегородку взрывной волной ее переместило туда, где была кухня. На холодильнике заметила застывшую кровь, поняла, что ранена. Слышала на улице шум, громкие голоса, хотела узнать, что произошло, но была «как обездвижена», ощущала «безразличие» к окружающему и «ужасную слабость». Был сильный шум в ушах и головокружение. Вспомнила о сыне, который гулял во дворе, но не было сил подняться с пола и выглянуть в окно. Услышала голоса: «Не трогай ее, надо помочь тем, кто еще жив!» Поняла, что ее считают мертвой, пыталась кричать и двигаться, но не получалось, была «как окаменелая». В больнице узнала о смерти сына. У пострадавшей развилось стойкое невротическое состояние с преобладанием депрессивных расстройств.

При развертывании спасательных работ, по образному выражению, начинается «нормальная жизнь» в экстремальных условиях». В это время в формировании состояний дезадаптации и психических расстройств значительно большее значение принадлежит особенностям личности пострадавших, а также осознанию ими не только продолжающейся в ряде случаев жизнеопасной ситуации, но и новых стрессовых воздействий, таких, как утрата родных, разобщение семей, потеря дома, имуществ.

У многих пострадавших в этот период отмечается чувство повышенной усталости, мышечная слабость, дневная сонливость, расстройства ночного сна, депрессия, неуверенность в себе, вегетативные расстройства. Часто

появляется состояние повышенной ранимости, обидчивости. Указанные расстройства наблюдаются изолированно и не всегда могут быть объединены в клинические симптомокомплексы.

Из приведенных примеров и других наблюдений можно в обобщенном виде проследить динамику развития состояния страха. Так, непосредственно после катастрофического воздействия, когда появляются признаки опасности, у людей возникают растерянность, непонимание того, что происходит. За этим коротким периодом при простой реакции страха наблюдается умеренное повышение активности: движения становятся четкими, экономными, увеличивается мышечная сила, что способствует перемещению многих людей в безопасное место. Нарушения речи ограничиваются ускорением ее темпа, запинками, голос становится громким, звонким. Отмечается мобилизация воли, внимания, идеаторных процессов. Нарушения памяти в этот период бывают представлены снижением фиксации окружающего, нечеткими воспоминаниями происходящего вокруг, однако в полном объеме запоминаются собственные действия и переживания. Характерным является изменение переживания времени, течение которого замедляется, и длительность острого периода представляется увеличенной в несколько раз. При сложных реакциях страха прежде всего отмечаются более выраженные двигательные расстройства. В этих случаях наблюдается беспорядочное метание, множество нецелесообразных движений, затрудняющих быстрое принятие правильного решения и рациональных мер по спасению. Нередко наблюдается паническое бегство.

Иногда человек как бы «застывает» на месте, стараясь «уменьшиться», принимает эмбриональную позу — садится на корточки, обхватив голову руками. При попытке оказать помощь либо пассивно подчиняется, либо активно противится проводимым мероприятиям по спасению. Речь бывает при этом отрывочной, ограничива-

ется восклицаниями, иногда отмечается афония. Воспоминания о событии и своем поведении у пострадавших в этот период недифференцированы, суммарны.

Наряду с психическими расстройствами нередко отмечаются тошнота, головокружение, учащенное мочеиспускание, ознобopodobный тремор, обмороки; у беременных женщин — выкидыши. Восприятие пространства изменяется, искажается расстояние между предметами, их размеры и форма. В ряде наблюдений окружающее представляется «нереальным», причем это ощущение затягивается на несколько часов после воздействия. Длительным может быть и ощущение качающейся земли, полета, плавания и т. д.

Обычно эти переживания развиваются при землетрясениях, ураганах. Например, после смерча многие наблюдавшиеся пострадавшие отмечают своеобразное ощущение действия непонятной силы, которая их «как будто тянет в яму», «толкает в спину», они «сопротивлялись этому», хватались руками за различные предметы, стараясь удержаться на месте. Один из пострадавших рассказал, что у него было впечатление, что он плыл по воздуху, совершая при этом движения руками, имитирующими плавание.

При простой и сложной реакциях страха сознание сужено, хотя в большинстве случаев сохраняется доступность внешним воздействиям, избирательность поведения, возможность самостоятельно находить выход из затруднительного положения.

Особое место в катастрофических ситуациях занимает возможность развития состояния паники. В прошлом она была типична при крупных землетрясениях. Индивидуальные панические расстройства определяются шоковыми реакциями. При развитии таких реакций, особенно одновременно у нескольких пострадавших, возможно их взаимовлияние друг на друга и на окружающих, приводящее к массовым индуцированным эмоциональным рас-

стройствам, сопровождающимся «животным» страхом. Индукторы паники — паникеры, люди, которые обладают выразительными движениями, гипнотизирующей силой криков, ложной уверенностью в целесообразности своих действий. Становясь лидерами толпы в чрезвычайных обстоятельствах, они могут создать беспорядок, быстро парализующий целый коллектив, лишаящий возможности оказывать взаимопомощь, соблюдать целесообразные нормы поведения. «Эпицентром» развития массовой паники обычно являются высококовнушаемые истерические личности, отличающиеся эгоистичностью и повышенным самолюбием.

Как свидетельствует опыт, при различных катастрофических ситуациях в мирное и военное время предотвращение паники состоит в предварительном обучении людей действиям в критических ситуациях, в правдивой и полной информации во время и на всех этапах развития чрезвычайных событий, в специальной подготовке активных лидеров, способных в критический момент возглавить растерявшихся людей, направить их действия на самоспасение и спасение других пострадавших.

Динамика — компенсация и, напротив, декомпенсация — невротических расстройств на отдаленных этапах течения экстремально возникшей жизнеопасной ситуации зависит главным образом от решения социальных проблем, в которых оказались пострадавшие. Собственно медицинские и медико-профилактические мероприятия в этих случаях носят в известной мере вспомогательный характер.

---

## НЕВРАСТЕНИЯ, ИСТЕРИЯ И ДРУГИЕ НЕВРОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА (Пограничные состояния)

---

Устранив чрезвычайные или «обыденные» психотравмирующие обстоятельства или справившись с ними, человек возвращается к обычному уровню своей психической жизни. Если же истощаются «резервы» психической активности, может произойти «прорыв» адаптационного барьера, что ведет в конце концов к невротическим нарушениям.

Еще с середины XVII века наряду с психическими болезнями описывались случаи «простой нервности», «невропатии», «нервной кахексии» и т. д. Шотландец Келлен в 1776 году объединил все проявления повышенной нервности термином «неврозы». Этим термином он обозначил расстройства ощущений и движений, которые не сопровождаются лихорадкой и не зависят от местного поражения какого-либо определенного органа, а обусловлены общим страданием.

Последствия ослабления функциональной активности условного барьера психической адаптации в медицинской практике в настоящее время относят к числу так называемых пограничных форм психических расстройств. Этим подчеркивается их временность, известная легкость, возможность предупреждения у здоровых людей и быстрая ликвидация.

С одной стороны, они граничат с «нормальной» психической деятельностью, с другой — с ее «истинными» болезненными проявлениями, наблюдаемыми при шизофрении, эпилепсии и других психических заболеваниях.

Многие характерные для неврозов расстройства могут кратковременно возникать и у здоровых людей при



переутомлении, недосыпании, тяжелых переживаниях. Однако достаточно им отдохнуть, выспаться, отвлечься от мучительных мыслей, как без всякого врачебного вмешательства все неприятные ощущения исчезают. При неврозах и других пограничных психических отклонениях не бывает столь сложной симптоматики, как бред, галлюцинации, слабоумие и т. д.

Неврозы — это всегда реакция человека на неблагоприятную жизненную ситуацию. Причем имеются в виду не только формальные, непосредственно связанные во времени причины нервного срыва, но и постепенное «хроническое» их накопление. В этих случаях наблюдается нарастание противоречий между свойствами личности, ее внутренними возможностями и объективными внешними трудностями, которые нельзя рационально разрешить. Человек как бы лишен «степеней свободы» при выборе «пути реагирования» в условиях психотравмирующего воздействия. Переработка поступающей информации не соответствует ее скорости и количеству. Вследствие этого появляются многообразные картины нарушения упорядоченных коммуникационных отношений человека, выражающиеся в «неправильном» поведении. На этом основании некоторые исследователи называют невроз «болезнью, обусловленной действием информации».

В происхождении неврозов ведущая роль принадлежит психическим травмам. Они, как уже отмечалось, прежде всего влияют на социально-психологическую основу адаптационного барьера. Но это не означает, что биологическая «база» остается полностью в стороне.

При психопатиях — второй группе болезненных расстройств, относящихся к пограничным состояниям, наоборот, на первое место выходят расстройства биологической основы, когда она в каком-либо из своих звеньев недостаточно развита или повреждена преимущественно в раннем детстве. Это выражается, в частности, либо в

чрезвычайно неустойчивом, либо в незначительно подвижном реагировании на окружающее.

В том случае, если социально-психологические особенности личности не корректируют и не компенсируют изъяны биологической основы адаптационного барьера, он функционирует на ослабленном уровне. В результате формируются черты характера и общий склад человека, которые резко отличают его от остальных. Постоянные раздражительность, упрямство, замкнутость, подозрительность, повышенная впечатлительность или другие проявления психопатии заставляют страдать и самого человека, и окружающих. Психопатия, по существу, обусловлена таким наследственно-конституциональным комплексом, который удерживает человека на грани психического здоровья и болезни. Неблагоприятные обстоятельства особенно легко могут вызывать именно у психопатических личностей длительное невротическое состояние, когда наряду с появлением болезненных симптомов заостряются (или, как иначе говорят, декомпенсируются) патологические черты характера.

Если возникновение и течение невроза ограничено во времени и почти всегда удается установить его начало, то психопатия лишена строгих рамок. Вся жизнь человека с психопатическими расстройствами представляет собой цепь обострений и послаблений (декомпенсации и компенсации) болезненных черт характера.

Небезынтересно познакомиться со следующим наблюдением.

Больная Л., 30 лет. Росла и развивалась в детские годы нормально. Отличалась ровным настроением, была ласковой, общительной. Хорошо училась в школе, вела общественную работу, среди подруг считалась «заводилой», настойчиво добивалась поставленных целей. В возрасте 15—16 лет несколько изменилась, стала возбудимой и обидчивой.

После окончания школы поступила в педагогический

институт, занималась с интересом, много времени отдавала организаторской деятельности, которая требовала самостоятельности в решениях и поступках. Окружающие говорили, что у нее «неудобный», «несговорчивый» характер. По распределению была направлена в школу на Севере. Несмотря на трудности, сумела быстро наладить свою жизнь. Вскоре была назначена директором школы, которая под ее руководством сделалась одной из лучших в районе. Стремилась всегда быть справедливой в отношениях с подчиненными.

В возрасте 23 лет Л. вышла замуж. И сразу же постаралась занять в семье «командные позиции». Легко раздражалась, если муж не выполнял ее просьб, вела себя «жестко», что нередко приводило к перебранкам. После рождения ребенка в связи с увеличившимися заботами ссоры с мужем участились. Через три года супружества последовал развод. Разрыв восприняла как облегчение, оставалась деятельной, жизнерадостной.

Спустя год вторично вышла замуж. Уже потом узнала, что новый муж злоупотребляет алкоголем. Пыталась отучить его от пьянства, дома часто царил тяжелая атмосфера. Скрывала это от соседей и знакомых. Отправила дочку к своей матери в деревню, была уверена, что постепенно все утрясется. На работе в школе оставалась активной и бодрой. Вскоре муж начал необоснованно обвинять ее в неверности, следил за каждым шагом. Она страдала, постоянно доказывала свою невиновность. Однажды, после очередного скандала, почувствовала себя одинокой и несчастной, долго плакала, не знала, как поступить.

В последующем в течение нескольких месяцев у Л. было пониженное настроение, почти постоянные головные боли, быстрое утомление и раздражительность, плохой сон. В этот период несколько раз отмечались своеобразные приступы удушья, она ощущала то озноб, то жар, покрывалась потом, казалось, что не хватает возду-

ха. Стала безразлично относиться к своим служебным обязанностям. Уговорила мужа уехать лечиться от алкоголизма, но это не повлияло на ее состояние. Часто получала от мужа письма, в которых он звал ее к себе. Оформила отпуск и отправилась в путь. Однако муж встретил ее равнодушно. Узнала, что у него есть связь с другой женщиной. Тут же решила уехать к матери в деревню. Сев в самолет, почувствовала, что задыхается, «в горле был ком, что-то сдавливало», плакала, причитала, считала, что «вся жизнь рухнула». Ее сняли с самолета и доставили в медпункт, но вскоре сочли возможным отпустить домой к родственникам. В последующие два дня Л. была плаксива, подолгу сидела, не меняя позы и уставившись в одну точку, говорила, что ей все безразлично, ничто не волнует и не радует. Сама обратилась к дежурному психиатру и была направлена в больницу.

В отделении стремилась уединиться, с больными не разговаривала. Будучи приглашена во врачебный кабинет, охотно рассказывала о своем состоянии, считала себя нервнобольной, просила помочь. Говоря о том, что ее внутренний мир изменился, она потеряла в себе уверенность, «из волевого, сильного директора превратилась в слабенькую, раскисшую женщину», плакала навзрыд, покрывалась капельками пота, задыхалась, дрожала. При обращении к ней в приказном тоне несколько успокаивалась, извинялась за свое поведение — нервы «расшатаны до предела». Особенно возбуждалась, если разговор касался ее взаимоотношений с мужем, которого, несмотря ни на какие унижения, продолжала любить. Убеждена, что никто не может понять всей тяжести ее состояния, все, что ей советуют, она знает сама, но это «слишком наивно» в ее положении.

В первые дни пребывания в больнице настроение оставалось сниженным, отсутствовал аппетит. Л. перестала следить за своим внешним видом, в ответ на успо-

коительные слова иногда раздражалась, «свирепела», начинала метаться по отделению, причитать, плакать. В течение дня по несколько раз возникали «приступы удушья», сходные с теми, что были при поступлении. По ночам спала очень мало, лежала в постели с открытыми глазами или, уткнувшись в подушку, заливалась слезами.

На четвертый день после начала лечения исчезла напряженность, значительно упорядочилось поведение, больная стала больше следить за собой. По ее словам, «на душе сделалось полегче», «улучшилось настроение», хотя она по-прежнему не видела выхода из создавшейся жизненной ситуации. Наряду с этим сохранялся плохой сон, не менялись по своей интенсивности и «приступы удушья», которые наступали всякий раз после воспоминаний об оскорблениях со стороны мужа или о том, что ее личная трагедия теперь всем известна.

При продолжении лечения Л. ощутила «давно забытую внутреннюю уравновешенность», перестала задыхаться. Постепенно нормализовался сон, поведение полностью упорядочилось, начала выходить на прогулки. Написала письмо матери. Отметила, что она «наконец вновь обретает себя», может «без истерики» давать оценку всему случившемуся. Под влиянием лекарств и психотерапии оставалась спокойной, ровной, была убеждена, что сможет решить стоящие перед ней проблемы, вполне критически относилась к своему болезненному поведению. Приняла решение о разводе с мужем. На 26-й день выписалась из больницы. Через полгода сообщила в письме, что развелась с мужем, переехала на новое место, работает в школе. Настроение ровное, хотя временами и возвращается несвойственная ей ранее повышенная раздражительность.

В данном случае болезненный срыв определялся различными невротическими расстройствами, тесно связанными с экстремальной жизненной ситуацией.

В общей врачебной практике чаще всего встречаются неврозоподобные и психопатоподобные состояния, возникающие не только из-за травмирующего психического воздействия или врожденных нарушений механизмов нервной деятельности, как это бывает при неврозах и психопатиях, но и по другим причинам. К ним относятся, например, соматические заболевания — инфаркт миокарда, воспаление легких, грипп и др. Реакция заболевшего человека на болезнь и ее последствия, нарушение привычного образа жизни могут привести к неврозу. Однако при этом имеется недостаточность различных органов и систем, что независимо от переживаний больного перестраивает организм. На таком ослабленном фоне гораздо легче, чем у здоровых людей, появляются неврозоподобные расстройства.

Невротические, психопатические и сходные с ними нервно-психические расстройства наблюдаются гораздо чаще, чем все иные психические нарушения. Диапазон их выраженности различен. Вероятно, вообще сейчас нет человека, который хотя бы ненадолго не испытал бы невротических симптомов. При этом многие «не справляются с собой», попадают к терапевтам, невропатологам, врачам других специальностей и только при наиболее «оформившихся» симптомах — к психиатрам.

Чтобы понять, почему часты и многолики пограничные формы психических нарушений, следует обратить внимание на то, что у человека основные виды патологических проявлений психической деятельности весьма ограничены. Все они достаточно хорошо описаны современной психиатрией.

По схеме, предложенной рядом исследователей, потенциально возможные психические расстройства можно рассматривать в нескольких диапазонах, каждый из которых как бы наслаивается на другой. Таким образом, симптомы в самом узком диапазоне могут наблюдаться не только при определяемых им заболеваниях, но и при

всех остальных психических нарушениях. В то же время симптомов, характерных для сравнительно широких диапазонов, на более узких не отмечается. Психические нарушения, ограниченные самым внутренним диапазоном, наименее специфичны и наблюдаются чаще. Именно этот диапазон «очерчивает» симптомы пограничных форм.

Они могут возникать остро, протекать хронически, иметь самостоятельное значение или лишь дополнять другие. Без них, по существу, не может проявиться никакое психическое заболевание. К числу таких симптомов относятся эмоциональная неустойчивость, тревога и страх, повышенная раздражительность и истощаемость при психических нагрузках, депрессия, навязчивые мысли и действия, бессонница, вегетативные дисфункции и некоторые другие.

В изолированном виде «пограничные» симптомы встречаются редко, что указывает, например, на причастность к их происхождению многих механизмов. Обычно они группируются и переплетаются самым причудливым образом, создавая различные клинические формы неврозов и психопатий.

По ведущим признакам к основным видам неврозов принято относить неврастению, истерию, психастению и навязчивые состояния. Эти же синдромы, как правило, определяют варианты психопатии, неврозоподобных и психопатоподобных расстройств.

**Неврастения** — это, выражаясь словами Бирда, первого ее исследователя, сказанными около ста лет назад, «легкая возбудимость и быстрая истощаемость нервных функций». Дословно этот термин означает «нервную слабость». Человек начинает замечать несвойственную ему прежде быструю утомляемость, потерю спокойствия и внутренней уравновешенности, затруднения при работе, требующей сосредоточенного внимания и усидчивости. Усталость и одновременное возбуждение лишают его четкости и свежести мысли, что необходимо для продук-

тивной и целенаправленной деятельности. Больного тянет в спасительный сон, который не наступает, — будоражащие воспоминания «отпугивают» его. Повышенная возбудимость и невозможность обуздать наступающее раздражение — вот основная характеристика неврастенического состояния.

У таких людей утрачивается пропорциональность между силой раздражителя (незначительная неприятность) и интенсивностью реакции и аффекта (выраженная «нервная» вспышка). Они ранимы, крайне чувствительны к обидам, не выдерживают сколько-нибудь горячих споров, плохо переносят яркий свет и шум. У некоторых из них (как и при других пограничных формах) появляется необоснованное беспокойство по поводу мнимого тяжелого и неизлечимого заболевания или уродства (ипохондрические расстройства). Это беспокойство часто сопровождается упорными жалобами на недомогание, боли, неприятные ощущения в различных частях тела (называемые врачами сенестопатиями).

Красочное описание ипохондрии у короля Христофора приводит А. Франс в новелле «Рубашка»: «...она под действием врачебного ухода беспрестанно видоизменяется, облекаясь в самые странные, самые грозные формы: то это ястреб желудочной язвы, то — змей воспаления почек; то она внезапно явит желтый лик разлития желчи, то обнаружит румяные щеки чахотки, то судорожно вцепится в горло страшной дланью удушительницы, вызывая мысль о перерождении сердца; она призрак всех болезней, угрожающих человеческому телу, пока она не поддастся воздействию медицины и, признав себя пораженной, не пустится в бегство, приняв свой истинный облик — обезьяны болезней».

Неврастеники осознают свою нервную «ущербность». Этим объясняется их неуверенность в себе, внутреннее напряжение и тревога. Иногда они жалуются на плохую память, однако проверка этого не подтверждает.



Дело в том, что всякая концентрация внимания становится для них трудной и тягостной. Ослабление внимания ведет к рассеянности, которая, в свою очередь, способствует плохому запоминанию. Больные неврастениями обычно не выдерживают длительного напряжения. Для них характерно удачное интенсивное начало и быстрое падение продуктивности в работе.

На этом фоне, особенно при утомлении, случаются приступы гневных вспышек — самый броский, наиболее заметный для окружающих признак неврастения. Аффективные вспышки сами по себе непродолжительны, но их интенсивность и частота имеют тенденцию постепенно нарастать. В обстановке, где подобные эксцессы могут повредить больному, он сдерживается, но при общении с людьми, в какой-то мере от него зависящими, он как бы «разряжает» накопившееся внутреннее недовольство: начинает кричать, грубить, не слушать объяснений, в гневе может ударить. Остановить в этот момент приступ возбуждения очень трудно, но он быстро завершается полным бессилием — и физическим, и нравственным.

Как и при других видах неврозов, при неврастении расстраивается сон. Здоровый человек, ложась в кровать после рабочего дня, спокойно засыпает. Больным же овладевает множество мучительных мыслей. Сон у него неглубокий, беспокоят тревожные сновидения, ему не хочется утром вставать, он вял, плохо себя чувствует. В течение дня сонливость мешает нормально работать, однако к вечеру настроение выравнивается, появляется бодрость, и снова до половины ночи человек не может уснуть. Такой ритм сна объясняется тем, что тормозное состояние коры головного мозга долго не «рассеивается», так же как и возникшее возбуждение (из-за работы, выполняемой «через силу») сохраняется гораздо дольше, чем следует.

Почти постоянные спутники неврастения — головные боли. Наряду с этим отмечаются неприятные ощущения

во внутренних органах, прежде всего в сердце, а также в желудке, кишечнике, печени. Происходит это потому, что раздражения, поступающие оттуда в нервную систему, не «затормаживаются» должным образом и непрерывно дают о себе знать.

Бодрый, веселый, жизнерадостный человек, заболевая неврастение, становится унылым, малообщительным, мнительным, с характерной расслабленной походкой. Волнение и удрученность вызывают сердцебиение, частый пульс, дрожь, обильную потливость, головокружения, приступы удушья, учащенное или затрудненное дыхание, запоры, падение аппетита. Часто неврастения сопровождается различными нарушениями половой функции, что из-за мнительности больных порождает сильную тревогу и ухудшает общее самочувствие.

Основная причина развития неврастения — переутомление от непосильной работы, длительного умственного напряжения, нездоровых, «невывраченных» отношений между родными и близкими. Все это «давит» на психику человека.

Установлено, что вынужденная бездеятельность, в частности при ряде экспериментальных и тренировочных занятий, тоже приводит к невротическим реакциям. Это в полной мере подтверждает замечания ученых о том, что неврастения растройства могут быть обусловлены как чересчур сильным раздражителем, так и отсутствием раздражения.

С физиологической точки зрения неврастения определяется слабостью процессов внутреннего торможения или же ослаблением раздражительного процесса в центральной нервной системе. Заболевание может коснуться людей с различным типом нервной деятельности, чаще — со слабым типом, реже — с сильным. Протекает оно неровно, периодически наступает улучшение или ухудшение в зависимости от внешних условий, и только при пра-

вильной организации труда и отдыха, упорном лечении оно проходит, практически не оставляя следов.

Об истерическом неврозе говорят в тех случаях, когда чрезвычайная яркость представлений об окружающем, эмоциональная окраска переживаний преобладают над рассудочностью, нарушая тем самым соразмерность реагирования человека на жизненные события.

Людей с образно-эмоциональным мышлением И. П. Павлов причислял к «художественному» типу, что само по себе не является патологией, но у них легко развиваются болезненные черты. Слишком бурно ко всему относясь, они подчеркивают свои симпатии и антипатии, эгоцентричны, капризны, крикливы, резки в движениях; если смеются, то долго, если плачут, то навзрыд. Обычно человек, страдающий истерическим неврозом, стремится привлечь внимание, изображает себя несчастным, обиженным или, наоборот, превозносит собственные заслуги. В его поведении превалируют искусственность, театральность, фальшивость, он как бы оправдывает придуманный им самим образ. Люди с таким складом характера успешно работают, могут быть дисциплинированными, даже вызывают симпатию и действительно становятся «центром общества».

Считается, что в случае невротического срыва и без того ослабленное влияние коры головного мозга на отделы, непосредственно «руководящие» эмоциями, снижается, в результате чего усиливается односторонность восприятия. При этом обостряются все черты истерического характера, усиливается нарочитость поступков больного.

П. Б. Ганнушкин писал, что в балансе психической жизни людей, подверженных истерии, первостепенную роль играют внешние впечатления, человек «не углублен в свои внутренние переживания (как это делает хотя бы психастеник)», он ни на минуту не забывает происходя-

щего кругом, но его реакция на окружающее является крайне своеобразной и прежде всего избирательной. Для него реальный мир «приобретает своеобразные, причудливые очертания; объективный критерий для него утрачен, и это часто дает повод окружающим обвинять истеричного в лучшем случае во лжи и притворстве». Истерическую личность отличает повышенная требовательность к окружающим, сочетающаяся с отсутствием требовательности к себе и недооценкой объективных реальных условий.

Истерию называли раньше «великой притворщицей», «великой симулянткой», имея в виду не преднамеренную симуляцию, а невольное, неосознанное подражание чему-то. Человек, страдающий истерией, легко поддается внушению и самовнушению и, по существу, не в состоянии отличить фантазию от действительности. Под влиянием сильных впечатлений некоторые мысленные образы, принимая патологическую яркость, превращаются у него в ощущения.

Проявления истерии удивительно многолики. Наиболее наглядно они выражаются в расстройствах движения. «Представит» себе больной, что у него не действует рука, и наступает, как говорят врачи, истерический паралич. От волнения люди могут временно терять речь, слепнуть. У них расстраиваются различные функции — повышается температура, усиливается сердцебиение, пропадает аппетит, даже появляется рвота, причем без нарушения пищеварения, образуются кожные заболевания, утрачиваются или ослабляются слух, осязание и обоняние, бывают судороги конечностей, летаргический сон, наконец, истерические припадки. Припадок, как правило, начинается после какой-нибудь неприятности с громкого плача, крика, хохота, сменяемых двигательным возбуждением и отдельными судорожными подергиваниями. Иногда больной во время припадка падает, у него резко напряжены мышцы, в редких случаях он лежит на спине,

изогнув тело дугой. Такой припадок длится от нескольких до десятков минут.

Истерический паралич также обычно ответ на какое-то переживание. Парализуется одна или обе (очень редко все) конечности. Значительно чаще развиваются контрактуры рук или ног: отдельные пальцы неподвижно застывают в неестественном, «странном» положении. Своеобразны и такие «варианты»: в постели человек активно выполняет все движения, становясь же на ноги, падает «как подкошенный». Это типичная для истерии тенденция больных не преодолевать возникшее у них нарушение (например, «паралич»), а даже подчеркнуть его. Обычно они противятся попытке врача согнуть или разогнуть, скажем, их «парализованную» ногу.

Двигательные расстройства при этом принципиально отличаются от внешне сходных нарушений, свойственных органическим заболеваниям нервной системы (при травмах головы, кровоизлияниях в мозг и т. п.). Прежде всего они не так постоянны и неизменны, с некоторыми исключениями исчезают во время сна и обостряются под давлением психотравмирующих обстоятельств. На высоте истерического припадка у больного сужается сознание и резко падает внимание, что в ряде случаев ведет к кратковременной потере памяти.

К характерной «модели» истерии относят поведение грудных детей, когда они «закатываются в плаче», выгибаются дугой в руках матери. В этом отражается истерическое примитивное реагирование, лишенное влияния еще незрелого сознания. По мере развития у человека духовного мира, формирования сознания, приобретения знаний, появления социально-психологической оценки окружающего детский «примитивизм» может уступать место сложным, запутанным реакциям, нередко искусно «завуалированным» под то или иное болезненное состояние.

Истерия может начаться в детстве, но чаще болезнь

дает себя знать в юношеские годы. Протекает она различно, в зависимости от индивидуальных особенностей организма: у некоторых все симптомы проходят с наступлением периода половой зрелости, а у других сохраняются на долгие годы. При неблагоприятных жизненных ситуациях они обычно усиливаются, если же нет травмирующих обстоятельств, а также благодаря лечению «отступают» и практически не мешают человеку жить и работать.

Психастения означает в переводе с греческого душевную слабость (в отличие от неврастения — нервной слабости). Эта болезнь развивается преимущественно у людей с «мыслительным» типом психической деятельности. О ее механизмах и проявлениях И. П. Павлов писал: «Масса раздражителей, действующих на нас через первую сигнальную систему, определяет наше поведение благодаря образованию массы условных рефлексов для разговора, манер и пр. Если же «берет верх» вторая сигнальная система, то она может тормозить выработанные условные рефлексy, отсюда нерешительность, неумение свободно держаться, чувство неестественности своего поведения. И из этого вытекают сплошная неприспособленность к жизни, вечные сомнения».

Эти особенности определяют клиническую картину болезни. Люди жалуются на то, что окружающее воспринимается ими «как во сне», собственные действия, решения, поступки кажутся недостаточно ясными и точными. Отсюда — постоянная склонность к сомнениям, нерешительность, неуверенность, тревожно-мнительное настроение, робость, повышенная застенчивость. Раньше психастению называли «помешательством сомнения». Вследствие этого человек часто стремится переделывать только что законченное дело, тяготится собственной неполноценностью. Ему еще только возможная опасность или неприятность не менее, а может быть, и более страшна, чем существующая.

Больные этим видом невротических расстройств часто предаются всевозможным размышлениям отвлеченного характера, мысленно, в мечтах способны пережить многое, но от участия в реальной действительности всячески стараются уклониться. Описано так называемое «профессиональное безволие» (абулия) — на работе при выполнении своих непосредственных обязанностей человек теряется и практически ни на что не способен.

Нередко психастения сопровождается ипохондрическими и навязчивыми явлениями. Больные стремятся рифмовать слова, считать окружающие предметы (например, один из них постоянно испытывал желание считать окна в домах, другой — запоминать расписание поездов, третий — номера автомобилей, проезжавших по переулку, где он жил). Переутомляясь, некоторые совершенно здоровые люди жалуются на всякие навязчивые желания, исчезающие после отдыха. Это указывает на близость механизмов таких состояний в норме и патологии.

Психастенические черты характера, как и многие другие невротические нарушения, могут проявиться уже в молодом возрасте. Однако отдельные и не ярко выраженные признаки еще не дают основания говорить о психастении как о болезни. Если же они при психических травмах нарастают, усложняются, становятся главенствующими, то это уже не своеобразие характера, а болезненное невротическое расстройство.

Физиологи считают, что первопричина психастении — снижение функциональной активности первой сигнальной системы и относительное преобладание второй. Так же как и истерия, психастения — певроз «чисто человеческий», создать его модель у экспериментальных животных нельзя.

Психастенические расстройства во время болезни обычно непостоянны, и вначале человек справляется с ними сам. Если же провоцирующие условия сохраняются

и усиливаются, а систематического лечения нет, заболевание может нарастать.

Особая форма невротических расстройств — навязчивые состояния. Они встречаются и при неврастении, и при психастении, однако в ряде случаев вполне «самостоятельны». Их отличительные свойства — мысли, воспоминания, страхи, желания, целепость и нереальность которых больные понимают, но избавиться, «отвязаться» от них не могут.

Наиболее часто психиатрам приходится наблюдать навязчивые страхи (фобии), когда люди боятся смерти от какой-либо определенной причины, темноты, закрытых пространств (например, театрального зала, из-за чего не посещают театр), острых предметов (которыми они будто бы могут нанести себе порезы), рукопожатия или прикосновения к дверям («чтобы не заразиться»), покраснения лица и т. д. Естественное в какой-то реальной ситуации и тогда вполне целесообразное чувство опасения становится совершенно неправомерным.

У многих больных навязчивые состояния разрастаются на почве действительно имеющих место, но значительно преувеличенных опасностей. Скажем, после смерти близкого родственника от злокачественной опухоли человек начинает выискивать и у себя аналогичные признаки. Страхи накладывают свой отпечаток на все поведение больных, которое порой вызывает насмешки окружающих, особенно если они совершают так называемые защитные ритуалы. Странно видеть человека, который, чтобы «нечаянно не выброситься из окна», спит в коридоре, где нет окон, а двери в другие комнаты запирает на ключ. Или, поднимаясь по лестнице, «чтобы не упасть и не сломать ногу», через каждые три ступеньки останавливается и два раза подпрыгивает на одной ноге. Страх заболеть, например, раком побуждает людей ходить от врача к врачу и, не веря, что у них ничего нет, настоятельно просить сделать им операцию. К особому виду



фобий относятся навязчивые опасения, связанные с профессией. Так, у актеров иногда развивается страх, что на сцене они «забудут текст роли», «упадут в оркестровую яму». Попытки преодолеть эти состояния обычно вызывают различные вегетативные нарушения: одышку, обильную потливость, расширение зрачков, бледность или покраснение лица и пр.

Значение пограничных состояний в медицине не исчерпывается только тем, что они занимают важное место среди нервно-психических нарушений. Они имеют непосредственное отношение к формированию и обострению многих заболеваний, в том числе сердечно-сосудистых, желудочно-кишечных, кожных. Одно время было принято говорить о неврозах органов, например «невроз сердца», «сосудистый невроз». Понимание невротических срывов как болезни целостного организма человека и учет социальных факторов в их возникновении позволяют в наши дни отказаться от этих понятий. Дело в том, что разного рода конфликтные ситуации вызывают ответные эмоциональные реакции. Внешний «облик» этих реакций общеизвестен — раздражение, депрессия и т. д. Однако всякое переживание, как уже отмечалось, помимо внешних изменений (некоторые люди достаточно искусно умеют их скрывать), оказывает непосредственное влияние на внутренние органы — ритм сердечных сокращений, частоту и глубину дыхания, работу пищевода, желудка, кишечника, эндокринных желез. В результате меняются их функциональные возможности и неврозы порождают так называемые нейрогенные заболевания.

Течение и проявление пограничных форм психических расстройств очень своеобразно и во многом зависит от возраста больного. Это объясняется тем, что на этапах своего индивидуального развития человек в различной степени восприимчив к воздействию природных и социальных факторов. В соответствии с классификацией Всемирной организации здравоохранения взрослых под-

разделяют на следующие группы: 18—30 лет — молодой возраст, 31—59 — зрелый, 60—74 — предстарческий (пожилой), 75—89 — старческий, 90 лет и старше — престарелый (долгожители). Принято считать, что если своеобразие характера и темперамента появляется уже к шести-семи годам жизни, то процесс формирования личности в основном завершается в молодом возрасте. В этот период потребности человека, а следовательно, и целенаправленность его поведения приобретают личностный смысл, вырабатываются осознанные, общественные значимые и ценностные мотивы поступков. Иначе говоря, к началу молодого возраста человек становится активным членом общества, сам планирует свое поведение и несет за него ответ.

Зрелому взрослому присущи высокий самоконтроль, стремление к перепроверке получаемых сведений, их объективизации, что как бы «снимает» детскую непосредственность в восприятии окружающего и выражении собственных эмоций. Благодаря этому складывается «взрослый» стиль жизни.

Неврозы и другие пограничные состояния возникают и обостряются чаще всего в те периоды, которые сопровождаются наибольшими физическими (в первую очередь эндокринными) и социально-эволюционными изменениями: это детство, юность и старость.

Возрастные особенности накладывают свой отпечаток на различные психопатологические проявления. Примером тут может быть отношение к смерти. Что было бы, если бы страх смерти исчез? Он в значительной мере сдерживает человека и все человечество, помогает приспособляться к окружающему и приспособлять его к себе. Здорового человека без чувства страха смерти, наверное, нет. Но в детские годы страха и вообще мыслей о конце жизни практически нет. Даже у детей с психическими расстройствами это крайне редкий повод для болезненных переживаний. В юношеские годы и в сред-

нем возрасте страх смерти возникает гораздо чаще. Что касается лиц пожилого возраста, то при отсутствии у них психической патологии, несмотря на то что мысли о смерти то и дело приходят в голову, ужаса у людей они не вызывают. Недаром в конце жизни без всякой паники, а иногда даже никого не ставя в известность, составляют завещания, разумно и рационально распоряжаясь своим имуществом. Понимание того, что победить смерть невозможно, дает человеку две альтернативы — вдаваться в невротическую панику и нетерпеливо ждать смерти или с достоинством жить и в соответствии с силами и возможностями до последнего дня осуществлять свои душевные помыслы. Во втором случае, если даже человек смертельно болен, он имеет право на тактично преподнесенную правдивую информацию о своем здоровье и близости своего конца.

Причины детской нервности обуславливаются, как и у взрослых, нервным перенапряжением. Это бывает связано с неправильным воспитанием, отсутствием режима, с беспокойной обстановкой в семье, ссорами родных и близких, холодностью со стороны родителей. В школьные годы к перенапряжению приводят трудности в учении, конфликты в классе, перегрузка занятиями (в музыкальной, художественной и других школах), не увлекающими ребенка.

В детском возрасте еще нет гармонии в организме, недостаточно очерчены свойственные взрослым особенности характера, отсутствуют жизненный опыт и запас знаний. Специальными исследованиями установлено, что в первые годы жизни у ребенка в центральной нервной системе преобладают процессы внешнего торможения и лишь с его ростом постепенно начинает нарастать активность процессов внутреннего торможения. К тому же у детей четко не разграничена деятельность первой и второй сигнальных систем. В связи с этим варианты повышенной нервности у них не столь разнообразны.

Они выражаются в постоянном беспокойстве, крикливости, пугливости, дрожании, бурной реакции на раздражение, быстрой утомляемости. Нервные дети жалуются на головную боль, неприятные ощущения в тех или иных органах. В связи с этим родители водят их по врачам. Дети с трудом засыпают и медленно пробуждаются, сон неглубокий, с устрашающими сновидениями, вызывающими крик и плач.

К признакам невроза у детей относится также быстрая смена цвета лица — покраснение или бледность, потливость, учащенные позывы на дефекацию и мочеиспускание. Навязчивые состояния ведут к формированию вредных привычек, таких, как потребность раскачиваться, сидя на стуле, сосать палец и другие. Могут быть и истерические припадки, и параличи.

В подростковом возрасте невротические нарушения начинаются с непоседливости, угрюмости, периодов раздражительности и быстро перерастают в бессмысленное упрямство, нелепое противодействие всякому разумному совету, заносчивость и самоуверенность.

Малейшие намеки на невроз у ребенка должны заставить родителей внимательно пересмотреть весь образ его жизни, может быть, он мало спит, излишне перегружен занятиями или его тяготит что-то, о чем он хочет, но не решается рассказать, возможно, его расстраивают семейные неурядицы.

Важно отметить, что, казалось бы, исчезнувшие признаки неврозов в дальнейшем, попав на благоприятную почву, могут вновь дать о себе знать.

В старости, по данным клинко-статистического анализа, число больных с невротическими расстройствами несколько падает, но выглядят эти нарушения уже по-особому. У одного проявляется брюзжание, у другого — благосдушие, у третьего — несправедливая требовательность и «желчность». Эти и другие «новые», несвойственные ранее черты укрепляются, несмотря на то что у по-

жилых людей в основном сглаживаются некоторые «угловатые» черги характера. Прежде всего потому, что к старости человек обычно наполнен богатым опытом, мудростью и достоинством. Наряду с этим нередко превалирует ретроспективная оценка попусту истраченных и невозобновимых сил, осознание крушения прежних идеалов и планов. Социальные конфликты стариков в большей мере объясняются еще и тем, что они склонны застыть на приобретенном в более молодые годы запасе идей, не способны к восприятию нового и оригинального, вносимого в жизнь юным поколением. Это приводит к своеобразным невротическим и психопатическим расстройствам. Среди них односторонность аффективности (постоянная приподнятость или, наоборот, угнетенность настроения), грубый эгоизм, душевная черствость, патологическая скупость, сужение интересов к окружающему и сосредоточенность на своем здоровье. Обычно такие явления сочетаются с увяданием организма, ослаблением жизненной силы, энергии, изменением памяти, препятствующими органичному усвоению нового. Невротические и психопатические отклонения в старческом возрасте наблюдаются, как правило, на фоне общих заболеваний.

---

## СИМПТОМ — СИНДРОМ — БОЛЕЗНЬ

---

Психические заболевания «узнаются» по расстройству восприятия, мышления, эмоциональных и аффективных реакций, судорожным припадкам и некоторым другим как явным, так и не очень бросающимся в глаза нарушениям. Однако появление у человека отдельных симптомов еще не свидетельствует о болезненной патологии.

Немецкий психиатр В. Гризенгер еще в конце прошлого века подчеркивал, что «существенный процесс су-

масшества, составляющий действительно болезненное состояние, заключается главным образом в том, что известные настроения, чувства, волнения, суждения, решения возникают изнутри вследствие болезни душевного органа, тогда как в здоровом состоянии (и при большинстве пограничных форм психических расстройств. — Ю. А.) наши волнения, решения вызываются только достаточными внешними побуждениями и потому находятся всегда в некоторой связи с внешним миром».

Уже отмечалось, что любое восприятие невозможно без органов чувств. Первая ступенька при этом — ощущение, благодаря которому человек судит об отдельных свойствах и каких-то качественных сторонах предмета, например говорит, что камень тяжелый, вода холодная, лимон кислый и т. д. Совокупность нескольких ощущений позволяет определить предмет в целом. В течение сознательной жизни каждый из нас постоянно последовательно вбирает что-то из окружающего. Часть из этого «что-то» остается в памяти в виде представлений.

У психически здорового человека восприятие вызывается только реально существующими причинами. Болезненные изменения извращают анализ поступающей информации или вообще сводят ее на нет. Прямое следствие этого — искаженное узнавание предмета или явления. Скажем, в шуме дождя человеку слышатся разговоры, висящее на вешалке пальто становится похожим на спрятавшегося злоумышленника и т. д. Это то, что врачи называют иллюзией.

Само по себе иллюзорное восприятие может встречаться у вполне здоровых людей при утомлении, страхе, плохой освещенности. У психически больных иллюзии обычно сопровождают целый комплекс переживаний. Если больной постоянно думает о том, что за ним следят, он видит в электрической лампочке направленный на него аппарат, излучающий «проникающие» лучи, стетоскоп в кармане халата принимает за пистолет и т. п.

Другое широко распространенное расстройство восприятия — галлюцинации, являющиеся особым выражением обманов чувств. Ничего вокруг нет, а человек что-то видит, слышит, чувствует. Все дело в том, что в силу действующих болезненных механизмов оживляются имеющиеся уже в памяти представления и вновь принимают свойства восприятия. Вот какое, не потерявшее своего значения и в наше время, достаточно четкое определение галлюцинации дал еще более ста лет назад выдающийся французский психиатр Эскироль: «В состоянии галлюцинации находится тот, кто имеет внутреннее убеждение, что он воспринимает в данную минуту ощущение, тогда как в пределах досягаемости его органов чувств нет никакого внешнего предмета, способного возбудить это ощущение». Галлюцинации — чаще всего зрительные и слуховые — появляются у больного помимо его воли, он не может их контролировать или изменять.

По своему содержанию галлюцинации могут быть очень простыми, как говорят, элементарными, когда человек «слышит» стуки, шорохи, звонки, и очень сложными, когда он «слышит» уже целые разговоры, «видит» людей, зверей, различные события, которые буквально захватывают все его внимание. Он «живет» ими, волнуется, испытывает страх, радуется и огорчается по поводу «виденного» и «слышанного». О тяжести переживаний галлюцинирующих больных в известной мере дает представление то, что некоторые из них изображают на своих рисунках.

Нередко при психических заболеваниях наблюдаются расстройства мышления, которые различают в зависимости от его качества — темпа, стройности, целенаправленности и, наконец, тематичности.

Например, при ускоренном мышлении бывает так называемая «скачка идей»: больной очень быстро пере скакивает с одного суждения, не додумав его, на другое.

При этом его мысли не лишены направленности, но сама цель все время меняется.

Больные с проявлениями замедленного мышления жалуются, что в их сознании надолго остается какое-нибудь одно представление, одна «идея». Крайняя степень такого состояния — полная остановка течения мысли. Это находит отражение и в речи: человек замолкает и какое-то время не может произнести ни одного слова.

При нарушениях стройности мышления чаще всего изменяется грамматический и смысловой порядок слов. Причем одни произносят совершенно не связанные между собой слова и предложения, другие строят предложения грамматически правильно, но они как бы «освобождаются» от смысла. Вот заимствованный из учебника психиатрии пример разорванности мышления.

Увидев трубку в руках врача, больная заявила: «Покажи... я ее съем... Наделала бы пирожки... не знаю... я свяжу такую же... пирожки. Ни про Ивана, ни про Дарью... Покажите... сделаю я... пластмасса, съем... дайте кружочек для пирожков... Возьму вас в кулак, понесу... повернуться можно... Нет таких вещей... надо показать... успокойте руку... блин... Ну вот... пожалуйста... Иван — пирожок... нажать кнопку... вертеть... маленький кабинет... ходить по перрону... Здесь что-то имеется... Нет-нет... не умеешь... Подольск... Опять на улице... Если прямо на ходу... Жуть... мешок... бывают такие вещи...»

А вот «выступление» другого больного: «...при осмысливании всякого смысла у мыслящего мыслями мыслителя рождаются мысли, осмысливающие смысл смысла в смысле смысла».

Обычно здоровые люди в разговоре или при обдумывании того или иного вопроса относительно легко могут переходить с одной темы на другую. Но для некоторых психически больных это становится непосильной задачей. Они словно привязаны к тому, о чем начали говорить, и на простой житейский вопрос отвечают с упоением, под-



робно рассуждая о всех деталях. Если человека перебивают, он вновь настойчиво возвращается к исходной точке и требует, чтобы его обязательно дослушали. Как-то на нашу просьбу ответить, какой карандаш лежит на столе, больной сказал:

«Это синтез различных органических продуктов — дерева и углерода. Необходимо отметить, что часть карандаша, составляющая его оболочку, за которую мы держимся, раньше была живым деревом. При переработке древесины каким-то образом, вероятно на машинах, так как карандашей выпускается очень много, делают корпус карандаша. Его можно покрасить в любой цвет, этот цвет может соответствовать и не соответствовать вкладываемому внутрь грифелю. Если внешне этот карандаш зеленый, это не значит, что он пишет грифелем этого же цвета...»

Наиболее характерный признак расстройств мышления — бредовые идеи. Бред — это суждение, не соответствующее, противоречащее действительности и искаженно отражающее ее.

Конечно, не соответствующие действительности, ошибочные заключения могут встречаться у каждого из нас, и некоторые из них мы с убежденностью отстаиваем. Но заблуждения здоровых людей, неправильно понятые ими факты можно исправить путем дополнительных аргументов или расширения их кругозора, приобретения новых знаний. Это ни в коей мере не является бредом. Болезненное же суждение опирается на «кривую логику», которую нельзя изменить ни убеждением, ни доказательствами, ни какими бы ни было другими способами.

Как и любые проявления болезненного процесса, бред не бывает «застывшим», навсегда установившимся и редко встречается, как говорят, в чистом виде. Бредовые идеи возникают в тесной связи с другими психическими отклонениями постепенно или остро (в зависимости от заболевания) и развиваются вместе с ними. Благодаря этому врачу-специалисту не так уж сложно отличить

бред больного от присущих всем людям жизненных заблуждений.

На меня подозрительно смотрит уже немолодая женщина. Заболела она около 20 лет назад, когда была подающим надежду литературоведом, счастливой матерью, женой молодого профессора университета. Болезнь вкралась неожиданно, без всякой, внешней причины. Совершенно необоснованно, не имея никаких фактов, женщина стала считать, что муж ей изменяет, следила за ним, поджидала у подъезда, требовала, чтобы он уволил всех своих сотрудниц. Переубедить ее не удавалось. В связи с этим в семье часто возникали ссоры, но о болезни еще никто не думал. За два-три года женщина постепенно стала очень недоверчивой, неоткровенной. Считала, что все знакомые и родственники объединяются, чтобы покрывать «развратную жизнь» мужа. В знак протеста объявила голодовку, пыталась ударить мужа топором по голове и 15 лет назад впервые попала в больницу.

Имевшиеся в тот период в распоряжении врачей лекарства несколько успокоили больную. Выписываясь через два месяца, она была спокойна, никаких «активных действий» против мужа не предпринимала, хотя ее подозрительность и недоверие сохранялись. Однако вскоре болезненные переживания вновь усилились. Женщина не впускала мужа в дом, писала в различные организации письма с его «обличением». Наиболее «веским» аргументом было то, что на письменном столе у мужа часто лежали романы А. С. Пушкина и Л. Н. Толстого с закладками на страницах, где якобы говорилось о «коварствах любви». Она начала обвинять и своего брата в «разврате». Утверждала, что муж с братом организовали притон. Всех проходящих в квартиру знакомых заносила в особый список — «Группа притона». Список и ежемесячно следовавшие к нему «добавления» отсылала в милицию и прокуратуру, требуя сурового наказания «банды». В течение дня постоянно была подозрительна, подслушивала

все разговоры, записывала их. Перестала ходить на работу, потеряла интерес к окружающему.

На протяжении ряда лет состояние больной несколько раз обострялось. В эти периоды она устраивала мужу и брату «засады» в подъезде, пыталась их убить, неоднократно помещалась в психиатрические больницы. После подобного же обострения бреда опять оказалась в стационаре.

В отделении она ни с кем не разговаривает, обычно сидит в коридоре и, прищурившись, смотрит вокруг. К некоторым соседкам по палате относится враждебно, объясняя это тем, что они любовницы из «притона» мужа и брата, она якобы видела их там. У одной женщины обнаружила «кофточку дочери», которую ее муж «отнял у ребенка». Не считая себя больной, отказываясь от лечения и требуя немедленной выписки, заявляет, что врачи и весь медицинский персонал подкуплены «бандой притона», у которой «очень длинные руки». «Агенты» постоянно следят за ней, например, среди «тех, кто выдает себя за больных», есть завербованные «бандой»...

Как и у этой женщины, наличие бредовых идей меняет поведение человека. Его жизненные интересы, действия, связи отходят на второй план, все пропускается через призму только болезненных суждений. Нередко под влиянием бреда совершаются социально опасные поступки.

...В одном южном городе работал часовой мастер. Этот веселый, жизнерадостный человек служил в армии, собирался поступать в институт. У мастера была хорошая семья — жена, двое детей. Но вот сослуживцы, знакомые и близкие стали отмечать появившуюся у него несвойственную ранее вспыльчивость, раздражительность, подозрительность. Он стал рассказывать друзьям, что на работе его преследуют и хотят отравить, несколько раз с тревогой упоминал о «шайке» бандитов. Но обычно все улыбались: «Не болтай!», «Не говори глупости!». К врачу

обращаться родные не советовали, так как, кроме «пунктика», по их мнению, никаких отклонений от нормы не наблюдалось. И однажды, выкурив несколько папирос, купленных матерью, часовщик «понял, что он отравлен». Пытаясь «навести справедливость», он топором убил жену и случайно пришедшую ее сестру.

Вот, пожалуй, наглядная иллюстрация того, что боязнь консультации специалиста, боязнь поместить человека в психиатрическую лечебницу приводят к трагедии, в то время как ранняя диагностика могла бы предотвратить ее. Судьба заболевшего, таким образом, перестает быть частным делом его родственников.

Любое событие, любое воспоминание, любое раздражение, поступающее в головной мозг, порождает эмоциональную реакцию. У здоровых людей она «формирует» настроение, вызывает кратковременные бурные аффекты — «эмоциональные взрывы» или стойкие глубокие чувства. У психически больных часто проявляются эмоциональные и аффективные расстройства. Один из важнейших показателей резко выраженных и, по существу, противоположных друг другу эмоциональных нарушений — маниакальное и депрессивное состояния.

Маниакальное состояние — это постоянная, бьющая через край радость. Для человека не существует никаких неприятностей, ему все представляется легким и доступным. Переживания отличаются яркостью и образностью. Лицо больного оживленно, он часто и громко смеется, легко знакомится со случайными людьми, жестикулирует, шутит, охотно говорит, не может усидеть на месте, много двигается, пританцовывает, причем очень часто и в обстановке, совсем не подходящей для веселья. Как правило, даже при самых радужных жизненных событиях «нормальная» радость никогда не бывает столь бурной.

Определенное представление о маниакальном состоянии, вероятно, можно составить, ознакомившись со сле-

дующей протокольной записью из истории болезни:

«Возбуждена, многоречива, шумлива, с врачами и персоналом держится развязно, во время беседы кладет ноги на соседний стул. Мимика отличается подвижностью, часто улыбается, шутит, смеется, быстро переходит с одной темы на другую. В отделении постоянно на ногах, поет, танцует, во все вмешивается, сочиняет и декламирует стихи, рисует «любовные сцены», завидя в окно мужчин, кричит, что хочет с ними познакомиться. При виде врачей-мужчин объясняется им в любви. Временами возбуждение усиливается, она становится злобной, требовательной, бегаёт по коридору, вскакивает на клавиши рояля, пытается организовать драку больных, сама же при этом отходит в сторону и, смеясь, говорит, что она «хозяйка отделения»...

Выраженность аффективных нарушений при маниакальном состоянии не всегда достигает столь значительной степени, как у этой больной, наблюдавшейся в беспокойном отделении психиатрической больницы. Гораздо чаще встречаются так называемые субманиакальные расстройства, во время которых возможно возникновение болезненного поведения, грубо не нарушающего жизненные стереотипы, а, наоборот, способствующего развитию созидательной творческой энергии и деятельности. Так, один из больных в таком состоянии на вопрос, как он оценивает себя, ответил, что его мысли и действия — это «быстро меняющаяся и для себя, и для окружающих загадка», которую он задал в такой своеобразной стихотворной форме:

Из числа всех несчастных  
Я самый счастливый,  
Из числа всех счастливых  
Я самый несчастный.  
Из числа всех неизлечимых  
Я самый больной,  
Из числа всех больных

Я самый излечимый.  
Из числа всех сумасшедших  
Я самый сошедший.  
Кто я?..

Депрессивное состояние в противоположность маниакальному характеризуется заторможенностью деятельности, прежде всего эмоциональным угнетением. В легких случаях больные жалуются на плохое настроение, некоторую тоскливость, нежелание что бы то ни было делать. В более тяжелых случаях все окружающее представляется им в «черном цвете», кажется безнадежным. Любое слово, любое событие воспринимается как подтверждение мучительных мыслей. Нередко, как говорят больные, наступает «другое» измерение жизни. Их разрывает тоска утраченной надежды — самое сильное испытание «целесообразности жизни». Ничтожные ошибки, допускаявшиеся в прошлом, на что никто не обращал внимания, в их воображении перерастают в тягчайшие преступления. Некоторые больные обвиняют себя, требуют, чтобы их судили и предали смертной казни. Объясняя свое «безысходное» состояние, один больной как-то сказал, что сделал для себя «простое открытие», которое все объясняет, — жизнь подошла к роковой черте, потому что пришло осознание разлада совести и краха цели, ради которой «родился и жил», а новой цели нет. Другой больной заметил: «Объяснить не могу ничего, но вот причипа моей «депрессивной злости» где-то здесь» — и протянул листочек с несколькими стихотворными строчками:

Идут батальоны, а в них миллионы  
Зажатых в едином строю.  
И слева, и справа —  
Как будто ограда,  
И слева, и справа  
                    облава идет.  
Ряды не редуют,

В них только стареют,  
Свободы и воли не зная.  
Идут батальоны, а в них миллионы  
Не бывших,  
Не знавших,  
Не живших,  
Но шедших в строю,

В развитии депрессивного состояния этих больных действительно многое зависело от сложностей их жизненной ситуации, но болезнь, как и во всех других случаях, возникла не только в связи с ними, но и в результате определенных перестроек в организме, создавших благоприятный «фон» для соответствующей реакции на неприятности. Жизненные сложности ведь бывают у каждого, а депрессия — далеко не у всех.

Л. Н. Толстой в «Записках сумасшедшего» приводит яркое и образное описание мечущегося в страхе и тоске человека: «Всю ночь я страдал невыносимо; опять мучительно разрывалась душа с телом. Я живу, жил, я должен жить, и вдруг — смерть, уничтожение всего. Зачем же жизнь? Умереть?.. Убить себя сейчас же? Боюсь. Дождаться смерти, когда придет? Боюсь еще хуже. Жить, стало быть. Зачем? Чтобы умереть? Я не выходил из этого круга. Я брал книгу, читал, на минуту забывался, и опять тот же вопрос и ужас. Я ложился в постель, закрывал глаза, — еще хуже... Сердце колотилось, руки, ноги дрожали. Смерть вблизи? Не хочу. Зачем смерть? Что смерть?»

Многие депрессивные больные нуждаются в особенно тщательном наблюдении. Причина этого ясна: депрессия — верная спутница самоубийства.

Находясь на пике болезненного состояния, страдающий депрессией перестает видеть «окно» в реальную жизнь, какой бы то ни было выход из кажущейся безысходной ситуации. И достаточно хотя бы короткого мгновения, чтобы ощущение невыносимости мук (очень часто

не имеющих реальной причины) заставило человека (иногда очень изобретательно) переступить рубеж жизни и искать свободу в смерти, о которой когда-то писал римский философ Сенека: «Видишь ты тот крутой отвес? Оттуда вниз дорога к свободе! Видишь ты там море, реку, колодезь? На их дне живет свобода! Видишь ты то небольшое, иссохшее, искривленное дерево? На нем висит свобода!.. Ты спрашиваешь, каков самый легкий путь к свободе? Каждая артерия твоего тела — такой путь к свободе!»

В психиатрических больницах на страже жизни человека стоят врачи, внимательный медицинский персонал, вооруженные специальными лечебными средствами. Они позволяют людям с нарушенным воображением и настроением обрести истинную свободу — свободу жизни.

Передо мной письмо бывшей моей больной: «Я лечилась в вашем институте три года назад. Думаю, вам безынтересно будет узнать, что произошло со мной после выписки. По дороге в свой родной город и в первые дни по приезде я принимала лекарства, которые мне дали. Потом они кончились, а за рецептом в наш диспансер я идти не захотела. Чувствовала себя хорошо, строила всякие планы, собиралась устраиваться на работу. Но вскоре у нас в городе установилась страшная жара, которую я очень плохо переношу. К тому же все члены моей семьи разъехались — кто в отпуск, кто по делам. В этот период я узнала, что у моей младшей дочери, находившейся в детском санатории, обнаружен туберкулез. И тут вдруг я ощутила вокруг себя пустоту — пустой дом, никого нет вокруг, да еще все сжигающее солнце и изнуряющая жара. Я почувствовала, что на меня наваливаются страшная, непреодолимая тоска и беспросветность. Состояние было хуже, чем то, с которым я поступала в свое время в психиатрическую больницу. Не знаю, как это называется, скорее всего депрессия, но у меня возникло острое отвращение к жизни.



После нескольких дней мучений, во время которых я не выходила из дому, ничего не ела и ни с кем не разговаривала, я решила покончить жизнь самоубийством. Для этого я без всякого страха и совершенно не думая о последствиях плотно закрыла на кухне дверь и окна и открыла в газовой плите все краны. Чтобы скорее отравиться, я улеглась на полу рядом с открытой духовкой, из которой особенно сильно шел газ. На душе у меня было полное безразличие и спокойствие. Не прошло и 10 минут, как последовал взрыв (видимо, из-за искры в штепселе, куда был включен «переключавшийся» холодильник), и меня охватило пламя. Я моментально выскочила на лестницу, но на мне, к сожалению, огонь сбили не очень быстро. Приехали «скорая помощь» и пожарная команда. Я получила ожоги всей передней части тела (47 процентов) 3-й и 4-й степени. Лицо осталось без рубцов, а вот руки, грудь, бедра, ноги «латали» — делали пересадку кожи. Я пролежала на спине пять месяцев, заживление шло долго... Сейчас я инвалид, хотя депрессии нет. Регулярно пью лекарства, которые мне назначил наш психиатр, и понимаю все безумие случившегося. Но меня гложет мысль: может ли моя депрессия вновь обостриться?»

Трудно сейчас сказать, что явилось первопричиной резкого ухудшения состояния у автора этого трагического письма: то ли прекращение приема антидепрессантов, то ли сложности ситуации — известие о туберкулезе у дочери, угнетающая жаркая погода, временное одиночество и отсутствие близких... Скорее всего сыграли свою роль все эти факторы, вместе взятые. Но дело не только в этом. Современная психиатрия не может полностью гарантировать, что у больной, написавшей письмо, так же как и у многих других больных, при продолжении психического заболевания и при стечении некоторых обстоятельств депрессия не повторится. И во избежание трагедии необходимо, чтобы каждый, почувствовав у себя или заподоз-

рив у кого-либо из своих родственников беспричинную тоску и иные признаки депрессии, немедленно обратился за консультацией к специалисту.

К числу часто встречающихся психических расстройств относятся припадки, в первую очередь припадки, сопровождающиеся судорогами. По данным экспертов ВОЗ, припадки наблюдаются у 6—8 человек из каждой тысячи населения.

Когда говорят, что у человека припадок, обычно имеют в виду неожиданность его наступления, бурные проявления и относительную непродолжительность. Так бывает при сердечных и астматических приступах, но прежде всего при эпилепсии. При этой болезни для «припадочного» состояния наиболее характерны внезапная потеря (нарушение) сознания и непроизвольные судорожные движения. Припадок длится не дольше одной или нескольких минут и скорее всего благополучно заканчивается.

Среди полного благополучия, без каких-либо внешних причин больной падает как подкошенный, часто издавая пронзительный, нечленораздельный крик. При этом все тело как бы вытягивается и застывает, мышцы цепенеют, на губах выступает обильная пенистая слюна. Лицо становится бледным, глаза закатываются, зрачки расширяются и не реагируют на свет. Дыхание прекращается. Это первая половина припадка, вызываемая резким напряжением мышечного тонуса.

Вслед за ней наступает вторая, когда у большинства больных начинаются судорожные подергивания. Цвет кожи меняется, лицо делается синевато-багровым, вены на шее вздуваются и пульсируют, в горле слышны булькающие звуки — после полной остановки возобновляется хриплое, затрудненное дыхание. Несведущему человеку кажется, что смерть где-то рядом, она неминуема. И почти тотчас мышечное напряжение снижается, и по безжизненному вроде бы телу пробегают насильственные

вздрагивания, быстро переходящие в «тряску» рук, ног, головы, туловища. Как будто какая-то неотвратимая сила приподнимает неестественно раскинутые руки, голову, ноги и ударяет их об пол или о кровать. Постепенно все утихает, дыхание и сердечно-сосудистая деятельность нормализуются, больной засыпает. Если его не трогать, он может проспать несколько часов. Пробудившись, ничего не помнит — во время припадка сознание было выключено, а значит, и в воспоминаниях не осталось следа. Если припадок случается ночью, во время сна, человек (особенно ребенок) долго может ни о чем не подозревать.

Ряд больных «предчувствуют» приближение припадка. За несколько часов до этого появляются головная боль, раздражительность, плохое настроение, а за несколько секунд они ощущают жар, перед глазами повисает красное облако с частыми белыми вспышками, все вокруг преобразается — «увеличивается» размер предметов, «изменяется» собственное тело. Потом — провал в памяти. Признаки надвигающегося припадка настолько кратковременны, что, зная, о чем они свидетельствуют, больные часто не успевают добежать до кровати.

Судорожные припадки известны с древности. И неудивительно, что среди других первых нарушений именно эта впечатляющая картина вызывала наибольший суеверный ужас. Вместе с тем ею широко пользовались служители различных религиозных культов, которые, будучи осведомлены о благополучном исходе, «наглядно показывали», как путем заклинаний и других обрядных процедур можно «вырвать человека из лап дьявола». И после окончания припадка он действительно «вырывался».

Современные электроэнцефалографические и другие исследования больных очень многое дали для понимания причин и механизмов возникновения припадка. Если он случайно наступает во время записи электроэнцефалограммы, вместо обычных спокойных колебаний, отра-

жающих нормальную электрическую активность мозга, пишущие приборы регистрируют огромные волны, свидетельствующие о резких нарушениях электрических процессов.

Помимо только что описанного «большого» судорожного припадка, при психических заболеваниях могут отмечаться «малые» припадки, не столь выраженные и не сопровождающиеся судорогами.

---

## ДИАГНОЗ

---

Перечисленные и некоторые другим симптомы, соединяясь в отдельные «блоки» — синдромы, сигнализируют о наличии болезни. Однако это лишь формальное выражение внешних ее проявлений. Каждое психическое заболевание обладает своей спецификой — стереотипом развития общей болезненной картины и динамики отдельных нарушений. Наряду с этим характерные для каждого случая нарушения накладывают своеобразный отпечаток на человека, изменяют его отношение к окружающему. У больных пизофренией будут одни нарушения, у больных эпилепсией — другие. Только выявление и анализ расположения «кирпичей», «блоков», особенностей «ансамбля» всего сооружения, только сопоставление симптомов, синдромов, патологических изменений личности позволяют врачам ставить тот или иной диагноз. Так что ни бред, ни галлюцинации, ни прочие пусть даже самые «весомые» психические сдвиги изолированно, сами по себе еще не дают оснований говорить об определенной психической болезни.

Любое заболевание вообще, в том числе и психическое, имеет начало, какие-то этапы течения и результат. Это всякий раз усложняет анализ состояния больного врачом-специалистом. Все болезненные отклонения при

постановке диагноза рассматриваются не в том виде, как они представлены у обратившегося за помощью человека, а в развитии. Только так можно дифференцированно оценить клиническую картину, определить прогноз и правильно выбрать лечение.

Психические заболевания могут протекать и кратко-временно, и длительно, охватывая многие годы. Тогда нередко периоды обострения сменяются светлыми промежутками.

С точки зрения преобладания симптомов в рамках отдельных заболеваний (называемых врачами нозологическими единицами) и при учете известных и не до конца еще выясненных причин в психиатрии выделяют шизофрению, эпилепсию, маниакально-депрессивный психоз, сосудистые, предстарческие и старческие психические расстройства, инфекционные, травматические и некоторые другие психозы.

Шизофрения — наиболее распространенное и многоликое психическое заболевание, «предпочитающее выбирать жертвы» в юношеском и молодом возрасте. Болезненные нарушения нередко подкрадываются постепенно. Без всяких на то оснований у человека появляется нетерпеливость, раздражительность, вспыльчивость, он быстро утомляется, жалуется на недомогание и слабость. Эти самые ранние «сигналы» обычно не вызывают особой тревоги, беспокойства, так как сами по себе еще ни о чем не говорят. Но отсутствие какой-либо видимой причины для подобного состояния всякий раз должно настораживать. Наряду с этим происходит снижение активности. Еще недавно веселый, подвижный и жизнерадостный юноша становится подавленным, апатичным, перестает интересоваться делами, которые прежде наполняли его жизнь. Такие симптомы родители пытаются объяснить «возрастными изменениями», а на самом деле необходима консультация психиатра. Если вовремя не начать лечение, болезнь продолжает прогрессировать —

человек «уходит в себя», прислушивается к своим переживаниям, мудрствует над каждым поступком и движением, задавая при этом бесплодные и никчемные вопросы: почему лошади едят сено, почему мясо надо резать ножом, как положить книгу в шкаф и т. д.? Все это практически лишает людей работоспособности, занятые своими рассуждениями, они не могут довести до конца ни одно дело. У некоторых развиваются несвойственные им ранее интересы. Часто без достаточного на то образования и подготовки они стремятся «разрабатывать» философские, мировоззренческие проблемы и, забрасывая учебу в школе или институте, бессистемно читают труды философов, в быту пользуются «заумными» фразами.

Ряд больных на первых стадиях шизофрении ощущают непонятные «неудобства» во внутренних органах, как будто у них где-то в животе или в легких «что-то лопнуло». Другие «замечают», что у них изменилась форма носа, стала необычной походка. Естественно, это их волнует, и они ходят от одного врача к другому.

Заболевание может сопровождать своеобразная разобщенность мыслей и чувств или параллельные, порой противоположные друг другу мысли. Происходит «расслоение» личности на два внутренних «Я», которые существуют одновременно, а иногда и «спорят» между собой.

Шизофрении свойственна эмоциональная холодность: человек перестает интересоваться жизнью семьи, безразличен к родным и близким, к окружающим и потому теряет друзей и знакомых.

В детстве Саша мало чем отличался от других детей, был общительным, жизнерадостным, ласковым мальчиком. В школе учился хорошо, любил рисовать. И вот, когда ему исполнилось 14 лет, родители начали отмечать у него некоторую замкнутость и раздражительность без всякого внешнего повода. Довольно скоро мальчик, по выражению отца, «отошел от семьи», равнодушно от-

неся даже к тяжело заболевшей матери. Когда ее отвезли в больницу, Саша сказал, что навещать мать не собирается и подождет, когда она вернется домой. При этом он вскользь добавил: «Если же она умрет, меня это особенно волновать не будет...»

Поведение мальчика продолжало меняться, он сделался вялым, ничем не занимаясь, часами лежал в постели, перестал встречаться с товарищами, значительно снизилась его успеваемость. Наряду с этим Саша вдруг заинтересовался философской литературой и подолгу просиживал над сочинениями Гегеля, Фейербаха, Спинозы. В результате он «философски» оценивал самые простые события, заявляя, что выше своих сверстников в «философской подкованности», что его мышление развито несравненно лучше, чем у других. И, поскольку в школе «говорят всякую чепуху» и знаниями, приобретенными там, нельзя выразить «всю глубину и широту мироощущения и философский смысл бытия», Саша вообще перестал посещать уроки. Только это заставило его родителей и педагогов обратиться к психиатру.

И вот Саша в больнице. То, на что дома и в школе не обратили необходимого внимания, стало предметом изучения. Оказалось, что у Саши имеется своя «особая концепция мироощущения». Он «сочно и долго» думает о каждом видимом предмете, «мысль, как бы вгрызаясь, углубляется в сущность того или иного явления». Благодаря этому он может делать «то, что не под силу другим людям», «анализировать каждый задаваемый вопрос, каждое слово, каждую букву, раскладывая их по косточкам». При таком «анализе» у него в голове одновременно существуют как бы две мысли, два собственных «Я», ведущих спор между собой. Поэтому он хоть и стал нерешительным («временами трудно разобраться в вихре гамм и красок внутренней противоречивой жизни»), но зато приобрел «особое философское качество мышления», которое «возвышает его над всеми остальными миряна-

ми». В этом он убеждается ежедневно, так как никто не может его до конца понять. Нет человека, кто мог бы мыслить «в резонанс» с ним. Особенности мышления дают ему основание видеть в людях и в любом предмете то, что недоступно другим. Например, в столе, стульях, висящих на окне шторах он различает краски, формы, изгибы, составляющие «красоту жизни». Это его «золотая удача», благодаря ей он может создавать «теорию философского мироощущения». Он считает себя наследником великих философов прошлого, убежден, что все люди должны в будущем ему поклоняться, поэтому он уже сейчас готовится к торжественному выходу — пудрится, подкрашивает брови, репетирует «речи перед народом», ходит по отделению «подпрыгивающей» походкой. Помещением в психиатрическую больницу нимало не тяготится, поскольку независимо ни от какой обстановки его «саморазвитие» идет «правильным путем». Бесёдами на его «сокровенные» темы очень доволен и говорит, что только здесь решил «рассекретить свое истинное лицо», дома же «приходилось подделываться под обывателя».

Упорное и длительное лечение Саши улучшило его состояние. Он выписался, работает на заводе и учится в вечерней школе. Однако положительные результаты сказались бы быстрее и были бы более устойчивыми, если бы Саша встретился с психиатром не в разгар болезни, а в ее зародыше.

Шизофрения протекает по-разному. То она начинается остро, с галлюцинациями и бредом, что очень заметно, и поэтому быстро принимаются меры. В ряде случаев «бурные» вспышки могут произойти спустя несколько месяцев (иногда и несколько лет) после «скрытого» периода, что, к сожалению, как показывает практика, затрудняет эффективное врачебное вмешательство.

Не лечить шизофрению нельзя. Это приводит к выраженному слабоумию. Вовремя предпринятое лечение в большинстве случаев приостанавливает темп нарастания



болезненного процесса, и многие его признаки исчезают.

Второе по частоте психическое заболевание — эпилепсия, которую легко можно узнать по ее ведущему признаку — эпилептическому припадку.

Причины и механизмы эпилептических припадков и других проявлений болезни выяснены еще не окончательно, но, как и при других психических расстройствах, кроются в нарушении работы мозга. Следовательно, чтобы помочь человеку, надо прежде всего ее нормализовать. Сейчас известно множество различных средств, уменьшающих частоту и выраженность припадков и даже вообще освобождающих от них. Однако нельзя лечить лишь одно проявление болезни, надо лечить болезнь в целом.

Поскольку эпилептические припадки не редкость, каждому полезно знать, что делать, если требуется срочно оказать первую помощь.

Во-первых, следует расстегнуть стесняющую одежду и уложить больного в безопасное место, желательно на что-нибудь мягкое, подложив под голову пальто, пиджак или просто поддерживая ее руками.

Во-вторых, разжать рот и ввести между передними зубами какой-нибудь предмет (ложку, ключ, палочку), обернутый носовым платком, чтобы предупредить прикус языка.

В-третьих, во время судорог нельзя грубо сдерживать больного, так как это может привести к переломам и вывихам суставов.

В-четвертых, уснувшего после припадка больного желательно подольше не будить.

Помимо этих правил, нужно учитывать, что в разгар припадка не стоит пытаться ввести в рот какое-либо лекарство, чтобы оно не попало в дыхательные пути. Если припадки повторяются, необходимо срочно вызвать «скорую помощь».

При отсутствии лечения, а в тяжелых случаях и не-

смотря на него, с течением времени и независимо от частоты припадков (у некоторых за всю жизнь может быть несколько приступов или не быть вовсе) у больных эпилепсией изменяется склад характера. Мышление становится крайне обстоятельным, вязким. Человек очень тщательно вспоминает мельчайшие детали события, говоря о которых не может отбросить незначительное и остановиться на существенном или переключиться на другую тему. Он надолго запоминает обиды, недовольство чем-либо, делается злопамятным и мстительным. Обычно это тесно переплетается с угодливостью и слащавостью. У многих появляется избыточная аккуратность и некоторые другие достаточно хорошо известные врачам своеобразные болезненные черты.

Как и при других психических заболеваниях, у страдающих эпилепсией снижается, а затем и вообще пропадает критическое отношение к своим действиям. Любое замечание, несогласие порождают вспышки гнева, которые могут привести к антисоциальным поступкам.

Своевременно принятые меры, направленные как против припадков, так и против нарастающих изменений характера, в том числе систематический и длительный прием назначенных врачом лекарств, способствует значительному улучшению состояния или полному излечению.

Болезнью настроения называют маниакально-депрессивный психоз. У человека преобладает то маниакальная фаза, то депрессивная. Иногда они непосредственно сменяют друг друга, иногда их разделяют годы обычной нормальной жизни.

Маниакально-депрессивный психоз практически не вызывает слабоумия, ослабления памяти и других кардинальных нарушений в психической деятельности. После завершения определенного болезненного периода человек вновь приобретает полную трудоспособность и мало изменяется по характеру. Новейшие психофармаколо-

гические средства обеспечивают быстрое выздоровление многих таких больных и профилактику возникновения обострений.

Шизофрения, эпилепсия, маниакально-депрессивный психоз — болезни, причины которых остаются еще не до конца изученными, что, однако, не мешает психиатрам добиваться положительных результатов при их лечении. Причины других психических заболеваний понятны из их названий — сосудистые, предстарческие и старческие, травматические психозы и т. д.

---

## ПОЧЕМУ ВОЗНИКАЕТ БОЛЕЗНЕННОЕ БЕЗУМИЕ

---

Даже не очень подробное перечисление основных психических заболеваний свидетельствует о различных причинах их возникновения и о неодинаковости проявлений. Но в каждом случае требуются особые лечебные методы. И чем раньше они применяются, тем больше возможностей вернуть человеку здоровье. Именно поэтому необычные перепады настроения, изменение характера, излишняя подозрительность, непонятность поступков должны вызывать настороженность как самого заболевшего человека, так и его родных и близких. При этом не следует торопиться с выводами. Немецкий психиатр Э. Крепелин писал еще в начале нашего столетия: «Обыватель склонен видеть причину помешательства в случайном событии, душевном волнении, неудаче, в физическом недомогании, переутомлении и т. п. Напротив того, клиническое исследование учит, что влияние подобных внешних причин незначительно. Очень часто первые проявления начинающегося помешательства ошибочно считаются его причиной».

Какой-либо одной причины, вызывающей психические болезни, нет и не может существовать. Они бывают

врожденными и приобретенными, полученными после травматических повреждений головного мозга или вследствие перенесенных инфекций, обнаруживаются в самом раннем детстве или в преклонном возрасте. Одни из причин уже выяснены наукой, другие пока еще точно не известны, но предполагаются. Исходя из этого различно и лечение.

Среди причин психических заболеваний детей — внутриутробные травмы, инфекционные и другие болезни матери в период беременности, а как следствие — «уродства» новорожденного. В результате нервная система, головной мозг «строятся» неправильно. У некоторых детей наблюдается отставание в развитии, а иногда и непропорциональный рост мозга. Это, так сказать, явные, всем видимые причины ненормальности.

Есть и другие, действие которых тоже начинается во время внутриутробной жизни ребенка.

Молодая мать с беспокойством рассказывала с своим восьмимесячным сынишке: «Он так хорошо растет, прибавляет в весе, но вот до сих пор никого не узнает, ничем нельзя привлечь его внимание, он не кричит, не плачет, не бывает доволен или недоволен — он, кажется, ничего не понимает...»

Исследование мальчика, к сожалению, подтвердило опасение матери — у него оказалась выраженная степень слабоумия. Изучение подобных случаев показало, что нередко в их основе лежат обменные нарушения в формирующемся организме, приводящие к нехватке тех или иных необходимых веществ. Удалось расшифровать и целый ряд «условий» этих нарушений. Например, выявлено определенное значение фенилпировиноградной кислоты, искаженный синтез которой и ведет к психической неполноценности ребенка.

У некоторых умственно отсталых детей причина заболевания кроется в наследственных факторах, обусловленных неправильным расхождением хромосом. В клет-

ках организма человека 23 пары хромосом. В частности, аномалии в системе 21-й пары вызывают болезнь Дауна.

Так же, как и у детей, перенесенные в любом возрасте контузии, ранения, ушибы, наконец, сотрясения мозга могут провоцировать психические нарушения.

Не менее опасны инфекционные заболевания — сыпной и брюшной тиф, скарлатина, дифтерия, корь, грипп и особенно энцефалиты и менингиты, поражающие прежде всего головной мозг и его оболочки. Характерный пример — история выявления причины слабоумия у больных прогрессивным параличом, составлявших одну из самых многочисленных и неизлечимых групп психически больных в прошлом и в начале нашего столетия. Датский профессор Стеинберг в середине XIX века был одним из наиболее известных венерологов в Копенгагене и поэтому знал многих больных, лечившихся у него в клинике от сифилиса. В 1850 году он случайно попал в психиатрическую лечебницу и, проходя по ее коридорам вместе с коллегами-психиатрами, увидел много своих бывших пациентов в состоянии глубокого слабоумия. Это навело его на мысль о бесспорной связи перенесенного сифилиса и прогрессивного паралича, протекающего со специфической картиной нервных и психических расстройств. Профилактика сифилиса, его раннее и эффективное лечение имеющимися сейчас лекарственными средствами счастливо лишили современных психиатров контингента больных с такими частыми в недавнем прошлом и роковыми диагнозами, как сифилитическая неврастения, сифилитический менингит, галлюцинаторная, параноидная и многие другие формы сифилиса.

Травмы и инфекционно-воспалительные процессы, доброкачественные и злокачественные опухоли, лучевое поражение, изменяя структуру мозга, «ломают» и его функции.

Нельзя не назвать также различные токсические, ядовитые вещества. Это прежде всего алкоголь и другие

наркотики, постепенное накопление которых в организме неминуемо порождает те или иные психические расстройства. Это и быстродействующие яды — угарный газ, тетраэтилсвинец, большие дозы акрихина и т. д.

В происхождении не только пограничных психических расстройств, но и психозов часто «виноваты» психические травмы. Попадая в трудные обстоятельства, некоторые люди так реагируют на них, что порой их поведение смыкается с патологией. Однако этим так называемым реактивным психозам свойственны четкая причинная зависимость, «звучание» волнующей темы во всех переживаниях больного и относительная кратковременность.

«Роковая» роль психической травмы при шизофрении, эпилепсии и других болезнях иногда значительно увеличивается. Стоит болезненным нарушениям появиться у человека после нервной встряски, как многие его родственники и знакомые сейчас же объясняют все имевшим место потрясением, путая толчок, повод к развитию недуга и его истинную «внутреннюю» причину.

Психическое заболевание, как и любой другой болезненный процесс, «мешает» функционировать механизмам, поддерживающим здоровую, нормальную жизнедеятельность организма. Резкое нарушение этих механизмов бывает редко, только при грубых физических воздействиях. В большинстве же случаев победа болезни не дается легко, организм борется и сопротивляется, привлекая на помощь все резервные силы. В этой борьбе существует множество факторов, способствующих перевешиванию «болезненной» чаши весов. Например, любое заболевание, плохое (лучше сказать — нерациональное) питание, чрезмерное охлаждение или перегрев, переутомление, отрицательные эмоции и т. д. Все эти обстоятельства, а тем более их совокупность ослабляют человека и тем самым «освобождают путь» болезненному процессу.

Эти же причины на каком-то этапе могут стать решающими для «оформившихся» проявлений психических

нарушений, «включить» соответствующий пусковой механизм, что иногда ошибочно принимается за истинное болезнетворное начало. Такое же непосредственное, хотя и далеко не всегда основное значение имеют и психические травмы.

Науке сегодня известны и другие причины, временно вызывающие психические расстройства (но не болезни!). Например, длительная изоляция людей в «пустоте», без звуковых и других раздражителей. При подготовке космонавтов проводились эксперименты в сурдокамере, где имитировалась обстановка одиночества и другие условия, с которыми космонавт может встретиться в полёте. При этом у некоторых испытуемых появлялись иллюзии, галлюцинации и бред. Они бесследно исчезали после прекращения эксперимента или изменения его характера.

Человек неотделим от окружающего мира с его различными, порой внешне незаметными раздражителями. При полной искусственной изоляции прекращаются привычные воздействия на все органы чувств. Нетренированному человеку, оказывается, трудно без них обойтись.

Как видно даже из столь беглого перечисления, сегодня психиатрия на вопрос: «Почему возникает то или иное заболевание?» — может ответить достаточно исчерпывающе. А это значит — верным курсом двигаться к устранению его причин. Такое общее для науки положение полностью подтверждается на примерах успешной профилактики и лечения больных с рядом нервно-психических расстройств.

В какой-то мере особняком пока стоит шизофрения. Многочисленные и многопрофильные исследования ее основы, наверное, могут сравниться только с исследованиями в области онкологии. На протяжении последних 30—40 лет ни одна из вновь выявленных причин не выдерживала испытания временем, неизменно «перемещаясь» в число второстепенных. Назывались те или иные

нарушения целостности отдельных структурных частей мозга, наследственные факторы (повышенная частота заболевания в семьях больных шизофренией), изменение группы и состава крови, наличие особого вируса в организме, эндокринные неполадки. В настоящее время большинство ученых сходится на том, что в основе шизофрении лежат внутренние, эндогенные дисфункции, способствующие извращению обменных процессов и появлению токсических продуктов, которые расстраивают четкие механизмы мозга.

Выявить их психиатрия еще не может. Имеющиеся методы исследования, очевидно, все еще недостаточно точны, чтобы свидетельствовать о механизмах нарушенного мышления, эмоций, понятий. Они не позволяют наблюдать эти процессы непосредственно, хотя и дают все более четкие представления о косвенных биологических эквивалентах и в норме, и при болезненных проявлениях. Сейчас применяются различные биохимические, электрофизиологические, биофизические, спектро- и электрометрические, математические и прочие методы. Вероятно, они окончательно расшифруют «интимные» энергетические взаимоотношения в центральной нервной системе и подведут к пониманию истинных причин эндогенных психозов.

Часто ли возникают психические расстройства? Спрашивают об этом не случайно. Интенсивность промышленного и сельскохозяйственного производства, темпы событий с каждым днем, несомненно, нарастают. Многие люди в связи с этим испытывают нервные перегрузки. Ведь еще в прошлом веке большинство населения ныне развитых европейских стран жило тихо и мирно в провинциальных городах и селах, не ездило по железным дорогам и на автомобилях, не пользовалось электроэнергией, не подозревало о реактивной авиации и об атомной бомбе. Как же умственное напряжение отразилось на частоте



возникновения не только пограничных форм нервно-психических расстройств, но и основных психозов?

Отвечая на этот вопрос, надо учитывать, что они, как уже отмечалось, появились еще задолго до железной дороги и паровой машины. Среди жителей первобытных племен, сохранившихся и в наши дни на отдаленных островах и значительно отстающих в своем развитии от современного человека, также наблюдаются психические заболевания.

Э. Крепелин в 1903 году специально изучал состояние туземцев острова Ява. Он установил психоз, рассматриваемый в рамках шизофрении, у 77 процентов обнаруженных психически больных. Следовательно, это заболевание не зависит ни от каких внешних причин, имеющихся в цивилизованных странах, но отсутствовавших на острове. Так что прогресс культуры, науки, техники ни в коей мере не является «источником» ни шизофрении, ни других психических болезней.

И все же социальные пороки, урбанизация, безработица, жесткая конкуренция, неуверенность в завтрашнем дне делают человека нервным. Они не только не создают условий для расцвета гармоничной, всесторонне здоровой личности, но и способствуют распространению психических расстройств, в первую очередь неврозов.

Наряду с этим существуют достаточно общие, «универсальные» негативные факторы, порождаемые цивилизацией и присущие всем странам мира. Читатель, должно быть, помнит: к ним относится ослабление личных контактов людей за счет опосредованных форм общения при помощи технических средств — радио, телефона, телевидения, кино и т. д. В известной мере можно считать, что эти удобства, подаренные человечеству прогрессом и расширяющие контакты, одновременно снижают их «качество». Отсюда нередкое превалирование утилитарных связей над чувственными, эмоциональными. Научно-техническая революция, усиливающая ритм и интенсифика-

цию психической деятельности человека, заменяющая физические нагрузки умственными, требует от него подавления эмоциональной реактивности. Человек все чаще вынужден держать свои эмоции заторможенными, иначе он не справится с весьма сложными обязанностями. Это может провоцировать невротическую ситуацию, усугублять напряжение, что увеличивает возможность возникновения психического заболевания.

Другая не менее важная причина — своеобразная «плата» современников за приспособление (адаптацию) к быстро изменяющимся условиям существования. Установлено, что у многих людей из-за избыточного шума притупляется слух, сидячий образ жизни и отсутствие физических нагрузок приводят к так называемой гипокинезии — ослаблению функциональной активности мышц, сердечно-сосудистой системы, пищеварения и т. д. Многочисленные неблагоприятные влияния на человека, загрязнение окружающей, а вслед за этим — «внутренней» среды вызывают и токсическое отравление, и общее ослабление организма, на фоне которого гораздо скорее могут «привиться» или обостриться психические расстройства.

Действие названных факторов особенно сильно сказывается в обстановке урбанизации. Доказано, что, чем крупнее город, тем больше в нем встречается больных с различными нервно-психическими нарушениями. Интересно отметить, что в 1900 году городское население земного шара составляло лишь 13,6 процента, а сейчас города сконцентрировали в себе львиную долю жителей развитых стран. К XXI веку, как считают специалисты, эта тенденция примет новые формы — появятся города-супергиганты (предполагается, что их в скором времени будет свыше 25, причем в шести городах население к XXI веку превысит 20 миллионов — в Сан-Паулу, Шанхае, Токио, Нью-Йорке, Пекине, Мехико). Естественно, «неудобства» для нервных людей со временем увеличат-

ся, усугубятся имеющиеся и теперь «психологические конфликты» человека в огромном городе. Они в известной мере парадоксальны и связаны, с одной стороны, с одиночеством человека среди «толпы», а с другой — тягой к одиночеству в противовес каждодневной суете.

Пожалуй, тут невольно отдашь предпочтение «патриархальным» отношениям, которые еще держатся в деревнях, маленьких поселках, городках. Здесь каждый на виду, люди хорошо знают жизнь своего окружения. Горе, радость, перемены в семье — все быстро становится общим, а реакция на события объединяет или разъединяет, но никого не оставляет безучастно-равнодушным. В крупных городах неизбежна потеря душевной взаимосвязи: порой соседи на лестничной площадке не считают нужным знакомиться, что же тогда говорить о восприятии людей на многолюдной улице, в просторном магазине, концертном зале. В этом невольном отчуждении в какой-то мере «виновата» защитная психическая броня организма. Если реально принимать участие в жизни нескольких человек или даже нескольких десятков людей, то «вжиться» и отреагировать на индивидуальные переживания тысяч просто невозможно. Не в этом ли причина городского безразличия, из-за чего мы можем ощущать себя одинокими и в бурлящей толпе?

И как оборотная сторона медали быта современных городов и супергигантов недалекого будущего — неосуществимость стремления к одиночеству в тех случаях, когда оно необходимо.

Навязываемый ритм на улице, в транспорте, на работе, дома будоражит чувства, что затрудняет процесс глубоких раздумий, анализ собственного бытия, своих и чужих поступков. Это накладывает отпечаток на характер человека, стереотип его поведения, подвергает испытанию наиболее хрупкую эмоциональную сферу.

Обсуждая вопрос о частоте психических заболеваний, не следует сбрасывать со счетов и такие важные факто-

ры, как социальные потрясения, войны, несчастные случаи. До сих пор к психиатрам в разных странах продолжают обращаться за помощью люди, получившие ранения, контузии, увечья во время второй мировой, вьетнамской, афганской и других войн.

Проявления болезненных переживаний, «материал», на котором они «строятся», конечно, меняются — это зависит от уровня развития, индивидуального опыта, интеллекта, запаса и характера знаний человека. Сто лет назад в бредовых переживаниях не фигурировали, например, события, происходящие на борту самолета; двадцать пять лет назад больные еще не называли себя космонавтами. Люди просто не знали о самолетах и космических ракетах. Содержание бреда и другие патологические нарушения формируются на базе знакомых человеку образов и понятий. Об этом знаменитый французский психиатр Ф. Пинель еще в 1838 году сказал: «Идеи, доминирующие в каждом столетии, оказывают могучее влияние и на распространенность, и на характер помешательства». Французский исследователь Каневаро<sup>9</sup> провел статистический подсчет изменений в течение десятилетий многих психических нарушений. В частности, он показал, что бред величия, встречавшийся в 1886 году у 24 процентов больных, в 1916 году остался лишь у 17, а в 1946 году — у 10 процентов. Эту «кривую» автор объясняет тем, что в мире стало меньше людей, производящих впечатление только своим могуществом и властью. Во много раз снизилась и боязнь «проклятия».

Наряду с этим пополнила вверх частота бреда преследования (с 23 процентов в 1860—1870 годах до 47 процентов в 1957—1958 годах) и ощущения больными постороннего воздействия (с 12 до 22 процентов). Специалисты отмечают также значительный рост депрессивных расстройств. По некоторым подсчетам, их возникновение среди жителей развитых стран возможно у каждого четвертого человека, причем у 4—6 процентов населения

встречаются выраженные формы депрессии, требующие обязательного лечения у психиатров. Установлено, что в последнее десятилетие свыше 8 миллионов американцев ежегодно обращаются по поводу депрессии за врачебной помощью. Мы говорили: это непосредственно связано с ускорением «жизненного бега» и увеличением «препятствий», которые приходится преодолевать. Таково в общем отражение «эволюции» мировосприятия в искаженном сознании. Кстати, в развитых странах в отличие от социально и экономически отсталых религиозно-демонические переживания больных постепенно уступают место переживаниям, «замешенным» на научных и технических идеях современности.

Помимо, так сказать, фабулы бреда, меняется форма выражения и течения ряда основных психических заболеваний. Наблюдается, к примеру, лекарственный патоморфоз (перемена болезненной картины) шизофрении, эпилепсии, неврозов. Благодаря психофармакологическим средствам быстро снижается интенсивность возбуждения, что переводит больного из острого состояния в подострое и «зашторивает» симптоматику. Некоторые лекарственные препараты, принимаемые без должного врачебного контроля и нередко длительное время, могут вызывать побочные эффекты — сонливость, вялость, дрожание пальцев рук, непоседливость и др.

Если по поводу того, что с развитием культуры увеличивается или уменьшается риск тех или иных нервных срывов, то бесспорным является тот факт, что, развиваясь, наука учится лечить и предупреждать психические болезни. Наиболее показательно это, как помнит читатель, в отношении сифилитического поражения нервной системы, которое в течение нескольких столетий «лидировало» среди всех инфекций, вызывающих психические расстройства. По статистическим данным конца XIX и начала XX века, причиной 20 процентов психических заболеваний в Европе был сифилис. В настоящее же время

их число не превышает 0,2 процента. За несколько десятилетий в 100 раз сократилось количество больных этой группы! Другой пример — четко выявляемое в наши дни снижение частоты заболеваний эпилепсией в развитых странах по сравнению с развивающимися. Это вызвано плохими жизненными условиями, недостатком врачей, религиозным страхом перед «припадочными». Ликвидируются эти причины — пойдет на спад эпилепсия.

Но вот, казалось бы, парадокс. Прогресс культуры, науки, общественных отношений косвенным образом все же «увеличивает» число душевнобольных. Происходит это из-за... улучшения медицинской помощи. Медики строже классифицируют своих пациентов, более избирательно ставят диагноз, в результате чего психиатрия выходит за рамки специальных больниц и активно вмешивается в лечение людей, остававшихся раньше без внимания. Естественно, что это пополняет данные статистического анализа.

Нельзя оставить в стороне также значительный рост населения. Историки единодушны в том, что 500 тысяч лет назад на нашей планете было несколько десятков или сотен тысяч человек. Сейчас на планете живет около 5 миллиардов человек (но ожидается, что к 2000 году население земного шара превысит 6 миллиардов). Совершенно очевидно, что среди сотен тысяч людей психически больных несравненно меньше, чем среди нескольких миллиардов. Так что общее число их увеличивается.

В наши дни психически больные во многих странах Европы и Северной Америки занимают больше мест в лечебных учреждениях, чем больные раком, туберкулезом и сердечно-сосудистыми заболеваниями, вместе взятые. На каждого пациента психоневрологической лечебницы за стенами медицинских учреждений приходится примерно два человека с теми или иными психическими недостатками. Этим людям нет необходимости специ-

ально лечить — они «недостаточно больны», но и жить здоровой, счастливой жизнью они не могут.

В нашей стране число больных неврозами и другими формами пограничных психических расстройств (об этом уже шла речь в главе, посвященной пограничным состояниям), а также уровень заболеваемости шизофренией, эпилепсией и другими психическими болезнями фактически оказываются такими же, как и в развитых зарубежных странах.

Проблемы психического здоровья важны и актуальны не только для медицины, но и для всей социальной жизни современного человечества. В первую очередь это относится к высокоразвитым странам.

Так что на вопрос: «Часто ли возникают психические заболевания?» — можно ответить вполне определенно. Да, они, к сожалению, возникают достаточно часто. И врачам-психиатрам пока еще рано задумываться о перемене профессии. Наоборот, необходимо постоянное внимание всего общества к нуждам психиатрии, улучшение и расширение возможностей оказания медицинской помощи каждому больному человеку.

---

## НЕ БЫТЬ НЕРВНЫМИ

---

В происхождении пограничных форм психических расстройств (прежде всего неврозов), как уже отмечалось, социальные факторы, взаимоотношения людей играют несравненно большую роль, чем при всех других заболеваниях. Диапазон переживаний, приводящий к невротическим расстройствам, очень широк и во многом отличается у разных людей. В значительной мере он зависит как от идейной направленности личности, так и от конкретных условий существования каждого человека. Это

всегда следует учитывать, говоря о мерах профилактики невротических срывов. С одной стороны, важно создание благоприятных условий и правильного ритма жизни, предупреждающих перенапряжение нервной системы, с другой — воспитание человека сильного духом, умеющего не теряться в сложных положениях.

Лауреат Нобелевской премии А. Швейцер в своей знаменитой книге «Культура и этика» причину перенапряжения людей, приводящую к увеличению числа больных неврозами, связывает с их подневольным существованием. Он пишет: «В течение двух или трех поколений многие индивиды живут только как рабочая сила, а не как люди. То, что вообще может быть сказано о духовном и нравственном значении труда, на их труд уже не распространяется. Ставшая обычной сверхзанятость человека во всех слоях общества ведет к умиранию в нем духовного начала... Не познания и развития ищет он, а развлечения — и притом такого, какое требует минимального духовного напряжения...» Это, по мнению Швейцера, порождает «несвободное состояние и разобщенность» людей, что и объясняет пополнение рядов лиц с невротическими расстройствами.

Сотрудник университета Д. Гопкинса в США доктор социологии Г. Бреннер несколько лет назад провел исследование, в котором прослеживается достаточно четкая связь между спадами и подъемами американской экономики и заболеваемостью психическими болезнями. По его данным, во время экономической депрессии в 1949—1950 годах количество психически больных в США возросло на 150—200 процентов.

Доктор Бреннер совершенно справедливо обращает внимание на специфику взаимоотношений между американцами. В частности, он отмечает, что после второй мировой войны его сограждане все больше ориентируются на деньги и склонны оценивать самих себя и свою жизнь уровнем дохода. Отсюда приобретательство и стой-



кая стрессовая ситуация жесткой конкуренции. Результат экономических спадов подводит к неизбежному финалу — невротическим срывам — многих людей, которых захватывает кризисная ситуация. Эти люди, пишет Бреннер, винят самих себя. Они думают, что есть у них какие-то слабости и поэтому их выгоняют или увольняют с работы, хотя в большинстве случаев они лишь невинные жертвы общества. И относится это не только к низкооплачиваемым и малоквалифицированным рабочим и служащим.

Данные Бреннера свидетельствуют о том, что, чем больше американец преуспел, включившись в систему погони за дополнительными доходами, тем больше шансов «свихнуться» в случае неблагоприятных перемен. По статистическим подсчетам оказалось, что психические заболевания возникают пропорционально выше в периоды экономических потрясений у достаточно состоятельных людей, которым «есть что терять».

Современная психиатрия, как чуткий барометр, фиксирует последствия как нравственной деформации, так и экономического кризиса общества. Потеря идеалов, интенсификация труда, рост безработицы и преступности — все это обуславливает постоянное эмоциональное напряжение, делает неврозы жизненной нормой широкого круга населения. Эта общая закономерность достаточно хорошо видна невооруженным глазом всем нам — современникам бурного и жесткого времени критического переосмысления собственной истории и казавшихся еще недавно исторически великими революционных преобразований Советской власти. Личностные декомпенсации, невротизация общества как зависят, так и определяют социальную напряженность, озлобленность, конфликтность, алкоголизацию, криминальное поведение многих тысяч людей.

К одной из важных социальных причин невротических нарушений, достаточно наглядно видимой современ-

ным психиатрам разных стран, относится обостренное «стремление выдвинуться как на работе, так и в обществе»<sup>1</sup>. В принципе понятия о карьере и карьеризме не противоречат представлениям о нравственности и являются своеобразным «законом профессии». Однако в ряде случаев такие устремления приобретают самодовлеющее для человека значение, заставляя его пренебрегать моральными и этическими нормами поведения. В свою очередь, это возлагает и на самого «стремящегося наверх», и на окружающих непосильную нагрузку, приводящую к невротическим расстройствам. Особенно выраженными они бывают при крушении карьеристских планов.

В какой-то мере здесь правомерна аналогия с потоком автомобилей на широкой городской улице, мчащихся в одном направлении в параллельных рядах. Вперед чуть-чуть вырывается то одна машина, то другая. Они идут почти на одинаково допустимой скорости. Но вот, в нарушение правил, кто-то из водителей решил обогнать остальных. Он набирает темп, может быть, даже «подрезает» путь другим. Иногда это ему сходит с рук. Милиция не замечает. Теперь он лидер, он — впереди. В напряжении он выжимает из своей машины все резервы: надо поддерживать развитую скорость, иначе догонят и обойдут. И когда длительное напряжение превышает известный предел — катастрофа. То ли ломается машина, то ли происходит авария, то ли не выдерживает сам водитель. Жизнь, конечно, не езда на машине, но и у нее есть правила обуздания бесосновательно вырвавшихся вперед лихачей.

Способствуют развитию неврозов и ситуации, когда производственные обязанности того или иного человека не соответствуют его интересам, структуре индивидуальных способностей, физическому развитию. Долго накап-

---

<sup>1</sup> Глязер Г. О мышлении в медицине. М., 1969. С. 154.

ливаемые «про себя» отрицательные эмоции могут привести к невротическим нарушениям. Они же провоцируются необходимостью одновременно заниматься несколькими разными делами: не успев сосредоточиться на одном, человек вынужден переключаться на другое; сбивается ритм, ломается упорядоченность поиска и анализа информации, нет удовлетворения, поскольку не удается завершить начатое, приходится чересчур часто переориентироваться и приспосабливаться к новым условиям. Это гораздо скорее способствует возникновению неврозов, чем напряженная, но целенаправленная одноплановая работа.

Среди «непроизводственных», так сказать, личных причин здесь «лидируют» переживания по поводу гибели близких, любовных конфликтов, супружеских измен, внутрисемейных разногласий, а также злоупотребления алкоголем кого-либо из членов семьи.

Так как же уберечься от ослабления и прорыва барьера психической адаптации? Закрыть поплотнее дверь, забаррикадироваться от всех жизненных сложностей? Уйти от контактов с людьми, постараться избавиться от каких бы то ни было проблем? Но зачем тогда жить? Куда тратить свои душевные силы, свои способности, свою одаренность? Счастье и смысл жизни зависят от понимания и служения общественно полезному долгу, поставленной цели. И чем выше и нравственней идея, защищаемая человеком, тем увереннее идет он по жизни. Она возвышает, помогает не так близко «принимать к сердцу» неизбежные затруднения, преодолевать их, не вступая в конфликт с «внутренней совестью» и не становясь невротиком.

Первое существенное звено в профилактике повышенной нервности — правильное воспитание детей. Нередко доводится слышать от молодых родителей о своем ребенке: «Что ж его воспитывать, он ведь ничего еще не пони-

мает? Вот подрастет, тогда мы и займемся его характером!» Но с этим «тогда» можно опоздать.

Будущий ребенок, развиваясь в организме матери, не изолирован от внешнего мира, а в известной мере «слушает» его, приспособляется и готовится к активной жизни. Природа снабжает его огромной жизненной «силой» и физической выносливостью, без чего он не смог бы родиться и существовать. Этому способствует, в частности, то, что еще у формируемого младенца уже имеется достаточно хорошо функционирующий вестибулярный аппарат, «настроенный» на движение матери. Она выходит на прогулки, быстро или медленно двигается, переворачивается в постели, а вестибулярный аппарат плода передает соответствующие нервные импульсы в свой собственный (хотя и только строящийся) головной мозг. Точно такая же связь у младенца в утробном периоде с окружающими мать звуками, силой ее голоса и т. д.

Условные рефлексы у детей начинают вырабатываться уже на второй неделе жизни, а в три—пять месяцев образуются рефлексы на зрительные и слуховые раздражения. Индивидуальность, то есть характерные черты поведения ребенка, устанавливается в два-три года. Именно в это время, по образному выражению одного из психиатров, родители принимаются отягощать детей своим воспитанием.

Особое внимание надо обращать на систематическое привлечение детей к посильным занятиям и приучать преодолевать трудности, а не заботливо устранять их, как это часто бывает. Недопустимо, чтобы плач или крик ребенка служили поводом к удовлетворению всех его капризов. Такое «воспитание», кроме эгоизма, избалованности ничего не принесет. У человека сложится слабый тип нервной системы. Не приученный с детских лет трудиться, привыкший, чтобы все его желания выполнялись, он, сталкиваясь с жизненными коллизиями, с необходимостью систематически учиться или работать, испытывает

определенную нервную «сшибку», ведущую к невротическим проявлениям.

Взрослым людям хорошо известна способность детей к подражанию, поэтому очень важен личный пример родителей. Нездоровая обстановка в семье создает постоянное напряжение. Так называемые «семейные» и «кухонные» скандалы, возникающие обычно из-за мелочей, расхождения во взглядах между супругами и кем-либо из родителей мужа или жены, вместе с которыми они живут, нежелание кого-то одного поступиться своими «правами» — все это держит «на взводе» всех домочадцев. Длительность подобных травмирующих моментов, невысказанность обид тяжело отражаются на детях. Если ребенок непосредственно наблюдает ссоры, ругань, пьянство, он вольно или невольно их копирует, в результате складывается неуравновешенный характер, прививаются дурные привычки.

Бытующие в некоторых семьях такие «методы» воспитания, как телесные наказания, запугивание, назойливое повторение замечаний, в конечном счете озлобляет ребенка; он постоянно подвержен страху перед наказанием, не уверен в себе. Это тоже причина для неврастения и психастении.

Надо помнить и о том, что некоторые формы неврозов обусловлены ранним половым созреванием детей. К этому ведут, в частности, слишком частые и неумеренные ласки, общая с другими членами семьи постель, условия, позволяющие наблюдать интимную жизнь родителей.

К числу полезных привычек, которые надо заложить с детства, относится правильная организация труда и отдыха. И детям, и взрослым рекомендуется ежедневно вставать и ложиться спать в одно и то же время, утром заниматься зарядкой и водными процедурами, плотно завтракать и не торопясь, спокойно идти на работу или на учебу. Наиболее утомительные и сложные дела лучше выполнять в первую половину дня, как говорят, «на

свежую голову»; работу, особенно сидячую, периодически прерывать хотя бы несколькими физическими упражнениями. В течение дня обязательно пообедать или второй раз плотно позавтракать. Интервал между едой не должен превышать 4—4,5 часа. После окончания работы желательно совершить прогулку, а детям — поиграть в спортивные игры; потом останется время на хозяйственные заботы, чтение, посещение знакомых, приготовление уроков. Ужинать следует не позднее чем за 2—3 часа до сна. Все эти на первый взгляд банальные советы могут предотвратить многие нервные срывы и оказаться полезнее большинства самых новейших медикаментов.

Случайная неудача при попытке совершить половой акт, вызванная недостаточной сексуальной подготовкой и «раскованностью» в интимных взаимоотношениях, неподходящей обстановкой, переутомлением и другими причинами, порой «подогревает» чувство собственной неполноценности. Неуверенность, ожидание этой неудачи, особенно если такое состояние поддерживается одним из супругов, может в дальнейшем закрепить половую слабость. И наоборот, тактичное, разумное поведение помогает избавиться от нее. Неврозы возникают и в случаях часто повторяющихся незавершенных из-за боязни зачатия половых актов, порождающих ощущение неудовлетворенности. К числу факторов, истощающих нервную систему, относится также беспорядочная половая жизнь.

Итак, неправильное воспитание и жизненная ориентация, непосильная нагрузка, различные конфликтные ситуации, включая семейные и производственные неурядицы, невысказанные взаимные претензии, нежелание побороть свои эгоистические тенденции во имя интересов других служат основой «невротической обстановки», чревато возникновением неврозов, формированием и обострением болезненных черт характера, развитием основы злоупотребления спиртным. Именно столкновение стремлений, желаний и вкусов людей, часто по мелочному по-

воду, является, как правило, главным компонентом в социально-психологическом механизме, приводящем к невротическим расстройствам.

Человек не может быть одинаково добр со всеми, всем «удобен». Но если бы мы постоянно помнили о непрочности нашего душевного равновесия, об обязательном доброжелательном и внимательном отношении к окружающим, о возможности предвидеть их переживания и действия, порождаемые случайной обидой или несдержанностью, то наверняка было бы меньше случаев, вынуждающих обращаться за помощью к психоневрологу.

---

## МАЛЕНЬКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

---

Подошла к концу последняя задуманная автором глава. Хочется надеяться, что сведения, полученные читателем в книге, позволят лучше оценить себя среди других и понять неразрывность с ними. Может быть, кому-то они покажутся слишком банальными, а кому-то, наоборот, усложненными. Вероятно, найдутся люди, увидевшие в прочитанном краткий учебник психиатрии «для всех» или отметившие адресацию книги только к психически больным и их близким. Возможно, что кто-то будет ее оценивать и по-иному, с точки зрения собственных интересов и имеющихся знаний. Хотелось бы, чтобы в любом случае «психиатрический взгляд» на себя и окружающих способствовал мудрой и достойной жизни, в которой каждый человек был бы хозяином своей совести, решений и действий. Именно это дает свободу и счастье наедине и вместе со всеми. А когда сложности, не разрешенные проблемы, несчастье, болезнь, когда затруднены или даже невозможны разумные решения и действия? Когда прерваны контакты с окружающими? Когда нет

ни сил, ни воли быть мудрым и счастливым, тогда надо опираться на всех, а окружающим быть тактично милосердным. Может быть, в этом прочитанная книга кому-то поможет.

Как? Стандартных конкретных рецептов нет, всякий раз и стратегия, и тактика нахождения себя среди других и обретения душевного покоя собственные, строго индивидуальные. Надо лишь чувствовать, думать и решать в соответствии с совестью, не во вред другим ради собственной выгоды. Только в этом случае возможна счастливая жизнь каждого наедине, но и со всеми вместе, жизнь без помощи врача-психиатра, компетенция которого нужна прежде всего больным людям.



## СОДЕРЖАНИЕ

От автора . . . . .	3
Внимательно посмотрите вокруг... . . . .	8
Как мы мыслим и действуем . . . . .	24
Никто пути пройденного у нас не отберет (Вижу... чувст- вую... и все помню) . . . . .	29
Где обитает душа . . . . .	50
Бодрствование и сон . . . . .	62
Поведение осознанное и внушенное . . . . .	71
Психическое здоровье — безумие. Где граница? . . . .	76
Психиатр — врач, судья, священник? . . . . .	106
Характер . . . . .	130
Возбуждение . . . . .	140
Психическая защита . . . . .	144
Когда человеку страшно . . . . .	148
Неврастения, истерия и другие невротические расстройства (Пограничные состояния) . . . . .	159
Симптом — синдром — болезнь . . . . .	180
Диагноз . . . . .	195
Почему возникает болезненное безумие . . . . .	202
Не быть первым! . . . . .	214
Маленькое заключение . . . . .	222

*Александровский Юрий Анатольевич*

### ПОЗНАЙ И ПРЕОДОЛЕЙ СЕБЯ

(Наедине со всеми...)

Зав. редакцией *А. И. Зайченко*. Редактор *Г. В. Гольдина*. Младший редактор *И. П. Трубникова*. Художник *Н. И. Дутова*. Художественный редактор *А. П. Ерасов*. Технический редактор *Н. Д. Корובהа*. Корректор *З. А. Бетева*.

ИБ № 3394. Сдано в набор 11.10.91. Подп. в печать 27.01.92. Формат 70×108<sup>1/32</sup>. Бумага кн.-журн. Гарнитура обыкновенная. Печать высокая. Усл. печ. л. 9,80. Усл. кр.-отт. 10,22. Уч.-изд. л. 10,45. Тираж 80 000 экз. Заказ 640. «С»-030. Ордена Трудового Красного Знамени ИПО ВКП Профиздат, 101000, Москва, ул. Мясницкая, 13.

Типография ИПО ВКП Профиздат, 109044, Москва, Крутицкий вал, 18.

Ю. А. АЛЕКСАНДРОВСКИЙ

# ПОЗНАЙ И ПРЕОДОЛЕЙ СЕБЯ

