

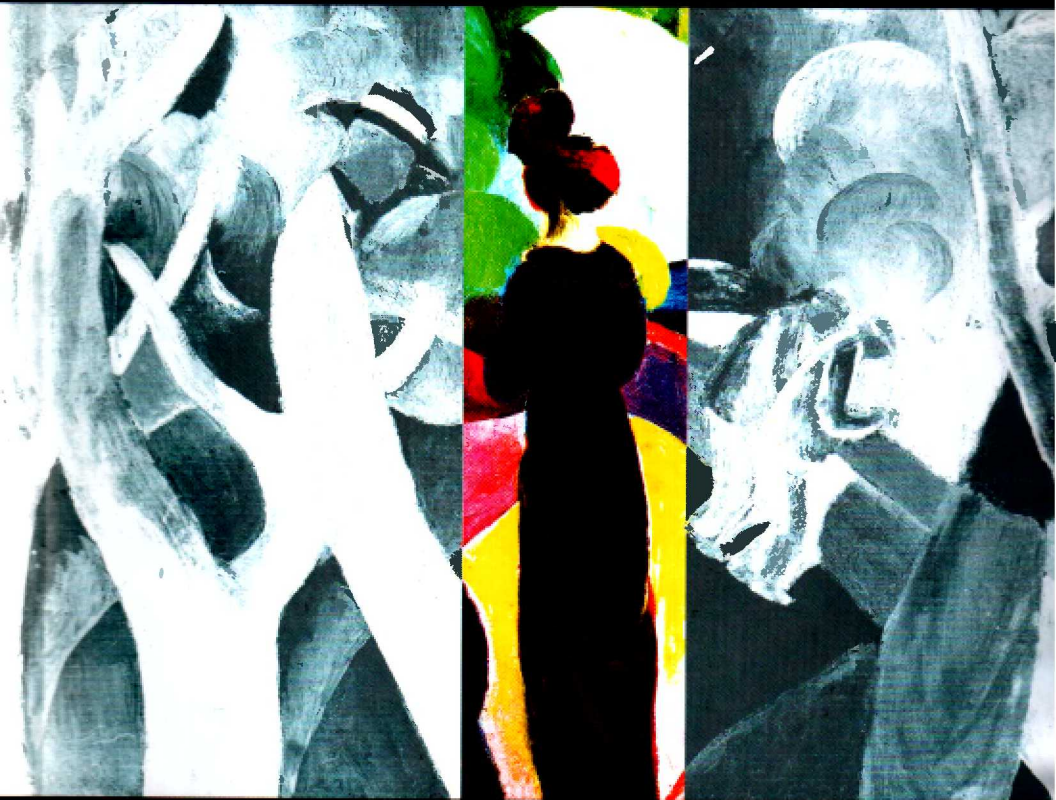
3368127

Томас Хэнел

ДЕПРЕССИЯ

ИЛИ

ЖИЗНЬ С ДАМОЙ В ЧЕРНОМ



Депрессия подобна даме в черном. Если она пришла, не гони ее прочь, а пригласи к столу, как гостью, и послушай то, о чем она намерена сказать.

Карл Густав Юнг

 ПИТЕР

Депрессия, или Жизнь с дамой в черном

Thomas Haenel

Depression

Leben mit der schwarz gekleideten Dame

Томас Хэнел

ДЕПРЕССИЯ, ИЛИ ЖИЗНЬ С ДАМОЙ В ЧЕРНОМ

Перевод с немецкого под редакцией
профессора А. А. Александрова



Москва · Санкт-Петербург · Нижний Новгород · Воронеж
Ростов-на-Дону · Екатеринбург · Самара · Новосибирск
Киев · Харьков · Минск

2009

ББК 88.48
УДК 615.851

Томас Хэнел

Депрессия, или Жизнь с дамой в черном

Перевела с немецкого Т. Смолянская

Заведующий редакцией
Ведущий редактор
Выпускающий редактор
Научный редактор
Технический редактор
Литературный редактор
Художник
Верстка
Корректоры

*П. Алесов
Е. Румановская
Е. Маслова
А. Александров
А. Полянский
Т. Белова
К. Радзевич
А. Полянский
Н. Баталова, Л. Ванькаева*

Хэнел Т.

X99 Депрессия, или Жизнь с дамой в черном / Пер. с нем. — СПб.: Питер, 2009. — 208 с.: ил.

ISBN 978-5-49807-196-1

В книге известного швейцарского специалиста Томаса Хэнела описаны все формы депрессии, а также методы диагностики и коррекции. Особое внимание уделено маниакально-депрессивному психозу, депрессии ларвированной, сезонной, анаклитической, сталкингу, ностальгии и синдрому хронической усталости.

Книга представляет собой краткое пособие для психотерапевтов, психиатров, клинических психологов, а также студентов профильных вузовских факультетов.

© Spektrum Akademischer Verlag Heidelberg 2008

Spektrum Akademischer Verlag ist ein Imprint von Springer

© Перевод на русский язык ООО «Лидер», 2009

© Издание на русском языке, оформление ООО «Лидер», 2009

Права на издание получены по соглашению с Spektrum Akademischer Verlag Heidelberg.

Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в какой бы то ни было форме без письменного разрешения владельцев авторских прав.

ISBN 978-5-49807-196-1

ISBN 978-3-8274-2013-8 (нем.)

ООО «Лидер», 194044, Санкт-Петербург, Б. Сампсониевский пр., д. 29а.

Налоговая льгота – общероссийский классификатор продукции ОК 005-93, том 2;
95 3005 – литература учебная.

Подписано в печать 19.05.09. Формат 60×90/16. Усл. п. л. 13. Тираж 2500 экз.

Заказ № 939.

Отпечатано с готовых диапозитивов в ООО «Типография Правда 1906».

195299, Санкт-Петербург, Киришская ул., 2.

Тел.: (812) 531-20-00, 531-25-55

Содержание

Предисловие к русскому изданию	7
1 Вводные замечания	11
2 Что такое депрессия?	15
3 Маниакально–депрессивный психоз — резкая перемена настроения	23
4 Скрытая депрессия	29
5 Выгорание — явление моды?	33
Как проявляется выгорание?	35
Моббинг	36
Частота возникновения симптома выгорания	37
Что можно сделать?	38
Пример из практики	40
6 Синдром хронической усталости — существует ли он? . .	43
7 Тоска по родине, или ностальгия	49
8 Сталкинг — явление времени	55
9 Дородовая и послеродовая депрессия у женщин	65
10 Что представляет собой анаклитическая депрессия? . . .	75
11 Люди, которые кончают жизнь самоубийством	83

12	Сезонные депрессии	95
13	Посттравматическое стрессовое расстройство (ПСТР) . .	101
14	Существует ли связь между депрессией и болезнями сердца?	111
15	Депрессия и склонность к суициду у врачей и психотерапевтов	119
16	Предубеждения против больных депрессией и психотерапевтов	127
	Предубеждение против психиатрических больниц и психиатрии	128
	Предубеждение против депрессии и людей, страдающих депрессией . .	130
	Предубеждение против психотерапевтов и психотерапии	131
	Предубеждение против фармакотерапии	135
	Предубеждения религиозных людей против психиатрии и депрессии . . .	137
	Как бороться с предрассудками?	140
17	Психотерапия	143
18	Психофармакотерапия	153
19	Как действуют антидепрессанты?	167
20	Другие виды лечения	177
	Электросудорожная терапия	178
	Фитотерапия (растительные средства)	180
	Транскраниальная магнитная стимуляция (ТМС)	182
	Стимуляция блуждающего нерва	182
	Лишение сна	183
	Акупунктура	184
	Масляные ванны	184
	Другие формы терапии	185
21	Профилактические меры и общение родственников и друзей с больным	189
	Список литературы	199

Предисловие к русскому изданию

Депрессию наряду со СПИДом и наркоманией образно именуют «болезнью третьего тысячелетия». Психиатры традиционно разделяют депрессии на эндогенные (возникающие вследствие церебральных нарушений и аномалий конституции) и психогенные (вследствие психических травм). Именно за счет последних в силу возрастающего влияния разрушительных стрессовых факторов на личность человека отмечается постоянный рост депрессий в индустриально-развитых странах. Практически каждый человек, достигший зрелого возраста, хотя бы раз в жизни переносил депрессивный эпизод. Ситуация осложняется тем, что депрессия нередко является причиной совершения попыток к самоубийству. Если больные эндогенными депрессиями, такими как маниакально-депрессивный психоз, нуждаются в длительном лечении в психиатрических больницах, то многие пациенты, страдающие более легкими психогенными депрессиями, а также другими расстройствами (чаще всего неврозами), при которых депрессивный синдром является лишь одним из элементов общей структуры заболевания, нуждаются в амбулаторном лечении у психотерапевтов или врачей общей практики. В 1970-х гг. Пауль Кильхольц открыл интересное явление: оказалось, что депрессия может скрываться под маской различных соматических симптомов — так называемая скрытая (ларвиро-

ванная), или замаскированная, депрессия. Это создает дополнительные трудности в правильной диагностике и своевременном и адекватном лечении, тем более что такие больные обращаются за помощью не к психиатрам или психотерапевтам, знакомым с этой патологией, а, естественно, к врачам общей практики.

В своей книге «Депрессия, или Жизнь с дамой в черном» Томас Хэнел — профессор психиатрии и практикующий психиатр и психотерапевт — общедоступным языком рассказывает о различных формах депрессии. Помимо маниакально-депрессивного психоза и ларвированной депрессии приводится описание так называемой анаклитической депрессии, известной только специалистам, которая встречается у грудных детей, отлученных от матерей и длительное время без эмоциональных связей пребывающих в приютах. Дается описание сезонных депрессий (возникающих в темное время года) и их лечение с помощью световых лучей; депрессий у женщин после родов, которые по статистике отмечаются в 10–15% случаев, в то время как более известные послеродовые психозы — очень редко (1–2 промилле). Помимо собственно депрессивных автор рассматривает различные состояния, связанные в той или иной мере с депрессией: тоска по дому и ностальгия; stalking (от англ. *stalking* — «подкрадываться к дичи, охотиться») — злонамеренное преследование и угрозы в адрес человека, который не желает иметь никаких контактов с преследователем. В настоящее время феномен получает все большее распространение и не ограничивается охотой за кинозвездами или известными спортсменами, в связи с чем глава называется: «Сталкинг — явление времени». «Синдром хронической усталости — существует ли он?» так называется еще одна глава. Уже из названия понятно, что автор ставит под сомнение правомерность выделения такого синдрома и в каждом случае хронической усталости с ухудшением самочувствия (что и составляет основу данного синдрома) рекомендует тщательное обследование с целью исключения какого-либо соматического заболевания или вирусной инфекции. Правомерность выделения этого синдрома оспаривается большинством авторов. Собственно говоря, основанием для его выделения в качестве самостоятельного заболевания служит лишь указание на то, что «часто этой болезни предшествует инфекция или другая болезнь». Трудно сказать что-либо в отношении вирусной инфекции, которая в виде насморка является сопровождением всей

нашей жизни, но то, что в описании этого синдрома прослеживаются все признаки классического неврастенического синдрома, не вызывает сомнений. Хорошо известно, что неврастенический синдром вызывается психогенными, соматогенными или инфекционными факторами. Столь же сомнительно выделение еще одного синдрома, вошедшего в обиход так же, как и предыдущий, с легкой руки заокеанских ученых. Он описывается автором в главе под названием «Выгорание — явление моды?». Думаю, что вопросительный знак здесь не уместен. В этом синдроме налицо весь набор симптомов, характеризующих классическую неврастению с ее клиническими фазами — первоначального возбуждения (гиперстеническая фаза) и последующего истощения (гипостеническая фаза), а также указание на типичные для возникновения неврастении психогенные факторы (наиболее распространенные — стресс, связанный с работой, и внутренний конфликт в сфере производственных отношений). Столь же мало оснований рассматривать «посттравматическое стрессовое расстройство» в рамках депрессии. Само название говорит за себя — «стрессовое расстройство». Этот синдром был описан в США у солдат, вернувшихся домой после войны во Вьетнаме. Его специфика заключается в навязчивом всплывании в сознании ярких воспоминаний о пережитых трагических событиях — «картинок», которые преследуют пострадавшего на протяжении длительного времени. Синдром встречается на самом деле крайне редко, на что указывают отечественные исследователи, однако широкое использование острых сюжетов с психологической подоплекой кинематографом, для которого такой синдром оказался просто подарком, способствовал внедрению этого синдрома в общественное сознание и злоупотребление им в среде психологов и психотерапевтов.

Некоторые вопросы, поднимаемые автором, найдут живой отклик у специалистов, а именно главы «Депрессия и склонность к суициду у врачей и психотерапевтов», «Предубеждения против больных депрессией и психотерапевтов». Достаточно внимания уделяется автором вопросам психофармакологии, в частности механизмам действия антидепрессантов. Стоит заметить, что автор, детально излагая серотониновую теорию депрессий и называя ее «широко известной и самой распространенной», не упоминает ее авторов. Одним из пионеров в этой области в самом начале 1970-х гг. был наш соотечественник И. П. Лапин и возглавляемая им исследова-

тельская группа в Ленинградском научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В. М. Бехтерева.

Наряду с психофармакотерапией рассматриваются возможности психотерапии, прежде всего когнитивно-поведенческой и групповой, а также другие методы лечения, среди которых электросудорожная терапия расценивается как наиболее эффективная.

Книга не лишена изящества, изобилует выдержками из художественной литературы, поэзии, изукрашена блестящими афоризмами. Ее можно рассматривать как своеобразный справочник «Все о депрессии...», необходимый для студентов-медиков, интернов, молодых психиатров, психотерапевтов, психологов, врачей общей практики и представителей смежных специальностей.

*Профессор, доктор медицинских наук,
заведующий кафедрой медицинской психологии СПбМАПО
А. А. Александров*

1

Вводные замечания

Депрессия подобна даме в черном. Если она пришла, не гони ее прочь, а пригласи к столу, как гостью, и послушай то, о чем она намерена сказать.

Карл Густав Юнг

Никогда прежде не говорили так много о депрессии, никогда еще это понятие не было настолько в центре общественного внимания, как сегодня. Такое положение вещей тем более примечательно, что представление об этой болезни, ее симптоматика известны издавна, с незапамятных времен — по-видимому, с тех пор, как существует человечество. Понятие «депрессия» восходит к латинскому *deprimere* (подавлять). В более ранние времена чаще говорили о меланхолии. Лишь начиная с XIX в. понятие «меланхолия» стало приблизительно соответствовать современному понятию «депрессия». Примерно со второй половины XX в., с началом эры психофармакологии, появилась возможность успешно лечить депрессии. Ранее приходилось пользоваться другими средствами и методами. Так, например, в эпоху Возрождения для лечения этой болезни рекомендовалась особая диета: постное мясо, свежие яйца, пресноводная рыба (так как она живет в прозрачной воде и легко переваривается). Из фруктов особо выделяли виноград. В течение долгих столетий курс лечения виноградом был излюбленным способом лечения депрессий

[49, 134]. Этот способ на самом деле действенен, поскольку сахар имеет особое значение для нашего самочувствия. Иногда пациенты, страдающие легкими депрессивными расстройствами, рассказывают, что им на некоторое время помогает черный шоколад, — поев его, они чувствуют себя лучше. Сахар воздействует на те же части головного мозга, что и опийные препараты, хотя и слабее. Потребление сахара и сладостей регистрируется в мозгу как приятное ощущение. То же самое происходит с нейромедиатором — серотонином, о котором пойдет речь в главе 18 «Психофармакотерапия». Сахар способствует увеличению количества серотонина в мозгу, и с этой точки зрения можно было бы сказать, что сахар оказывает некоторое антидепрессивное воздействие. Если выразиться несколько упрощенно, то можно сказать, что в случае депрессии имеет место дефицит серотонина в мозгу [75]. В XVII и XVIII вв. снова стали увлекаться лечением музыкой, которое было известно и применялось еще в стародавние времена против депрессии. В XIX в. стали рекомендовать опиум для лечения депрессии, вплоть до середины XX в.

Депрессия не щадит никого: ею страдают и бедные, и богатые, умные и не очень, крестьяне и дворяне. Депрессии встречаются во всех странах мира и не являются чем-то характерным для западной цивилизации.

Депрессия переживается очень мучительно, и можно с полным основанием считать, что с субъективной точки зрения она представляет собой самую тяжелую болезнь, какой вообще может страдать человек. Художники нередко и весьма выразительно изображают эту болезнь. Я хочу назвать в качестве примера картину Арнольда Бёклина «Меланхолия». На ней изображена молодая печальная женщина, сидящая на фоне яркого пейзажа. В руках у нее зеркало, в котором все отражается в темном и мрачном свете. Женщина не видит красочного окружения, не обращает на него внимания, устремив взгляд только в зеркало. В этой картине очень точно отражено состояние человека в депрессии [55, с. 57]. Многие художники клинически точно воспроизводят позу человека в состоянии депрессии. Часто изображаются сидящие люди, опустившие голову на руки. Голова наклонена вперед, плечи опущены, как будто у человека нет сил поднять голову. Нередко изображается и согбенная спина, что еще лучше отображает всю ситуацию [109].

Депрессии встречаются очень часто. Это вообще самое распространенное психическое заболевание. Оно сопровождается ощущением страха, иногда проявляющегося одновременно с депрессией. Большое исследование, проведенное в шести странах Европейского союза и охватившее 22 000 человек, показало, что 25% европейцев старше 18 лет по крайней мере один раз в жизни страдали психическим расстройством (часто это бывает именно депрессия) [56]. К сожалению, депрессии и заболевания, связанные со страхом, врачи нередко не распознают своевременно. Поэтому больные не получают никакого лечения либо лечение их отнюдь не оптимально. Правда, в последние годы семейные врачи стали более внимательно и более заинтересованно относиться к людям, страдающим депрессией. Многие люди, страдающие депрессией, не обращаются к врачу. Упомянутое выше исследование показало, что 63% опрошенных, страдающих депрессией, и 74% опрошенных, имеющих нарушения, связанные с чувством страха, за последние 12 месяцев не обращались к врачам, несмотря на большие страдания. Лишь небольшое число страдающих депрессией — 12% — получили лечение, которое можно считать адекватным (сочетание медикаментов и психотерапии). Несмотря на разъяснительную работу, многие люди с симптомами депрессии все еще не решаются обратиться к врачам и говорить о своем недомогании. До сих пор еще существует глубоко укоренившееся убеждение, что к этому заболеванию следует подходить жестко и с требованием дисциплины. Но депрессия — это не только мучительное заболевание. Оно может стать особенно опасным при появлении мыслей о самоубийстве и соответствующих импульсов. Риск самоубийства у больных депрессией наиболее значителен. Невзгоды повседневной жизни имеют у них драматический характер. Кроме того, депрессия может привести к преждевременной смерти и без попыток суицида, поскольку она замедляет и ухудшает процесс лечения других болезней [56, с. 13].

Приписываемое К. Г. Юнгу высказывание (хотя весьма сомнительно, что оно действительно ему принадлежит), которое мы поставили в качестве эпиграфа к этой главе, можно понимать по-разному. Во-первых, это значит, что «даму в черном» надо принимать всерьез, ее нельзя прогонять или игнорировать. Во-вторых, это значит, что необходимо обсуждение и проникновение в суть самого явления депрессии. Депрессия может стать вехой, поворотным пунк-

том в личной жизни человека. Она может послужить сигналом к тому, чтобы что-то изменить, подойти к жизни иначе, чем раньше, до этого момента. Конечно, такая дискуссия невозможна, пока депрессия сильна, пока она сидит глубоко. Однако позже, когда наступит просветление, обсуждение болезни будет необходимой и разумной обязанностью, от которой никто не должен даже пытаться уклониться.

Я понимаю, что существует множество хороших книг, посвященных депрессии. Предлагаемая работа имеет целью показать многогранность и многоликость депрессии. Этот аспект в большинстве соответствующих произведений освещается либо мимоходом, либо вообще не упоминается. В качестве примера можно привести синдром хронической усталости, маниакально-депрессивный психоз, stalking (*stalking*), дородовые и послеродовые депрессии, сезонные депрессии, посттравматическое стрессовое расстройство. Я не ставлю перед собой задачу дать всеобъемлющую исчерпывающую информацию о депрессии — ограниченный объем данной книги не дает такой возможности. Цель данной работы — дать общий обзор темы «депрессия» и выделить те аспекты, которые в других работах либо вовсе не упоминаются, либо освещаются недостаточно, хотя они относятся к этой теме. В качестве примера можно привести главу 16 «Предубеждение против больных депрессией и против психотерапевтов». Также среди методов лечения в данной книге освещаются такие, которые в книгах для неспециалистов не упоминаются. Я считал также важным приводить примеры, чтобы установить связь с лечебной практикой.

Главы книги можно читать и по отдельности, поскольку каждая из них представляет собой законченное целое. Если предлагаемая книга хотя бы немногим людям поможет распознать свою болезнь и заняться ее эффективным лечением, то моя цель будет достигнута.

В моем тексте не всегда соблюдается «гендерный нейтралитет». Я часто использовал форму мужского рода, а форму женского рода — гораздо реже. Дело в том, что в противном случае процесс чтения нарушается и затрудняется. Искусственные попытки «гендерного нейтралитета» меня не убеждают.

2

Что такое депрессия?

Лечению боги предпослали пот установления диагноза.

Многие не имеют ясного понятия о том, что действительно означает депрессия и что ее характеризует. В повседневной речи это понятие употребляется двусмысленно и отчасти неверно. Недавно в телепередаче «Кто станет миллионером?», которая всем хорошо известна, ее ведущий Гюнтер Яух, обращаясь к участнице игры, не знавшей правильного ответа и сделавшей кислую мину, сказал: «Не впадайте сразу в депрессию!» Он имел в виду, что она не должна падать духом, так как у нее по-прежнему оставался джокер. Однако депрессия — это что-то совсем другое. Это состояние, которое длится не короткое время, а тянется недели и месяцы. В состоянии депрессии люди всегда печальны, они не могут радоваться, для них принятие любого решения становится грандиозной проблемой, их мысли постоянно полны пессимизма, изменяется их психомоторика. Страдающие депрессией люди все видят как бы сквозь темные очки, у них искаженное восприятие внешнего мира, а внутри они чувствуют пустоту. Ощущение своей ценности у них практически полностью отсутствует. Даже незначительные намерения и дела, выполнение которых раньше не требовало никаких усилий, вырастают до уровня неразрешимых проблем и непреодолимых трудностей. Так, например, некоторые пациенты рассказывают, что они не могут

смотреть и слушать новости по телевизору, так как многие негативные сообщения для них невыносимы, очень их ранят, потому что они, образно говоря, стали очень тонкокожими. Любая малейшая трудность или необходимость может вызвать отвращение, беспомощность и бессилие. Даже выполнение скромных повседневных задач дается им с трудом или не делается вовсе. Некоторые люди жалуются на свою «бесчувственность»: например, они не могут плакать, несмотря на состояние глубокой депрессии. Окружающие часто неверно интерпретируют это состояние.

Когда самочувствие улучшается и человек снова обретает способность плакать, это неверно истолковывается как ухудшение состояния, хотя это может быть признаком улучшения. В картину депрессивного состояния, как правило, вписывается также бессонница, которая нередко сочетается с потерей аппетита и утратой сексуального влечения, а также с другими сексуальными нарушениями. Кроме того, воспоминания у больного депрессией сосредоточены на отрицательных переживаниях.

Часто совершенно изменяется психомоторика по сравнению с тем, что было раньше. Больные депрессией либо беспокойно расхаживают туда-сюда, либо уединяются и почти не двигаются. У них возникает ощущение, что их существование бессмысленно. Нарциссическая пустота ведет к тому, что депрессивное состояние может стать мучительной болезнью [55].

Дополнительным угнетающим фактором при депрессии нередко является неопределенное чувство страха, что усиливает мучительность этого состояния. Иногда возникновение страха предшествует наступлению депрессии. Нарушения, проявляющиеся в маниакальной боязни чего-либо, принадлежат к весьма распространенным психиатрическим заболеваниям. Врачи общего профиля часто их не замечают или ставят неправильный диагноз и часто объединяют их с депрессивными нарушениями. К нарушениям, проявляющимся в чувстве страха, которые мы в рамках данного изложения не можем рассматривать отдельно, относятся панические атаки, различные фобии, а также генерализованный страх. Следует упомянуть такую разновидность чувства страха, как посттравматическое стрессовое расстройство, которому посвящена глава 13 данной книги. Возрастной риск возникновения заболевания, связанного с чув-

ством страха, составляет приблизительно 20% (превалирующий возраст). У половины числа людей, подверженных названному заболеванию, оно проявляется до 18 лет [151]. Согласно результатам исследования, проведенного в Европе, из 100 пациентов, страдающих чувством страха, лишь 26 обращаются к врачу, причем из них 6 человек не получают адекватного лечения [151].

Сегодня депрессию диагностируют чаще, чем раньше. Это объясняется не только тем, что за последние десятилетия были достигнуты большие успехи в исследовании депрессии, но также тем, что сегодня соответствующие пациенты более склонны к лечению, чем прежде. Правда, в первую очередь это происходит благодаря семейным врачам, так как таких пациентов они принимают первыми, раньше других врачей. Особенно возросло число случаев психогенной депрессии, т. е. тех, которые можно охарактеризовать как обусловленные внешней средой. Остальные формы депрессии встречаются приблизительно с одинаковой частотой в разные промежутки времени — например, такие, которые раньше назывались эндогенными, основанными на наследственной предрасположенности, а также органически обусловленные формы депрессии, возникающие вследствие соматических заболеваний. В отношении роста количества случаев психогенной депрессии можно привести различные причины: например, возрастающее психологическое давление на рабочем месте, угроза безработицы, а также слишком быстрые изменения семейных и общественных структур, окружающей среды.

Неспециалистам часто бывает трудно отличить скорбь от депрессии. В чем здесь заключаются различия? Конечно, существуют переходы, нечеткие промежуточные зоны между скорбью и депрессией. Иногда бывает очень трудно их разграничить и четко определить, видим ли мы перед собой скорбящего человека или человека в состоянии депрессии. Все же здесь речь идет о двух принципиально различных состояниях. В то время как скорбь — это феномен нормальной психологии, в случае депрессии речь идет о болезненном явлении. Скорбь — это состояние, в котором выпавшее на долю человека несчастье «перерабатывается» чувствами (говорят ведь о «работе» скорби). Существенным различием является, например, то, что от скорби человека можно отвлечь, что он может иногда и рассмеяться. Подобное почти или вовсе невозможно, если человек на-

ходится в состоянии депрессии. Это можно наблюдать после похорон, когда скорбящее сообщество собирается на поминках. Во время такой совместной трапезы настроение чаще всего не бывает плохим. К концу трапезы можно заметить, что многие успевают повеселеть и начинают о чем-то спорить. Дело в том, что на прощальное торжество собрались печальные люди, а не люди в состоянии депрессии. После похорон, после окончательного прощания с родственником или другом люди лишней раз осознают собственную смертность, но чувствуют также, что впереди еще есть какое-то время, которое надо использовать и которому еще можно порадоваться. Приходит осознание того, что они не одни и что жизнь продолжается [55].

Несмотря ни на что, неправильно оценивать сущность депрессии только негативно. Психиатр из Нью-Йорка Фредерик Флах (Frederik Flach) назвал одну из своих книг «Депрессия как жизненный шанс». Также и Носрат Пезешкян (Nosrat Peseschkian), который развил «позитивную психотерапию», видит в депрессии не только негатив, но и возможность что-то в жизни изменить и улучшить. Дискуссия с самим собой, желание понять, что мы собой представляем, интроспекция — все это важные шаги, которые следовало бы сделать в курсе психотерапии. Для того чтобы осознать свое, возможно, неправильное поведение, необходимо критическое обсуждение с самим собой. Предпосылкой этого является воля, на которую человек не способен в острой фазе депрессии, однако позднее, когда депрессия схлынет, это станет возможным. В этой связи я хотел бы подчеркнуть, что вообще депрессия хорошо поддается лечению. В большинстве случаев для этого необходимы не только беседы с психотерапевтом, но также лечение с помощью лекарств-антидепрессантов, которые позитивно воздействуют на обмен веществ в мозгу. Употребление этих медикаментов нередко приводит вскоре к заметному улучшению настроения — и тем самым поддерживается лечение психотерапевтическое.

Существует множество разъяснительных моделей, освещающих процесс возникновения депрессии. Так, например, многие психоаналитики считают типичным случаем больного депрессией — человека, «жаждущего любви». Тот, кто находится в этом состоянии, чувствует неудовлетворение, пустоту, если он лишен согревающего

самоощущения. У больного депрессией отсутствует нарциссическое сексуальное влечение. Он не может перенести чувство собственной ценности (нарциссизм) ни на собственное Я, ни на свое супер-Эго (совесть). Свое Я он переживает как нечто чужое, а супер-Эго — как строгое, жестокое и слишком требовательное. Совершенно ясно, что такая ситуация может привести к попыткам самоубийства, так как Я не испытывает любви к себе, а супер-Эго воспринимается только как наказующее. Для того чтобы иметь возможность жить хоть в какой-то мере без затруднений и недугов, человек должен быть в состоянии нарциссически освоить свое тело. Вегетативные недомогания и боли, появляющиеся во время депрессии, свидетельствуют о том, что организм нуждается в нарциссическом тепле, которого он лишен [17, с. 21–22].

Что вызывает депрессию в каждом отдельном случае, часто трудно определить. Здесь всегда необходим индивидуальный подход. В принципе мы знаем, что депрессия связана с нарушением обмена веществ в мозгу и что на начальной стадии депрессии моменты индивидуальной психологии могут иметь значение и даже играть решающую роль. Но в этой болезни необходимо учитывать также наследственную предрасположенность к ней. Возможность, что человек отреагирует на определенные факторы и переживания депрессивно, предопределена генетически. Правда, следует исходить из того, что в определенных обстоятельствах любой человек может отреагировать депрессией. Однако индивидуальная высота «порога» у всех людей разная. Такие вещества, как амфетамин и кокаин, являющиеся стимуляторами центрального действия, уменьшают способность мозга воспринимать серотонин. Это может привести к самоубийству.

Несколько лет назад в Германии была осуществлена программа, направленная на предупреждение возникновения депрессии. Была поставлена задача улучшения медицинского обслуживания людей, страдающих депрессией. Это — «Нюрнбергский союз против депрессий». Проект начал действовать в 2001 г. в Нюрнберге. Была поставлена цель лучше реализовать возможности лечения благодаря интенсивному привлечению внимания общественности к теме депрессии, а также путем сотрудничества с домашними врачами и другими профессиональными группами — такими, как, например, священники

и учителя [5]. Результаты можно видеть: через два года в Нюрнберге число самоубийств и попыток самоубийства снизилось на 25%. Этот успех позволил расширить проект. Тем временем возникло более 35 местных центров борьбы против депрессии [25]. Недавно подобный проект начал действовать и в Швейцарии, хотя и в более узких рамках [95]. В качестве пилотного региона для такого центра в Швейцарии в 2003 г. выбрали кантон Цуг. В принципе план создания этого союза формулировался следующим образом: «Предотвращение самоубийств с помощью предупреждения депрессии».

В последние годы справедливо уделяется много внимания гендерным различиям при возникновении депрессии. Хотя в целом частота психических заболеваний у мужчин и женщин приблизительно одинакова, все же у женщин депрессия встречается чаще, чем у мужчин. Чувства собственной малоценности, никчемности и вины встречаются у женщин чаще, чем у мужчин. Потребность в алкоголе у страдающих депрессией мужчин гораздо более выражена, чем у страдающих депрессией женщин. Гораздо типичнее для мужчин иметь постоянный столик в кафе, выполняющий функцию «группы взаимопомощи». Тот факт, что в случае депрессии мужчины реально чаще посещают группы взаимопомощи, чем женщины, показывает, что стратегия преодоления болезни у мужчин не такая, как у женщин. Известно, что у мужчин причиной, способной спровоцировать депрессию, скорее становятся финансовые проблемы, а у женщин чаще — семейные неурядицы. Почему депрессия чаще встречается у женщин, чем у мужчин, — это вопрос, вызывающий активные споры и разногласия. Во-первых, подлежат обсуждению гормональные факторы. Во-вторых, обсуждаются также многочисленные факторы, вызывающие угнетенное состояние из-за обстоятельств в семье и на работе. Кроме того, можно задаться и таким вопросом: действительно ли женщины заболевают чаще, чем мужчины, либо же мужчины лучше умеют скрывать или вытеснять такое состояние. Или же просто они не обращают внимания и игнорируют его.

Возможно, вследствие такого отношения мужчины вообще не обращаются к врачам и не лечатся. Окончательные ответы на все эти вопросы пока еще не найдены. Наверняка как у мужчин, так и у женщин решающую роль играют и генетические, и психосоциальные факторы, а также стиль воспитания. Либо, говоря более три-

виально, «и мужчины — другие, и женщины — тоже» (как сказано в бестселлере Джона Грэя).

Итак, возникновение депрессии является результатом многозначного взаимодействия, составляющими которого являются: предрасположенность, биографический опыт, физическое состояние и социальное положение. Депрессия широко распространена среди населения, и гораздо чаще встречается у пожилых людей [44, с. 95]. Новейшие исследования указывают на то, что безработица также способствует росту числа случаев заболевания депрессией. Депрессия — вообще самое распространенное психическое заболевание, и она всего опаснее для жизни из-за угрозы осуществления самоубийств: 3–4% больных депрессией умирают, наложив на себя руки [159, с. 300]. Особенно велика угроза самоубийства для тех людей, которые страдают маниакально-депрессивным психозом. Об этом пойдет речь в следующей главе.

Резюме

Сущность депрессии можно определить и выявить ее отличие от реакции скорби. Депрессия — часто встречающееся психическое заболевание, а также и очень опасное из-за угрозы самоубийства. Хотя субъективно депрессия переживается как тяжелейшее заболевание, не следует забывать и о позитивном моменте: она дает возможность и шанс разобраться в своей болезни, что-то изменить и улучшить в своей жизни с помощью интроспекции, которая становится возможной в процессе психотерапии (в смысле конфронтации с самим собой). Это возможно лишь в случае, когда депрессия идет на убыль.

З

Маниакально– депрессивный психоз — резкая перемена настроения

То неистово ликуя, то до смерти печальсь.

Гёте, «Эгмонт»

Специалисты говорят не только о депрессии или о депрессивной картине состояния, диагностируемого у пациента, но также о фазах или соответствующих депрессивных эпизодах или нарушениях. Так, формулируется мысль, что депрессии имеют тенденцию повторяться и что нередко они неоднократно проявляются в жизни конкретного человека. Для врача и психотерапевта лечение депрессии — это, как правило, вызов. Однако дело еще более осложняется и драматизируется, если появляются маниакальные эпизоды.

Симптомом маниакального состояния является радостное, эйфорическое основное настроение («небесный восторг»), а иногда настроение бывает раздраженным и подавленным. В разговоре человек «перескакивает» с одного на другое, т. е. все время возникает

новая тема, причем к первоначальному вопросу, обсуждение которого отнюдь не было закончено, уже не возвращаются («ускользание мыслей»). Можно заметить также психомоторное возбуждение, приводящее к усиленной активности. Больные чувствуют себя полными энергии, они уже почти не ощущают потребности во сне. Они могут всю ночь работать или праздновать, не чувствуя усталости. Они — неутомимы, успокаиваются с трудом, а с окружающими обращаются фамиллярно, не соблюдая дистанции. В данном случае самоуверенность и самооценка заметно завышены. Самокритика практически отсутствует. У человека могут появиться мысли о собственном величии, о том, что он способен перевернуть весь мир. Такая жажда деятельности (aktivismus) нередко сочетается с неумеренными тратами — будь то бесполезные покупки или шумные празднества со знакомыми. Как всё в случае мании, покупки также безмерны и преувеличенно дороги. Человек покупает не одну пару обуви, а двадцать. Или он покупает предмет роскоши, который в нормальном состоянии никогда бы не купил. Тормозной порог в различных видах деятельности весьма занижен. Так, например, человек может пуститься на сексуальные авантюры, допускать легкомысленные выходки, знакомиться со всеми людьми без разбора, некритично.

Из сказанного следует, что мания гораздо труднее поддается лечению, чем депрессия, поскольку также люди не осознают свою болезнь, а, напротив, чувствуют себя прекрасно, в хорошей форме, здоровыми «как никогда раньше». Поэтому иногда бывает совершенно необходимо направлять такого пациента в клинику, в некоторых случаях даже насильно. Такие больные нередко вступают в конфликт с полицией. Иногда на врача оказывают давление родственники, явно надеясь, что «наконец что-то должно быть сделано». Они ожидают, что психиатр в любом случае должен поместить пациента в клинику. Также притязания со стороны родственников отнюдь не всегда вполне бескорыстны, поскольку они нередко имеют основания опасаться, что могут потерпеть финансовые убытки или даже будут вынуждены платить долги, когда маниакальный родственник станет щедро обеими руками тратить деньги.

Как главного врача психиатрической клиники меня однажды вызвали к маниакальному пациенту хирургического отделения од-

ной частной клиники, так как он вел себя на отделении почти невыносимо. Пациент перенес тяжелую хирургическую операцию и должен был лежать в постели. Но этот мужчина примерно пятидесяти лет целый день говорил по телефону, а также настаивал, чтобы в его комнате постоянно находились два-три человека, которых он то и дело посылал делать для него покупки. При этом отказывался брать сдачу в 100 евро, говоря так: «Можете оставить эти деньги себе. Для вас это, может быть, и много, а для меня это пустяк». На одном из стульев в его комнате лежала большая сырная голова диаметром с полметра.

Ночью пациент не спал и так громко распевал арии, что пришлось перевести в другое место пациентов из соседней палаты. Когда я вошел к нему в комнату, то некоторое время наблюдал за его деятельностью, а затем заговорил. Я представился как психиатр, о визите которого он был предупрежден заранее. Он стал громко кричать, что я, наверно, считаю, что он маньяк, но что это не так, что он всегда так активен и это его обычный образ жизни. До настоящего разговора, собственно, так и не дошло, так как пациент очень легко отвлекался от беседы. Он вел телефонные разговоры, принимал посетителей и не имел никакого желания беседовать со мной. С великим трудом удалось взять с него обещание, что он будет принимать лекарства из-за своей сверхактивности. Позднее выяснилось, что он так и не сдержал своего слова, и поэтому его состояние долго не улучшалось. Вплоть до того момента, когда его выписали из хирургического отделения. Я и сегодня не перестаю восхищаться терпением персонала и врачей той частной клиники. В большинстве других больниц, в том числе и в университетских клиниках, было бы оказано гораздо большее давление как на психиатра, так и на пациента, и больного насильно перевели бы в психиатрическую больницу.

Далеко не всегда встречается такой яркий образец мании, как в описанном выше случае. Нередко встречаются гипоманиакальные или субманиакальные состояния, которые не так ярко выражены, но тем не менее их следует характеризовать как болезненные состояния в рамках маниакально-депрессивного психоза. В настоящее время его диагностируют как биполярное нарушение. Этот термин отражает тот факт, что болезнь проявляется на двух различных

полюсах — депрессивном и маниакальном. В биполярном заболевании различают тип 1 и тип 2. В случае типа 1 речь идет о том, что с течением времени проявляются маниакальные и депрессивные фазы. В отличие от этого тип 2 означает, что с течением времени проявляются депрессивные фазы и гипомании, но ни одна из них не является вполне сформированной манией. Для маниакально-депрессивного психоза типично, что он начинается в молодые годы. В большинстве случаев первое проявление заболевания происходит до 30 лет. Депрессивные фазы наступают гораздо чаще, чем маниакальные.

Биполярное нарушение встречается отнюдь не редко. Им страдает примерно 1% взрослых людей. По своей частотности это заболевание сравнимо с диабетом. Если добавить более легкие формы, т. е. гипомании, то вероятность заболевания достигает 5% [93, с. 3–4]. Поскольку депрессивные фазы проявляются гораздо чаще, чем маниакальные, то для правильного диагностирования биполярного нарушения нередко требуется долгое время. В среднем на это уходит от восьми до десяти лет. Однако чаще встречаются монополярные заболевания, при которых имеют место только депрессивные фазы, а маниакальных фаз не бывает.

Заболевание формируется в семье, т. е. чем большее число кровных родственников страдает биполярным нарушением, тем выше риск заболеваемости для остальных. Таким образом, в основе маниакально-депрессивного психоза лежит генетическая предрасположенность. Это, однако, не означает, что если несколько кровных родственников страдают этим заболеванием, то человек непременно заболеет тоже [93, с. 42–43]. Если оба родителя больны маниакально-депрессивным психозом, то риск заболеваемости детей составляет от 20 до 40% [16, с. 40].

Хотя приводимые в научной литературе данные относительно процента совпадений у однояйцевых близнецов (имеющих одинаковые генетические задатки) сильно колеблются, все же выявляется заметно более высокий процент совпадений у однояйцевых близнецов, чем у разнояйцевых (не имеющих одинаковых генетических задатков) в отношении маниакально-депрессивного психоза. Согласно данным Зербинрубина (Zerbinrubin) [161], совпадения в отношении этой болезни у однояйцевых близнецов достигают 69%, а у разнояйцевых близнецов они составляют только 19%.

Люди, страдающие биполярным нарушением, подвержены особенно высокому риску умереть в результате самоубийства. Считается, что приблизительно от 15 до 19% соответствующих больных убивают себя. Это значит, что для этих больных риск умереть вследствие самоубийства примерно в 30 раз выше, чем в среднем по населению [93, с. 59].

Многие люди занимаются неправильным самолечением и попадают в зависимость. У маниакально-депрессивных пациентов алкогольная зависимость по крайней мере вдвое выше, чем у остального населения [93, с. 59].

Большое значение имеет медикаментозное лечение. Это — длительный процесс, порой лекарства необходимо принимать в течение многих лет для того, чтобы, по возможности, не повторялись ни маниакальные, ни депрессивные фазы заболевания. К таким стабилизирующим состоянием лекарствам в первую очередь относятся: соли лития (лития карбонат — *Lithii carbonas* и лития оксибутират — *Lithii oxybutyras*), карбамазепин (*Carbamazepin*) и вальпроиновая кислота (вальпроат натрия — *Valproat*). Лечение маниакально-депрессивных больных с помощью литиетерапии приводит к тому, что в 30% случаев фазы болезни больше не повторяются. Примерно у 50% пациентов заболевание либо проявляется с меньшей силой, либо протекает в более короткий промежуток времени. В 20% случаев указанное выше лечение результатов не дает [129, с. 17].

Интенсивное лечение мании проводится с помощью вальпроиновой кислоты (депакин — *Depakine*) и бензодиазепинов (зипрекса — *Zurhexa*). При слабом действии этой комбинации лекарственных средств или если у больного есть психотические симптомы, то можно добавить нетипичные нейролептики (антипсихотические средства), такие как зипрекса или рисперидон (*Risperidon*). Раньше использовали также галоперидол (рисполент), который тоже оказывает противоманиакальное действие, но сегодня давать его не рекомендуется из-за его побочных действий.

Хотя при маниакально-депрессивном психозе основной упор следует делать на медикаментозном лечении, все же не следует пренебрегать и психотерапией. Пациенты нуждаются в психотерапевтической поддержке, так как им приходится преодолевать трудности, связанные с хроническим заболеванием, которое в большинстве случаев требует медикаментозного лечения в течение десятилетий.

Часто приходится убеждать больных в необходимости регулярного приема лекарства. Важно также выработать «систему заблаговременного предупреждения», чтобы пациент сам мог как можно раньше распознать начинающийся приступ, депрессивную или маниакальную фазу заболевания. Это труднее, чем может показаться на первый взгляд. Нередко родственники маниакально-депрессивного больного слишком тревожатся. Им кажется, что уже надвигается мания, когда «их пациент» всего лишь громко рассмеялся! Пациенту самому следовало бы научиться распознавать все симптомы и принимать соответствующие меры.

Резюме

При биполярном заболевании с течением времени проявляются маниакальные и депрессивные фазы. Мания характеризуется преобладающим эйфорическим настроением («небесное ликование»). Реже появляются подавленное настроение, а также гиперподвижность и «ускользание мыслей». Появляются завышенная самооценка, мысли о собственной величии и усиленная суперактивность (*aktivismus*). Человек может совершать неконтролируемые покупки, тратить крупные суммы денег. Он может также пуститься в сексуальные приключения и совершать легкомысленные поступки. Люди, страдающие биполярным нарушением, особенно подвержены большому риску самоубийства. В лечении, которое нередко приходится проводить в стационаре, могут использоваться, например, соли лития (при долгосрочной терапии). В случае острой фазы мании применяются вальпроиновая кислота и бензодиазепины. Иногда используются нетипичные нейролептики (антипсихотические средства).

4

Скрытая депрессия

*Я и сейчас помню,
Как содрогался от ужаса,
Шагая по дороге,
Сгибаясь под тяжестью страшного груза...*

С. Цвейг, «Баллада об одном сновидении»

Под скрытой, или маскированной, депрессией подразумевается такое состояние, при котором собственно депрессивный элемент отсутствует, т. е. главный симптом депрессивного расстройства либо совсем не удается обнаружить, либо его удается констатировать лишь частично. Отсутствуют типичные признаки депрессивного мышления, а больные жалуются только на соматические недомогания: сердцебиение, колющие боли в сердце, ощущение стесненности в грудной клетке, отсутствие воодушевления, бессилие, изнеможение, утрата энергии, бессонница, отсутствие аппетита, потеря веса, утрата сексуального влечения и потенции. Высказываются также жалобы на головокружение, боли, запор, затрудненность дыхания. Пациенты чувствуют себя больными физически, а не душевно. В соответствии с этим они идут к своему домашнему врачу или к терапевту общего профиля. Естественно, это нередко приводит к ошибочным диагнозам.

В 1970-х гг. Пауль Киельхольц (Paul Kielholz), базельский профессор психиатрии, сформулировал понятие скрытой депрессии. Еще приблизительно лет за сорок до этого говорили о соматизированной депрессии. Однако под этим понимали эндогенную депрессию, при которой на первый план выходили соматические симптомы. В англоязычных странах предпочитали говорить о маскированной депрессии (*masked depression*). В немецкоязычных странах также иногда говорят о маскированной депрессии. В современных системах классификации МКБ-10 и DSM-IV¹ замаскированная депрессия уже не упоминается.

Однако старое понятие имеет практически релевантное преимущество — оно объединяет множество соматических недомоганий с помощью одного термина, обозначающего одно понятие [98].

Часто депрессия обуславливается подавленностью настроения, но депрессивная настроенность четко не проявляется, так как сам пациент ее не осознает и, может быть, даже отрицает. Это связано с тем, что переживания вызывают соматические недомогания и пациент убежден, что страдает от соматического заболевания [46]. В странах Центральной Европы статистика такова: 10% больных, обращающихся к практикующему врачу, обнаруживают симптоматику депрессии, причем примерно половина из них страдает скрытой депрессией [71].

Другая возможная причина скрытой депрессии имеет социальный характер. До сих пор еще соматическое заболевание лучше принимается обществом, чем психическое. Если кто-то пострадал от несчастного случая и, например, у него нога в гипсе, то он получит значительно большую финансовую помощь и больше сочувствия, чем человек, больной психически.

В специальной литературе можно встретить понятие «депрессия с улыбкой» (*smiling depression*). Это значит, что внешняя мимика пациента не совпадает с его реальным самочувствием, с его внутренним состоянием. Эти люди не хотят, чтобы им «заглядывали в карты». Сознательно или неосознанно — не будем в это вникать — они не хотят показывать окружающим, что действительно у них на душе. Так называемая «депрессия с улыбкой», которая встречается

¹ МКБ-10 и DSM-IV — новейшие системы классификации психиатрических заболеваний.

не так часто, первоначально появилась в Таиланде, и это понятие восходит к исследованиям, которые проводились именно там.

Соматическая маска

Скрытая депрессия может проявляться в многообразных вегетативных нарушениях и функциональных соматических нарушениях. Поэтому она может симулировать симптомы различных болезней, так что всякое соматическое нарушение должно быть тщательно исследовано семейным врачом. Если анамнез и результаты обследования не дадут указаний на соматическое заболевание, то с помощью углубленного анамнеза и целенаправленных расспросов под соматической маской можно разглядеть депрессивный синдром [47].

Пациенту следовало бы задать следующие существенные ключевые вопросы:

1. Можете ли вы еще радоваться?
2. Есть у вас в жизни интересы?
3. Проявляете ли вы сейчас меньше инициативы, чем несколько недель или месяцев тому назад?
4. Чувствуете ли вы в течение дня изнеможение, отсутствие воодушевления?
5. Ощущаете ли вы нервозность, внутреннее напряжение, тревогу?
6. Трудно ли вам принимать решения?
7. Бывают ли у вас нарушения сна?
8. Испытываете ли вы боли, ощущаете ли вы давление в груди?
9. Страдаете ли вы отсутствием аппетита? Не потеряли ли вы в весе?
10. Испытываете ли вы сексуальные затруднения?
11. Стали ли вы в последнее время более склонны к размышлениям?
12. Страдаете ли вы от чувства, что ваша жизнь потеряла смысл? [47]

Снятие маски, выявление депрессии, которую пациент вовсе не осознает, — все это очень важно. С одной стороны, это необходимо, чтобы назначить адекватное лечение. С другой стороны, это важно еще и потому, что за маской может скрываться опасность суицида. Некоторые люди, даже беседа с врачом, не могут спонтанно при-

знать о посещающих их мыслях о самоубийстве, тогда как о соматических симптомах они говорят свободно. Поэтому так важно расспросить больного о его чувствах и ощущениях, а также о его мыслях по поводу самоубийства и о соответствующих импульсах. Скрытую депрессию тоже следует лечить медикаментами в сочетании с психотерапией. Соматические недомогания нередко встречаются и при синдроме выгорания. Об этом пойдет речь в следующей главе.

Резюме

Больные, страдающие скрытой, или замаскированной, депрессией, считают, что у них — соматическое заболевание. Следовательно, они высказывают жалобы на соответствующие симптомы — такие как сердцебиение, изнеможение, отсутствие воодушевления и бессилие, нарушение сна, головокружение, боли, запоры, нарушения в сексуальной сфере. Необходимо поставить правильный диагноз и целенаправленно расспросить о скрытых за соматическими недомоганиями фактах, связанных с депрессией. Например, соответствующие вопросы могут касаться способности чувствовать радость, побуждений, связанных с мыслями о самоубийстве. Вопросы могут также относиться к способности проявлять инициативу, к наличию или отсутствию интереса, хобби. Скрытую депрессию необходимо лечить медикаментозно и с помощью психотерапии.

5

Выгорание — явление моды?

Тот, кто выгорел, должен был раньше гореть!

В противоположность другим понятиям психиатрии — таким как, например, шизофрения, депрессия — определения понятия «выгорание» (*burnout*) разнообразны и не едины. Синдром выгорания иногда трудно выделить из ряда других психических явлений. К тому же здесь речь идет о новейшем понятии, вошедшем в научную литературу лишь к концу XX в. Это, однако, не означает, что картина этой болезни нова. Просто раньше пользовались другими терминами. К понятию выгорания близки такие понятия, как производственный невроз, синдром помощника, хроническое нервное истощение, синдром хронической усталости [34]. Подобные состояния описывали поэты и прозаики задолго до того, как появилось соответствующее научное понятие. Так, например, Томас Манн в своем романе «Будденброки» изображает сенатора Томаса Будденброка так, что нам видны классические симптомы, характеризующие выгорание. В романе герой безвременно умирает. Автор датирует эту смерть январем 1876 г. [27, с. 1]. Интересно, что понятие «выгорание» впервые появляется в рассказе Грэма Грина, т. е. в художественной литературе, который был опубликован в 1961 г. под названием «Ценой потери» (A Burnt-Out case), позднее термин «выгорание» был использован в американской научной литературе. Это понятие сфор-

мулировали впервые в 1974 г. Фрюденбергер и Гинзбург (Freudenberger, Ginsburg). В настоящее время существует обширная научная литература, где описывается эта болезнь [27, с. 3], которая не только все чаще диагностируется, но число случаев такого заболевания явно растет. Несмотря на это, понятие «выгорание», по-видимому, более популярно у неспециалистов, чем у профессионалов. По крайней мере в «Словаре психиатрии и медицинской психологии» (Peters, 1997) нам бы не удалось его найти [106]. В «Международной классификации нарушений психики» [МКБ-10] «выгорание» описывается в разделе «Синдром истощения». Этот термин, однако, не вполне корректен, так как первоначально о «выгорании» речь шла, когда говорилось о проводах, по которым шел электрический ток, и о предохранительных устройствах. Но в этих случаях выгорание происходит внезапно, сразу и быстро, тогда как выгорание у человека — это, как правило, процесс, длящийся годами. Можно было бы сказать, что на протяжении длительного времени энергии больше отдается, чем получается. Когда силы человека истощаются, дело может дойти до состояния изнурения и даже до депрессивного состояния с соответствующими импульсами к суициду.

Впервые это явление было отмечено у чрезмерно добросовестных работников и у представителей социальных профессий. Это состояние развивается параллельно с утратой мотивации и сопровождается ослаблением способности выдерживать психические нагрузки. Часто это происходит у людей с относительно небольшим или средним стажем работы в профессии. При этом человек как бы покоряется судьбе и чувствует обиду. Подобное состояние является следствием резкого повышения требований к работникам. Это нередко случается с людьми, которые имели слишком высокий (и поэтому зачастую нереальный) уровень ожиданий в отношении себя и своих профессиональных достижений.

По моему мнению, хорошее, хотя и слишком обобщенное определение понятия «выгорание» дают Маслач и Лейтер [88, с. 18]: «Выгорание — это масштаб измерения разрыва между возможностями человека и требованиями, которые к нему предъявляются на работе. Происходит переоценка собственных сил, возможностей, достоинства, духа и воли — т. е. изнашивание души человека. Это болезнь, которая на протяжении длительного времени распространя-

ется постепенно и равномерно, затягивая человека в заколдованный круг, из которого трудно выскользнуть, — в безвыходное положение».

Как проявляется выгорание?

Люди, которые страдают от выгорания — и это классический случай, — по крайней мере поначалу проявляют особенную активность, динамичность и заинтересованность — иногда даже чрезмерную. Это идеал любого работодателя: такие работники не боятся сверхурочных часов работы, считая увеличение рабочего дня чем-то само собой разумеющимся. Им кажется, что они необходимы фирме, коллективу (команде сотрудников). Но именно хорошие качества, присущие им, станут впоследствии кандалами на ногах и могут привести в западню. Под воздействием внешних условий развитие симптома выгорания может начаться с фазы психического истощения, в которой человек может выносить лишь небольшие нагрузки и с трудом сохраняет стабильное настроение. Организм также может «пойти вразнос». Например, поначалу может оказаться, что чаще, чем раньше, донимают простуда, грипп или вирусная инфекция. Человек начинает страдать бессонницей, головными болями, у него появляется язва желудка [88, с. 45], а иногда и сердечно-сосудистые заболевания (причем последние — в продвинутой стадии). Человек чувствует себя усталым, измученным, истощенным в прямом и в переносном смысле. Утомление не проходит и после отдыха. Часто проявляется внутреннее беспокойство, напряженность и нервозность. При случае может возникнуть и раздраженность. Таким образом, изменяется весь человек, он уже не тот, что раньше: первоначальный оптимизм сменился пессимизмом и даже, может быть, негативизмом и фатализмом. Появляется циничное, отрицательное отношение к работе. Часто нарушается способность к концентрации внимания, снижается наблюдательность, нередко появляется и забывчивость. Все это вызывает, естественно, соответствующие трудности в работе, нелады в коллективе и с начальством и т. д. Однако последствия сказываются не только в профессиональной жизни, но и в личной сфере. Нередко — почти неизбежно — возникают про-

блемы в супружеской жизни, так как человек чувствует, что и дома ему не отдохнуть. Положение становится безвыходным, и дело ухудшается еще из-за того, что люди, страдающие симптомом выгорания, пытаются лечить себя сами, чтобы справиться с напряженностью. Например, они начинают усиленно потреблять алкоголь, много курить, злоупотреблять кофе. Либо сами начинают выбирать для себя медикаменты, например принимают успокаивающие лекарства, снотворное [34]. Дальше спираль закручивается: человек начинает сердиться (и на себя, и на других), ведет себя агрессивно, чувствует себя виноватым. На работе дело может дойти до перевода на внештатную должность или на полставки, когда по работе выполняется лишь самый необходимый минимум. Человек избегает споров с сотрудниками и с начальником, так как он занят самим собой, своими собственными проблемами. В результате человек замыкается в себе, оказывается в изоляции, а во время рабочего дня предается мечтам. Нередко к этому добавляется депрессия и появляется опасность самоубийства.

Основной причиной, вызывающей состояние выгорания, является изнуренность (в общем, широком понимании). В течение двух последних десятилетий, с наступлением эры компьютеров, опасность возникновения синдрома выгорания не уменьшилась, а, наоборот, усилилась. Вполне справедливо пишет госпожа Хохштрассер (Hochstrasser): «Давление времени, существующее сегодня, — это отражение технизированного, коммуникативного, все быстрее вращающегося глобализированного мира» [62, с. 9]. Кроме того, предшествующие поколения не подвергались постоянным изменениям условий труда. Стремительные изменения производственных отношений и средств, расширение круга задач, целеустановок — часто при уменьшенном штате работников, — а также изменения производственной иерархии постоянно способствуют возникновению состояния выгорания.

Моббинг

Моббинг (*mobbing*) — это производственные отношения внутри рабочего коллектива, при которых сотрудники постоянно травят кого-то из коллег во время работы, отпуская на его счет негативные, обид-

ные замечания, создавая впечатление, что он ничего не стоит, игнорируя и изолируя его.

Предпосылкой такого поведения нередко является плохая атмосфера в рабочем коллективе. Если человек вынужден находиться в такой неблагоприятной психологической обстановке в течение долгого времени, у него может начаться развитие симптома выгорания. По крайней мере 8% работающих подвергаются явному моббингу — как это следует из проведенного исследования [30, с. 49]. В повседневной речи термин «моббинг» иногда употребляется неверно или слишком часто. Так, несколько лет назад одна пациентка сказала мне, что подвергается моббингу на работе в больнице. Когда я попытался узнать, как реально обстоят дела, оказалось, что незадолго до встречи со мной она получила выговор от начальницы за работу, которую она недостаточно хорошо выполнила. Не стоит и говорить, что здесь речь не идет ни о каком моббинге. Просто рабочий момент, который может случиться на любом рабочем месте, в любой фирме, как бы хорошо ни было организовано дело и как ни высока компетентность работающих. Настоящий моббинг, который можно назвать психотеррором, приводит к психической травме, причем вследствие постоянно повторяющейся модели поведения жертва оказывается в ситуации, когда требования к ней завышаются и она оказывается в безвыходном положении [142, с. 149]. Таким образом, моббинг, которому человек подвергается на своем рабочем месте, может привести к возникновению симптома выгорания и к депрессии.

Частота возникновения симптома выгорания

В Германии, как утверждают, лишь 12% работающих получают удовольствие от работы и заинтересованы в ней. Считается, что 70% работающих трудятся исключительно на штатных должностях, а 18% получают сдельную оплату труда за нештатную работу. Таковы результаты репрезентативного исследования в 2003 г., в ходе которого были опрошены 2000 мужчин и женщин старше 18 лет [34].

Эти данные свидетельствуют также и о том, что в предыдущие годы число штатных работающих было больше. Конечно, не в последнюю очередь причиной такого развития является общее положение в экономике. Однако сказывается также недостаточное развитие менеджмента, вследствие чего многие работники оказались в состоянии фрустрации. Похожие статистические данные были опубликованы в 2004 г. в Базеле [131] в одной из газет. И здесь подчеркивается, что предприятия ежегодно терпят миллиардные убытки вследствие плохой организации работы с персоналом. Специалисты справедливо полагают, что это положение можно изменить. Считается, что существует статистическая зависимость между «хорошей» политикой по отношению к персоналу и ценой акций той или иной фирмы на бирже. Хотя многие фирмы похваляются, что «персонал — их самый ценный капитал», все же часто такие заявления являются пустым звуком. То, что персонал действительно «самый ценный капитал», различные предприятия, по-видимому, либо уже не хотят признавать (как это было в пору высокой конъюнктуры), либо они этого еще не поняли. Например, в Швейцарии 3–4% работающего населения страдают синдромом выгорания в тяжелой форме.

Что можно сделать?

Как при любой болезни, в первую очередь необходимо как можно быстрее заметить болезненный процесс. При анализе ситуации больные должны задумываться над различными вопросами. В частности, они могли бы постараться ответить себе на такие вопросы: какова моя цель? насколько важна для меня моя карьера? имеет ли для меня моя личная жизнь такое же значение, как и карьера? сознаю ли я, что в последнее время я в значительной мере стал ворчун, пессимистом, циником? может быть, я стал одиночкой?

Иногда после такого самоанализа следует что-то кардинально в жизни изменить, например сменить место работы. Может быть, следует перевести профессиональные стрелки на другие рельсы? Иногда просто необходимо обратиться за помощью к специалисту, в частности к психотерапевту или к компетентному социальному

работнику (можно это сделать и в родной фирме). Если работник оказался в ситуации выгорания, то ему следует пройти курс психотерапии в комплексе с лечением антидепрессантами.

Лучше всего удастся предотвратить выгорание, перейдя на правильный, здоровый образ жизни: нужно заботиться о том, чтобы достаточное время уделять сну, регулярно и продуманно питаться (не торопясь!), обязательно отдыхать, много двигаться, особенно на свежем воздухе. Кроме того, очень важна роль личных отношений. Необходимо поддерживать контакты с друзьями и знакомыми.

В своей книге Маслач и Лейтер [88] справедливо подчеркивают, что проблемой выгорания должны заниматься и работодатели. В первую очередь ответственные руководители должны принять меры, не допускающие того, чтобы их сотрудники «сгорали». Такие меры не только избавляют людей от страданий, но чаще всего, если они долговременны, они выгодны и фирме. Было доказано, что потери в работе вследствие выгорания ведут к финансовым убыткам, нежелательным для работодателя. Руководство фирмы несет ответственность за то, чтобы обеспечивать приемлемые условия труда, умеренную производственную нагрузку, признание заслуг, вознаграждение, дух содружества, порядочность, уважение, достойную заработную плату. В одном норвежском концерне были проанализированы разговоры сотрудников. Выяснилось, что те сотрудники, которых похвалили, улучшили свою работу в следующем году, а те, которых порицали, на следующий год либо не улучшили свою работу, либо стали работать хуже [136].

Хотя выгорание излечивается, все же после него остается чувствительность к стрессовым нагрузкам. Люди, которые раньше когда-либо перенесли депрессию, а также те, у кого есть кровные родственники, страдающие депрессией, в большей степени подвержены риску оказаться в состоянии выгорания [63]. В своей книге Дж. Фендлер (J. Fendler) [35, с. 45] пишет о работниках, которые слишком активно и заинтересованно относятся к своим профессиональным обязанностям, не делают перерывов в работе и слишком выкладываются для своих работодателей, что «у них есть много кастрюль, в которых они могут помешивать еду, и что, крутя ложку в одной кастрюле, можно отдыхать от других». В связи с этим приводится стихотворение Вильгельма Буша:

Он и здесь, и там маячит.
То он пляшет, то он скачет —
У бедняги, без сомненья,
Нет свободного мгновенья!

Он и тем, и этим нужен.
Бал, турнир и клубный ужин...
Он, как молния, мелькает
И повсюду успеваает.

И в итоге без заминки
На свои успел поминки!..¹

Пример из практики

Ко мне на прием пришел пятидесятилетний пациент. У него возникли проблемы в связи с недавней сменой работы. После 30 лет работы в лаборатории он был переведен на должность консультанта в другой отдел. При этом ему совсем не дали времени на ознакомление с новыми условиями работы, а, как он образно выразился, «бросили в холодную воду». С течением времени ему стали поручать все более трудную и сложную работу. Ему стало трудно справляться со своими обязанностями. Он стал ощущать давление. Поэтому пошел к начальнику с предложением: перераспределить задания или увеличить количество сотрудников. Но его просьбы не нашли отклика. Его непосредственный начальник даже не донес эти предложения до руководства. Пациент, кроме давления и депрессии, стал также чувствовать фрустрацию. Так как он был очень добросовестным человеком, он не мог отказать начальству или передать дело кому-то другому. К самому себе он был очень требователен. То, что он пытался выполнять все задания в высшей степени корректно и добросовестно, привело к тому, что он стал чувствовать еще большее давление, поскольку ему не хватало времени. После того как у него появился новый начальник, все стало еще хуже. Шеф стал давать все больше поручений, которые требовали от моего пациента максимальных временных и физических усилий. Свободного времени

¹ Перевел с немецкого П. Алесов.

у него не оставалось, и даже дома он не мог «отключиться». Ночью ему часто снился новый начальник и завалы на работе. Пациент говорил, что его начальник — трудоголик, который не может правильно планировать работу. Он не делал ничего, чтобы пополнить персонал. Пациент говорил мне, что его начальник — соглашатель, что он боится вышестоящих и что он никогда не передаст «наверх» разумные предложения своего подчиненного. Пациент и дома чувствовал себя некомфортно, тревожно, напряженно, опустошенно. Он говорил, что «выгорел» и разочаровался. Неизбежным следствием стал разлад в семье.

Во время первой фазы, когда симптомы выгорания еще были слабо выражены, пациент пришел ко мне лечиться. Я вел его около года. Тогда он жаловался, что ему трудно сосредоточиться и что он утратил способность радоваться. Он говорил также, что чувствует, будто ни дома, ни на работе его не принимают всерьез. Регулярные беседы, которые я вел с ним, а также прием назначенных антидепрессантов привели к заметному улучшению его состояния. Через полгода он отказался от лекарств, а вскоре закончил и курс психотерапии.

Через два с половиной года этот человек снова пришел ко мне на прием, так как давление на работе настолько усилилось, что он стал страдать различными недомоганиями. В принципе состояние его было сходным с тем, которое описано выше. Однако на этот раз он все чаще задумывался о досрочном выходе на пенсию либо о сокращении объема работы. Он в свое время пропустил возможность воспользоваться предложением фирмы о предпенсионном статусе, так что пришлось принимать другие меры. Мы снова провели курс психотерапии, и опять пришлось прибегнуть к назначению антидепрессантов. Поскольку на работе ясных перспектив не было, проведенного курса лечения оказалось недостаточно. Поэтому я обратился к врачу, который курировал персонал фирмы, и постарался официально урегулировать дела моего пациента. Так как у него уже был тридцатипятилетний стаж работы на фирме, оказалось возможным дать ему 50% пенсии и разрешить ему работать на полставки. Уже через несколько месяцев пациент перестал ощущать давление и стал чувствовать себя лучше во всех отношениях. Он стал с большим желанием ходить на работу, перестал ощущать напряженность, а также улучшил отношения с коллегами. Он написал мне следую-

щее: «Благодаря тому, что я теперь работаю на полставки, я могу снова восстановить свое здоровье и находиться в относительно стабильном состоянии. Я изменил свое отношение к работе — я уже не требую от себя стопроцентной отдачи при выполнении каждого задания и стараюсь не относиться к служебным проблемам как к своим личным. Я научился иногда говорить “нет”. Каждый день я стараюсь сделать так, чтобы чувствовать себя лучше».

Резюме

Выгорание представляет собой обесценивание ценностей, достоинства, духа и воли — т. е. изнашивание души человека. Болезнь развивается в течение продолжительного времени. Она, как правило, возникает на рабочем месте, где люди, первоначально очень добросовестные, динамичные и заинтересованные, оказываются под прессом слишком высоких внешних и внутренних требований, что в конечном итоге приводит к утрате мотивации. Образец состояния выгорания соответствует депрессивному состоянию. Спровоцировать выгорание и способствовать его развитию могут различные факторы, действующие на рабочем месте. Это, например, неблагоприятная атмосфера на работе, недостаток персонала, моббинг. Люди, страдающие симптомом выгорания, нуждаются в психотерапевтическом лечении, а часто также в приеме лекарств — антидепрессантов. Благоприятное действие оказывает также переход на другую работу.

6

Синдром хронической усталости — существует ли он?

Мне некогда уставать.

Кайзер Вильгельм I

Во время своих гастролей в Италии джазовый пианист Кейт Джаррет (Keith Jarrett) вдруг почувствовал себя так, будто в него попала молния. Свое тело он ощущал как чужое, он испытывал изнеможение и диффузные боли. Все было не так, как всегда. Ему казалось, что на него нашло что-то неземное. Позже врачи поставили ему диагноз: синдром хронической усталости — СХУ (Chronic-Fatigue-Syndrom, CFS). То небольшое, в чем врачи были единодушны, — это установление факта, что картина болезни не имела ничего общего с внезапным вмешательством [42].

Что же такое «синдром хронической усталости»? Он характеризуется патологической усталостью, как это видно из названия. Эта усталость не может быть объяснена наличием каких-то других болезней. Она длится не менее полугода и не проходит после длительного покоя и долгого сна. Состояние такое часто появляется внезапно

и мгновенно, подобно удару. Нередко это происходит после того, как человек находился долгое время в стрессовой ситуации. Таким образом, СХУ не имеет ничего общего с нормальным утомлением, с временным изнеможением. Для того чтобы поставить диагноз СХУ, надо выявить по меньшей мере четыре из восьми симптомов:

1. Нарушение кратковременной памяти и способности к концентрации.
2. Боли в горле.
3. Чувствительность шейных, а также подмышечных лимфатических узлов.
4. Мышечные боли.
5. Боли в различных суставах.
6. Головные боли, подобных которым больной до сих пор не испытывал.
7. Сон, который не восстанавливает силы.
8. Ухудшение состояния после физического напряжения.

Болезнь в начальной стадии напоминает инфекционное заражение: повышенная температура, лихорадочное состояние, грипп или другое вирусное заболевание, от которого пациент никак не может вылечиться. Болезнь приобретает хроническое течение. Перманентные состояния усталости стоят на первом плане и мешают больному, настолько затрудняют его жизнь, что это может привести к инвалидности. Даже мелкие дела, такие как, например, покупка или разговор по телефону, могут вызвать изнеможение. Некоторое время считалось, что эту болезнь провоцирует вирус Эпштейна—Барр, но однозначного доказательства этой теории найти не удалось. Возможно, существует некоторая генетическая предрасположенность к этой болезни. В пользу этой гипотезы говорят некоторые исследования, касающиеся близнецов. У однояйцевых близнецов наблюдается больше совпадений, чем у разнояйцевых. Таким образом, причина рассматриваемой болезни не ясна либо она является мультифакторной. Это значит, что исходить надо из того, что проявление болезни может быть спровоцировано различными причинами. Так, например, известно, что примерно у 40% пациентов снижается уровень кортизола.

Если с помощью компьютера поискать в банке данных медицинской литературы рубрику СХУ, то мы столкнемся с тем, что там имеется около 3000 публикаций на эту тему. Однако многие авторы-врачи утверждают, что такой болезни не существует. Тот факт, что это заболевание трудно диагностировать, свидетельствует, что имеется проблема, на которую нужно обратить внимание при установлении диагноза СХУ. В нашем обществе, где в первую очередь ценятся достижения и успешность, люди, страдающие СХУ, часто считаются мягкотелыми либо, как пишет Герст (Gerste), они выглядят как хныкающий ребенок, который говорит на кухне матери: «Я не хочу выносить мусор» [42].

Симптоматика этой болезни встречается не очень часто. Утверждают, что ею страдает около 0,2% населения [42]. К семейным врачам обращаются лишь 0,5% заболевших [124]. Процент женщин, страдающих СХУ, достигает 70%. Болеют преимущественно относительно молодые люди в возрасте 30–40 лет.

Лечение болезни с такой диффузией и трудновыделяемой совокупностью симптомов — непростое дело. Прежде всего необходимо исключить все соматические болезни. Лучше всего оправдала себя когнитивная поведенческая терапия. Об этом будет подробнее рассказано в главе 17 «Психотерапия». С пациентом необходимо обсуждать постепенное восстановление способности тела к усилиям, его работоспособность. В качестве дополнительной, вспомогательной меры могут быть полезны психофармакологические средства. Если СХУ сочетается с депрессивным состоянием, то следует применить антидепрессанты. Психотерапия, кроме всего прочего, еще и потому малорезультативна, что многие пациенты чувствуют соматические недомогания и не понимают, чем им может помочь психотерапия. Изнеможение выполняет функцию предостережения, поскольку оно свидетельствует о том, что в организме что-то неладно и необходимо как-то изменить повседневную жизнь. Следует исходить из того, что в основе изнеможения могут лежать психобиологические процессы (изменения в нейроэндокринных иммунологических процессах). Однако лечение должно касаться изменения первичных причин — следовательно, психических нарушений. Необходимо учитывать уже имеющиеся заболевания и индивидуальные нарузки пациента [37]. В отличие от изнеможения при депрессии,

когда на первом плане стоит депрессивный элемент, в случае СХУ первичными становятся усталость и низкая степень выносливости. Следует особенно подчеркнуть, что при столь трудноуловимых психосоматических симптомах нельзя оставлять без внимания ни одну соматическую причину. Поэтому чрезвычайно важно, чтобы таких пациентов очень тщательно обследовал семейный врач или терапевт общего профиля с целью выявления возможных соматических причин. Если это не будет сделано, то совершенно ясно, что психотерапия не сможет по-настоящему помочь.

Так, например, общеизвестно, что синдром дефицита железа в организме может вызвать состояние, характерное для СХУ. В самое последнее время на последствия возникновения дефицита железа в организме особенно активно указывал Б. Шауб (B. Schaub) [123, с. 70]. Здесь речь идет не только об обычной анемии, вызванной дефицитом железа, а о так называемой железо-дефицитной анемии — ЖДА (Iron-Deficiency-Syndrome, IDS). Она особенно часто встречается у женщин детородного возраста. Организму нужно железо не только для того, чтобы синтезировать гемоглобин, оно необходимо для синтеза различных веществ-трансммиттеров и гормонов, таких как адреналин и допамин. Но все же в первую очередь железо необходимо для формирования гемоглобина. Б. Шауб считает, что официальные нормы минимума ферритина (протеина, накапливающего железо) занижены. Нормативы для ферритина составляют 20–200 мкг/л. Могут появиться симптомы дефицита железа: изнеможение, депрессивное расстройство, сниженная выносливость к нагрузкам, нарушение сна, головные боли. Некоторые из этих симптомов совпадают с симптомами СХУ.

Логично при синдроме дефицита железа давать его в виде лекарств. Обычно прописываются соответствующие таблетки или капли.

Однако обычно не удается восполнить недостаток железа в короткие сроки, а у некоторых пациентов может быть непереносимость железосодержащих препаратов. Поэтому таким пациентам вводят железо внутривенно. Обычно через несколько недель 80% женщин после этого чувствовали себя намного лучше или совсем хорошо. Из женщин, принимавших таблетки железистых препаратов, только 20% почувствовали себя заметно лучше.

Резюме

Типичным показательным симптомом синдрома хронической усталости (СХУ) являются хроническая усталость и ухудшение самочувствия при малейшем физическом усилии. Диагноз СХУ обычно оспаривается. В любом случае необходимо тщательное обследование, которое должен провести семейный врач или терапевт общего профиля, чтобы не пропустить никакую соматическую болезнь. Совокупность симптомов СХУ встречается не так часто. Предполагается, что 0,2% населения страдают этим заболеванием. О причинах возникновения этой болезни известно мало. Часто этой болезни предшествует инфекция или другая болезнь. Иногда СХУ сочетается с депрессией, так что кроме психотерапии приходится прибегать еще и к антидепрессантам.

7

Тоска по родине, или ностальгия

*Свет померк —
Я уйду от любимой.
Сердце мое остается с ней,
Навеки меня покинув.
Солнце больше не греет Землю,
И не бежит ручей,
Даже цветы завяли совсем,
Когда я ушел от любимой...*

Эдуард Мёрике, «Тоска по родине»

Упоминание в книге о депрессии понятия тоски по родине (или ностальгии) может показаться читателю странным. Может ли быть что-то общее между этим сентиментально звучащим понятием и нашей темой? На самом деле они взаимосвязаны. Понятие «тоска по дому» впервые появилось в Швейцарии. В западной культурной традиции именно швейцарцы — по крайней мере в XVII–XIX вв. — считались воплощением тех, кто тоскует по родине, а Германия считалась колыбелью ностальгии [125]. Здесь имеются точки соприкосновения с нашей темой. История ностальгии тесно связана с медицинской сферой, с музыкой, поэзией и тем самым с историей культуры в очень общем смысле. Ностальгия — это тоска по дому, стремление к родине. В швабском диалекте и в наше время слово

jammer (означает «горе, беда, плач, стенания») употребляется для выражения ностальгии. В сказке братьев Гримм «Фрау Холле» (Frau Holle) в одном значении употребляются слова «грусть» и «тоска по дому»:

И вот прожила девушка некоторое время у фрау Холле и загрустила. Сначала она не знала, что с ней, а потом поняла, что это была тоска по дому. И хотя здесь ей жилось в тысячу раз лучше, чем на родине, все-таки ее тянуло туда. Наконец она сказала: «Я затосковала по дому, и хотя мне здесь так хорошо живется, я не могу больше здесь оставаться, я должна подняться и вернуться к своим».

К симптомам ностальгии можно отнести: печаль, отсутствие аппетита, сердцебиение, состояние тревоги, нарушения пищеварения и сна, а также лихорадку (высокую температуру). Первоначально ностальгией страдали молодые люди из зажиточных семей — наемные солдаты родом из Швейцарии. Позднее были описаны также случаи ностальгии, не связанные со Швейцарией [24, с. 308]. С течением времени ностальгия обрела различную окраску. Ее считали то органическим поражением, то в большей мере рассматривали как психосоматическое явление, позднее — как особую форму меланхолии или как реактивную депрессию. По этому поводу Бруннерт (Brunnert) пишет:

С развитием современной медицины в XIX в. возникли сомнения в самостоятельности понятия этой болезни. Ностальгия как медицинский синдром в конце концов пала жертвой этих сомнений.

В связи с ностальгией употреблялось также понятие «невроз на почве отрыва от корней». В научной литературе о тоске по родине и ностальгии мы сталкиваемся с понятием «сентиментальность». Полдингер (Poldinger) [107, с. 16] считает, что самое лучшее определение он нашел не в специальной литературе, а в романе Хаймито фон Додерера (Hamito von Doderer) «Штрудльхофские лестницы» (Die Sttudlhofstiege):

Когда пристрастие к какому-либо чувству становится сильнее самого чувства, тогда начинается сентиментальность.

Тоска по дому оказалась связанной с любовной тоской. Этот мотив очень часто прослеживается в поэтических произведениях, написанных в романтическую эпоху.

Совершенно логично, что для излечения от этого недуга рекомендовалось скорое возвращение больного домой, которое должно было привести к неременному излечению. Если это было невозможно, то в качестве психотерапевтической меры поддерживалась надежда на возвращение.

Стихотворение «Альпы», которое в 1729 г. написал Альбрехт фон Халлерс (Albrecht von Hallers), заложило основу своего рода «альпийского блаженства», ставшего в XVIII–XIX вв. характерным для культурной Европы. Им же, но несколькими годами раньше было написано стихотворение «Тоска по родине» [125].

На основе представлений средневековой медицины причиной некоторых болезней считали плотный воздух. В своей известной работе «Анатомия меланхолий» (*Anatomie der Melancholie*), опубликованной в 1621 г., Роберт Бертон (Robert Burton) писал, что одной из причин меланхолии он считает плотный воздух:

Утверждение, что швейцарцы дышат самым лучшим из возможных воздухом, в сочетании с теми представлениями о счастливой свободной жизни жителей Альп, которые описал Альбрехт фон Халлерс в стихотворении «Альпы», стали достоянием истории культуры. В более или менее яркой форме эти аргументы присутствуют в литературе о путешествиях, в туристической рекламе с XVII в. до наших дней. Эта положительная оценка альпийской родины так сильно и надолго повлияла на мир представлений швейцарцев, что она еще во время Второй мировой войны находила отклик в их мыслях и до сих пор лежит в основе швейцарского фольклора [125, с. 81].

Хотя это может показаться преувеличением, всё же такие высказывания представляют интерес в связи с нашей темой и способствуют лучшему пониманию причин возникновения ностальгии как «изобретения швейцарцев». Понятие тоски по дому ввел в обращение Иоганн Якоб Шёйхцер (Johann Jakob Scheuchzer), который приблизительно в 1700 г. был городским врачом в Цюрихе [32, с. 9–10].

В 1688 г. швейцарский врач Иоганн Хофер (Johannes Hofer), сын священника, стал доктором медицины в Базеле, представив Базельскому медицинскому факультету свою диссертацию под названием «Диссертация о ностальгии» (Dissertatio medica de Nostalgia) [32, с. 12]. Именно с этого времени ностальгию стали воспринимать как болезнь. В своей книге о ностальгии Фриц Эрнст (Fritz Ernst) написал об этом следующее:

Ибо перезагрузка одного-единственного нервного пути одной сверлящей мыслью при неиспользовании остальных нервных путей из-за общего оупения (апатии) должна ослаблять всю совместную жизнь души и тела и в конце концов может стать смертельно опасной. К счастью, медицина, как правило, может помочь пациенту — в зависимости от проявления симптомов, — применив потогонные средства, кровопускание, укрепляющие сердце микстуры, рвотные, слабительные и снотворные снадобья. Но лучше и надежнее всего всегда отправить больного домой, на родину, по которой он так скучает [32, с. 15].

Диссертация Хофера имела большой успех, который позднее был приписан и его учителю Гардеру (Harder), имя которого также красовалось на титульном листе диссертации.

Синонимом возникновения болезненной тоски по дому в XVIII в. стала заунывная мелодия пастушьего рожка, которую играли, когда стада коров поднимались по склонам Альп:

Это мелодия для альпийского рожка, восходящая к верхним тонам, в основе которой лежит нота си. [125]

В специальной литературе, которая написана преимущественно на английском языке, постоянно встречается понятие «тоска по дому» (homesickness). На эту тему есть специальные исследования. Так, Вершуур (Verschuur) и др. [147] различают два вида тоски по дому. Оба тесно связаны со страхом, тревогой и депрессией. Авторы этой работы приходят к выводу, что тоску по дому следует рассматривать как смешанное чувство — сочетание страха и депрессии.

Ван Тилбург (Van Tilburg) и др. [146] отмечают, что болезненная тоска по дому не получает в новейшее время в науке того вни-

мания, которого она на самом деле достойна. Исследования в этой области, по мнению авторов, очень важны, особенно с учетом психологии иммигрантов, беженцев и солдат.

Интересное исследование провел Турбер (Thurber) [140]. Он изучал ностальгию у 329 мальчиков в возрасте от 8 до 16 лет, живших отдельно от родителей на протяжении 2–4 недель. При опросе 83% мальчиков сообщили, что они испытывали ностальгию не меньше одного дня. Почти 6% страдали ярко выраженными чувствами страха и депрессии. Также в этом исследовании тоска по дому определяется как сочетание страха и депрессии. Неудивительно, что младшие мальчики, по сравнению с более старшими, были подвержены высокой степени риска заболеть ностальгией.

Также и Гасселсбергер (Gasselsberger) [39] обследовал 46 учеников в возрасте 10–11 лет, которых поместили в интернат. Из них 17 человек (37%) сказали, что страдают или страдали ранее ностальгией. Статистически можно было бы установить значимую положительную корреляцию между ностальгией и невротизмом. Это значит, что ученики, страдающие ностальгией, находятся в предневротическом состоянии.

Ожидание, что дети, имеющие несколько братьев и сестер или имеющие только одного брата или сестру, здесь же, в интернате, будут меньше страдать от ностальгии, чем дети, не имеющие братьев и сестер, не оправдалось. Автор работы допускает, что дети, болевшие ностальгией, имеют повышенную ранимость вследствие их неправильного психологического развития.

Еще в одном исследовании [144] изучались 357 человек, родившихся в Турции и живущих в Германии. Выяснялось, страдают ли они от ностальгии. Было отмечено, что чем меньше степень образованности у мигрантов, тем больше они подвержены ностальгии. Меньше всех страдали от ностальгии турчанки, имеющие университетское образование. В целом исследование выявило у опрошенных мигрантов сильно выраженную социальную неуверенность, которую можно рассматривать как выражение бессилия и утраты контроля, вызывающих депрессию. О том, что у них часто возникают мысли о смерти, рассказали 47% опрошенных. В связи с этим можно констатировать взаимосвязь между ностальгией и мыслями о самоубийстве.

Резюме

Ностальгия (тоска по дому) была известна в XVIII в. и в первой половине XIX в. как душевный недуг. Она рассматривалась как самостоятельная болезнь. Первоначально ее наличие было описано у швейцарских солдат-наемников в базельской диссертации Иоганна Хофера (Johannes Hofer) в 1688 г. В современной специальной литературе, которая написана преимущественно на английском языке, встречается понятие «тоска по дому». Существуют исследования по этой теме, проведенные в последнее время. Современное понятие «ностальгия» связывается с сочетанием страха и депрессии.

8

Сталкинг — явление времени

Строгие определения должны быть скромными гостями на научно-популярных дискуссиях.

Физик, профессор, доктор Пауль Хубер

Назвав так главу, я, в сущности, поступил против своих глубоких убеждений, отдавая дань моде на некритическое употребление английских или американских терминов. Но слово сталкинг (stalking), по-видимому, является исключением, так как в немецком языке нет соответствующего понятия. В 23-м издании Дуденовского этимологического словаря (Duden, 2004)¹ термины «сталкер» (stalker), «сталкинг» (stalking) все же присутствуют. Это позволяет считать, что эти понятия вошли в повседневную речь и что их можно официально употреблять, говоря по-немецки [31, с. 116]. Английское слово «stalk» означает, собственно говоря, «осторожно выслеживать дичь». Его также можно было бы перевести как «подкрадываться». Таким образом, это слово заимствовано из лексикона охотников. Именно это здесь имеется в виду, разумеется, и в применении к человеку. Это означает, что за кем-то следят в течение долгого времени, что его преследуют, ему надоедают, что может иметь тяжелые

¹ Здесь речь идет о знаменитом исчерпывающем этимологическом словаре немецкого языка.

последствия и в экстремальном случае даже привести к смерти человека. Рассматриваемый нами термин употребляется в психиатрии лет двадцать, а в Центральной Европе он стал известен сравнительно недавно. Первоначально его стали употреблять в США в связи с назойливым преследованием звезд Голливуда. В настоящее время это явление встречается в широких слоях населения, причем гораздо чаще, чем обычно принято считать. Таким образом, термин «сталкинг» понимается как злостное преследование и угроза, которым подвергаются совершенно обычные люди, при этом они совсем не обязательно должны быть известными [31, с. 11]. Жертвами такого преследования нередко становятся бывшие супруги или любовники, знакомые, сотрудники по работе. Часто жертвами становятся также психиатры и психотерапевты. Проведенное в Граце исследование более чем ста психотерапевтов с помощью опросов выявило, что из них 38% когда-либо подвергались упорным преследованиям или угрозам со стороны пациентов [8].

Как мы уже говорили, приблизительно с конца 1980-х гг. понятие «сталкинг» стало использоваться в средствах массовой информации, особенно когда речь заходила об особенно ярких, скандальных случаях, жертвами которых становились кинозвезды, как, например, Джоди Фостер и Ребекка Шеффер. Последняя много снималась в сериалах, и в 1989 г. в США ее застрелил мужчина, в течение долгого времени заваливавший ее письмами. В качестве примера фильма, темой которого стал сталкинг, можно привести известный фильм «Роковое влечение» (*Fatal attraction*) [31, с. 13].

Сам феномен не является чем-то новым. Он известен, по-видимому, уже несколько столетий. Однако психиатрия стала интересоваться им относительно недавно. Отдельные случаи подобного поведения раньше уже описывались в психиатрии. Чаще всего речь шла о женщинах, страдавших так называемым «любовным бредом». Если в случае состояния влюбленности, либо взаимной, либо односторонней, чувство направлено только на один объект (на одного человека), то, в отличие от этого, страдающий «любовным бредом» больной является жертвой самообмана и пребывает в ложном убеждении, что и другой человек в него влюблен. Разумные доводы и доказательства, свидетельствующие об обратном, опровергающие то,

в чем уверен больной, трактуются им (или ею) как «доказательства» любви. По мнению больного, только некие неблагоприятные обстоятельства мешают объекту проявить эту любовь. С точки зрения психодинамики «любовный бред» возникает на почве неудовлетворенной жажды любви и эротической неудовлетворенности [55, с. 154]. В рамках такого «любовного бреда» люди могут преследовать мнимого поклонника, доносить его угрозами, причинить ему вред, т. е. они могут вести себя так, как характерно для stalkера. Процент такого поведения довольно высок и у мужчин, и у женщин. В недавно проведенном исследовании он составил 81% у женщин и 98% у мужчин [31, с. 133–134]. И несмотря на это, «любовный бред» является скорее редким феноменом. В большинстве stalkеры не страдают «любовным бредом». Они часто больны другими психическими заболеваниями. В прочем stalking — это отклонение поведения, а не психиатрический диагноз.

В 1800 г. о «любовной мании» писал Филипп Пинель (Philipp Pinel). Он понимал под этим «эротическую склонность, обусловленную бредом» [80]. Его ученик Эскироль (Esquirol) говорил об «эротической мономании» (Monomanie erotique, 1838). Он включил ее в свой учебник как особую болезнь. В научной литературе на немецком языке эротоманию исследовали Крепелин и Кречмер (Kraepelin, Kretschmer). Понятие эротомании связано с именем де Клерамболя (de Clerambault), французского психиатра [80], который в 1927 г. описал «любовный бред» и охарактеризовал его как эротоманию [31, с. 12].

Тот факт, что в последние годы stalking стал важной темой, среди прочих причин связан также с изменением общественного строя западных стран. Прежде всего в этой связи следует выделить два обстоятельства:

1. *Равноправие мужчин и женщин.* Если прежде исходили из того, что женщина была подчинена мужчине, то, вероятно, считалось бы нормальным, когда мужчина хочет вернуть свою сбежавшую жену, забрать ее домой, «отвоевать» ее. В эпоху равноправия такое поведение было бы понято совершенно иначе. Оно было бы сочтено за попытку злоупотребления властью и наглость. Это было бы расценено как неуважение личной воли человека.

2. *Мобильность человека и развитие техники.* Поведение типа stalking может теперь быть гораздо эффективнее, чем в прежние времена. Ведь сегодня можно доносить кого-то телефонными звонками, письмами по факсу, по электронной почте (e-mail), а также с помощью SMS. Кроме того, на автомашине и на самолете можно гоняться за ним (за ней) по всему свету. Такие возможности в прежние времена были далеко не у всех, поскольку путешествия были привилегией верхних социально-экономических слоев. Они не были частью повседневной жизни, как сегодня. В наше время люди имеют больше свободы и более мобильны, чем раньше.

Серьезные и тщательные исследования на тему stalking относительно редко встречаются. В США в конце XX в. был проведен телефонный опрос 8000 женщин и 8000 мужчин. У них спрашивали, были ли они когда-нибудь жертвой stalkера. С применением некоторых строгих критериев (в частности, жертва должна была испытывать большой страх) было установлено, что 8% опрошенных женщин и 2% мужчин когда-то были жертвой stalkера [31, с. 22]. В зависимости от типа исследования, а также в зависимости от того, какие определения получал stalking, следует считать, что от 12 до 16% женщин и от 4 до 7% мужчин хотя бы раз в жизни были жертвой действий stalkера [31, с. 23]. Хотя этот процент кажется весьма высоким и эти данные больше соответствуют ситуации в США, чем в Европе, все же следует отметить, что и здесь stalking не является редким феноменом. В большинстве случаев stalkер — мужчина, а жертва его преследований — женщина. Другими словами, 80% виновных — мужчины, а 80% жертв — женщины [31, с. 65].

В недавно проведенном исследовании было установлено, что в Германии риск stalking составляет 15–20% для женщин и 10–15% — для мужчин. Этот процент удивительно высок. Следовательно, уже давно настало время издать в Германии закон против stalking, как это было сделано в ноябре 2006 г., когда такой закон был введен во многих западных странах [36].

В другом исследовании, объектом которого были 145 stalkеров, было установлено, что очень многие из них страдают психическими отклонениями. Так, например, 35% имели проблемы с алкого-

лем и наркотиками. У 25% были аффективные нарушения. И только 5% страдали шизофренией. У большинства обследованных были диссоциальные и нарциссические нарушения личности, а также диагностировались пограничные синдромы.

Кнехт (Knecht) [80] различает следующие семь типичных методов, применяемых сталкерами, которые он считает эталонными:

1. Упорное преследование жертвы пешком или на транспорте, когда жертва выходит из дома.
2. Демонстративные пребывания в исконно принадлежащем жертве жизненном пространстве.
3. Постоянное физическое приближение и нежелательный для жертвы непосредственный контакт.
4. Постоянные телефонные звонки в определенное время.
5. Посягательство на собственность жертвы (транспортное средство или другие предметы).
6. Бесконечный поток писем с угрозами.
7. Угрозы, передаваемые различными способами, в том числе и анонимно.

Жертвы преследования со стороны сталкеров постоянно находятся в стрессовой ситуации. Это очень негативно влияет на психику, особенно если это длится долго. По данным одного исследования ста жертв преследований сталкера, 74% из них страдали хроническими нарушениями сна, 48% потеряли аппетит, 47% мучили постоянные головные боли, у 83% наблюдалось состояние повышенной тревожности, более трети жертв страдали от посттравматического синдрома (о котором в этой книге пойдет речь в главе 13).

В другом исследовании было установлено, что у 59% жертв преследований сталкера появилось посттравматическое расстройство [31, с. 33, 34].

Имеют значение также депрессивные симптомы, нередко сопровождающиеся страхом.

Из-за безнадежной травмирующей ситуации нередко возникает опасность самоубийства, и в конце концов дело может дойти до попытки суицида.

В другом исследовании показано, что в 24% случаев у жертвы стalkerского преследования возникали мысли о самоубийстве вполне серьезно, а в некоторых случаях были предприняты попытки суицида [31, с. 83]. Также очень велика степень возникновения алкогольной зависимости или зависимости от наркотиков у жертв преследований стalkerа.

Пат и Муллен (Pathé и Mullen) [105] обследовали 100 жертв стalkerского преследования в течение периода от 1 месяца до 20 лет. Из них 58% угрожали тем или иным способом, 34% подверглись физической или сексуальной агрессии. В 83% случаев проявились неоднократно повторявшиеся состояния страха. У 24% жертв были мысли о самоубийстве, а 37% страдали стрессовым расстройством. Наконец, четвертая часть жертв стала употреблять больше алкоголя и интенсивнее курить.

Наибольшая опасность для жизни жертвы возникает в тех случаях, если до этого она имела интимные отношения с виновником [80].

Что можно сделать? Прежде всего, необходимо выяснить, есть ли угроза преследования стalkerом. Чем раньше удастся заметить начало подобного поведения у кого-либо, тем скорее можно предпринять какие-то действия. Например, надо подумать, что можно сделать, чтобы не давать виновнику повода и возможностей проявить активность. То есть речь идет о том, чтобы изменить собственное поведение в надежде, что и преследователь станет вести себя иначе.

Здесь важно следующее:

1. Избегать контакта. Сказав стalkerу, что встречи нежелательны, надо строго придерживаться соответственного поведения. Как правило, ничего не дают и совершенно бесполезны попытки взывать к его разуму. Каждое возобновление контакта воспринимается виновником как вознаграждение и дает ему повод думать, что он добился успеха и должен продолжать «борьбу». Так, например, если стalker звонил 12 раз и в ответ вешали трубку, а на 13-й раз разговор состоялся, то, даже если жертва лишь «спустит пары» и обругает его, для преследователя это будет означать, что на 13-й раз он «прорвался» и, следовательно, добился успеха!

2. Собрать «общественность». Иногда, из чувства ложного стыда, жертва никому не рассказывает о своих проблемах. Однако очень важно, чтобы ближайшее окружение — семья, родители, соседи были в курсе положения дел. Это не только дает некоторую моральную поддержку жертве, но может помешать преследователю привлечь на свою сторону кого-нибудь из окружения жертвы или даже получить помощь, сделать своим сообщником, злоупотребив доверием. Жертва преследователя может послать своим знакомым его фотографию. Дети также должны быть предупреждены о том, чтобы они никому не давали сведений и не передавали никакой информации по телефону.
3. Собрать доказательства и записи, свидетельствующие о соответственных попытках преследования. Предпринятые сталкером действия должны быть задокументированы с указанием точного времени. Такая документация может служить предпосылкой для возможных полицейских или судебных мер [31, с. 71].

Жертвы преследований сталкера нередко нуждаются в помощи психотерапевта. Так как у них часто проявляются симптомы депрессии, а иногда даже ярко выраженная симптоматика депрессивного состояния, то возникает насущная необходимость психотерапевтического вмешательства. При необходимости следует применить также соответствующие лекарства. Здесь важны те же предпосылки и условия, о которых пойдет речь в главах 17 и 18, посвященных психотерапии.

Прискорбный случай дал почувствовать Монике Селеш, знаменитой теннисистке, что может натворить сталкер. В 1993 г. во время теннисного турнира ее ударили ножом в спину на центральном корте в Гамбурге. Газеты всего мира подняли большой шум. В результате виновник, молодой человек, был осужден только на два года условно ввиду его ограниченной вменяемости. Известно, что психиатр, в чью компетенцию входило это дело, назвал преступника «патологическим дегенератом». По его словам, поведение преступника свидетельствует о «нереальной идеализации в сочетании с неосознанной сексуальной подоплекой и о фанатизме, доходящем до самопожертвования». В своем окружении преступник слыл замкнутым человеком, одиночкой, добродушным, неспособным причи-

нить кому-то вред. Лишь после нападения на Моника его стали воспринимать как «опасную, тикающую бомбу, установленную на определенное время». По крайней мере таково было мнение широкой общественности. Уже в детстве преступник стал поклонником Штеффи Граф, он якобы был замкнутым одиночкой. Его воспитывала тетка, так как мать от него отказалась. С детства он был угрюмым, мог молчать целыми днями. Так как у него не было друзей, он пристрастился к телевизору. На телеэкране он и увидел Штеффи Граф и влюбился в нее. Она для него стала исключительной, женщиной его мечты, «имевшей самые красивые ноги среди всех теннисисток». Писали, что он иногда посылал Штеффи Граф в подарок ко дню рождения по 100 немецких марок или даже больше, каждый раз анонимно [66]. Он несказанно радовался победам Граф в теннисных матчах, а в случае ее проигрыша он чуть ли не впадал в депрессию. Когда Моника Селеш стала серьезной конкуренткой для Штеффи Граф, весь мир рухнул для него. Он якобы даже серьезно думал о самоубийстве. В конце концов он решил «помочь судьбе» и способствовать тому, чтобы никто не превзошел Штеффи в теннисе. Объясняя причину своего поступка, он якобы сказал: «Я сделал это для Штеффи». Преступник достиг своей цели, так как после покушения Моника Селеш так и не смогла войти в прежнюю форму и с 2003 г. в матчах не участвует, хотя рана в спине не была опасной для жизни. В комнате преступника по-прежнему висят фотографии Штеффи Граф, причем среди них есть и недавние, в том числе фотографии ее супруга Андре Агасси и их общих детей имеют сомнительную честь украшать стены комнаты преступника [38].

Если бы другая женщина стала «опасной» для Штеффи Граф, видимо, преступник напал бы и на нее. Хотя он идеализировал Штеффи Граф, никаких личных отношений с ней у него не было ни до, ни после преступления. Его воображаемая «партнерша» приобрела в его жизни значение, превосходящее все разумные мерки. Правда, можно говорить о «фанатизме», но все равно эта идеализация исходит от личности с тяжелым нарушением психики. Преступник готов был убить незнакомую молодую женщину, хотя он вовсе не был знаком со Штеффи Граф и никаких шансов на это даже в будущем не было. То, что преступник, имея очень скромный достаток, посылал деньги одной из самых богатых спортсменок, не лишено некоторого трагического комизма.

Хоффманн (Hoffmann) [66, с. 62] добавляет к характеристике личности преступника следующее: «Из-за существенного недостатка внимания со стороны родителей (прежде всего матери) можно предположить, что у преступника были нарциссические личные проблемы. Чтобы возместить этот нарциссический дефицит, был совершен перенос идеала, причем для данного преступника уже было характерно и раньше наивное поклонение по отношению к личностям, пользующимся широкой известностью (так называемым выдающимся личностям), — таким как, например, папа римский или Президент США. Сосредоточение идеализации на Штеффи Граф началось приблизительно в 1995 г., после того как преступник увидел телепередачу, посвященную спорту. Интересно, что у него никогда не было намерения лично познакомиться со Штеффи Граф. Встреча со своим идеалом была чем-то, чего он не мог даже вообразить (находилась за пределами его воображения). По его собственным словам, он умер бы от страха, если бы оказался перед ней. Такое положение дел характерно для поведения многих сталкеров, которые избегают непосредственного контакта с людьми, идеализируемыми ими, так как они боятся, что их отвергнут. И все же данный преступник не хотел остаться анонимным для Штеффи Граф, поскольку он знал, что она узнает о его нападении на Монику Селеш, и в связи с этим должна будет узнать о нем».

По поводу психодинамики преступника Хоффманн отмечает:

Внутренняя связь со Штеффи Граф имела для сталкера особое значение. Она заполняла ту лакуну нарциссизма, которая образовалась в раннем детстве объекта вследствие невозможности обретения им идеала родителей и, тем самым, чувства своей принадлежности социуму и собственной значимости. Причастность к грандиозности всемирно известной теннисистки создавала, так сказать, эрзац объекта для отсутствующего или труднодоступного шанса выработать идеализированный образ родителей [66, с. 63].

Совершенно очевидно, что теннисистки оказались излюбленным объектом для сталкеров. Так, общеизвестно, что Мартина Хингис (Martina Hingis) и Анна Курникова были жертвами сталкеров [81, с. 58]. В США имеет хождение такая поговорка: «Если у тебя нет сталкера, то ты — не звезда». Такая крайняя формулировка, по-видимому, указывает на то, что наличие фанатов весьма желательно

для звезд, что это является частью звездной жизни. Однако нередко лишь очень маленький шагоч отделяет «суперфана» от опасного сталкера [81, с. 50].

Резюме

Первоначальное значение слова «сталкинг» (stalking) — «подкрадываться», «охотиться». Сегодня в психиатрии оно служит для обозначения злостного преследования и угроз, которым подвергаются люди, не желающие никаких контактов с преследователем. С ходом социального и техногенного развития общества сталкеры стали встречаться значительно чаще. Они отнюдь не ограничиваются преследованием таких знаменитостей, как киноактеры и выдающиеся спортсменки. Жертвы сталкерского преследования постоянно находятся в стрессовой ситуации, которая может привести к появлению симптомов депрессии. Самой большой опасности (а в некоторых обстоятельствах — и опасности для жизни) подвергаются те жертвы, которые раньше имели интимные отношения с преступником. Среди преступников 80% составляют мужчины, среди жертв — 80% составляют женщины. Указывается, на что жертвы должны обратить особое внимание и какого поведения придерживаться:

1. Избегать контактов.
2. Собрать «общественность».
3. Собрать документацию.

9

Дородовая и послеродовая депрессия у женщин

Людей надо оплакивать при рождении, а не при смерти.

Монтескьё

Беременной женщине предстоит пережить самое радостное в жизни событие. Немцы в таком случае говорят, что она «пребывает в добрых надеждах». Именно этот аспект радости и надежды, связанный с появлением нового жителя Земли, кажется, совершенно не вяжется с понятием «депрессия». В таком же радостном ожидании обычно находятся и люди ближайшего окружения. Считается, что женщина, только что родившая ребенка, быть может, своего первенца, должна витать в облаках, чувствовать себя на седьмом небе от радости. Мать, имеющая здорового младенца, должна, конечно, радоваться, и у нее не должно быть никаких причин для мрачных мыслей, печали, негативного настроения или даже депрессии. Так выглядит общепринятое клише. То, что эти представления зачастую не соответствуют действительности, связано с тем, что молодая женщина находится на совершенно новом для нее этапе жизни, к чему она бывает порой

и не готова. Ей приходится, хотя бы на первое время, отказаться от своей профессиональной деятельности. Может быть, даже пришлось оставить работу и уволиться. Перед ней совершенно другое поле деятельности: она взяла на себя выполнение совершенно иных задач, которые ей придется выполнять 24 часа в сутки. Новое качество женщины — матери младенца — заставляет ее задумываться над такими вопросами, как: справлюсь ли я с этой задачей, с этой ответственностью, стану ли я хорошей матерью своему ребенку? Другими словами, появляются такие тревожные мысли, которые прежде никогда не возникали в такой острой форме.

Беременность, роды и время после них могут стать для женщины периодом «биологического кризиса», который в обществе почти не осознается или с трудом находит понимание. Иногда молодая мать страдает от двойственного противоречия: она некоторым образом теряет часть своей независимости и при этом не может, оставив работу, поддерживать свою финансовую самостоятельность, хоть и на время, но теряет свои социальные контакты. Депрессия может обнаружить себя еще во время беременности. Особенно на ранних сроках. В той или иной степени ее переживает каждая пятая беременная. Часто симптомы депрессии остаются незамеченными, и, следовательно, ее не лечат. Появляется и амбивалентное отношение к беременности [9]. Беременность сама по себе может спровоцировать депрессию. Причиной этому могут быть гормональные и психические изменения. Не в последнюю очередь из-за того, что депрессия во время беременности может негативно отразиться на еще не родившемся ребенке, беременная женщина нуждается в лечении.

Насколько часто впадают в депрессию женщины после родов? В этой связи различают три вида нарушений:

1. Чаще всего кратковременное дурное настроение (так называемые «плаксивые дни») появляется через 3–5 дней после родов приблизительно у 25–50% женщин. При таких кратковременных расстройствах нет надобности в лечении в полном смысле этого слова.
2. Реже встречаются нуждающиеся в лечении послеродовые депрессии, которые проявляются в первые месяцы после родов. Такое случается у 10–15% молодых матерей.

3. В первые недели после родов психоз обнаруживается у 1–2% женщин [113].

Примечание к нарушению первого вида

Простые приступы плаксивости в первые дни после родов называются «baby-blues». В этот период у молодых матерей наблюдается быстрая смена настроений. Кроме того, возникает повышенная чувствительность, которая связана с гормональными изменениями. Здесь речь идет о перепадах настроения, которые, однако, наблюдаются лишь в течение нескольких дней, затем настроение стабилизируется.

Примечание к нарушению второго вида

Послеродовые депрессии, которые проявляются в течение первого года после родов, требуют лечения. Обычно они не имеют существенных отличий от обычных депрессивных состояний. Однако следует учитывать, что послеродовая депрессия нередко сочетается с эмоциональной лабильностью и размышлениями о ребенке и материнстве. Возникает чувство вины, приобретающее определенный характер. Около трети матерей, страдающих такой депрессией, охвачены навязчивыми мыслями, связанными с тем, что ребенку может быть причинен какой-то вред. Бывает и так, что некоторые из этих матерей не испытывают к своему ребенку никаких чувств, это пугает их и усиливает чувство вины. При таком депрессивном состоянии у матери могут отсутствовать симпатия и любовь к младенцу. Могут возникнуть даже враждебные чувства по отношению к нему [114]. Было установлено, что матери, страдающие послеродовой депрессией, нередко получают слишком мало социальной помощи (поддержки). Весьма часто у них возникают плохие отношения с партнерами. Эти факторы усиливают риск возникновения депрессии после родов. Перечислим психосоциальные факторы риска, имеющие большое значение:

- партнер, неспособный в должной мере поддержать женщину;

- недостаточная поддержка со стороны социального окружения;
- стресс и тревога во время ухода за ребенком.

Нередко, и даже чаще, чем можно ожидать, страдает депрессией и партнер [65].

Различные исследователи приходят к выводу, что риск заболевания послеродовой депрессией возрастает при наличии следующих факторов:

- если депрессивные состояния появлялись и прежде (например, если женщина и до беременности страдала депрессией);
- если во время беременности проявлялись депрессия и страх (тревоги);
- при общем состоянии стресса и при недовольстве партнером (неудовлетворенности в супружеских отношениях) [114].

Сказанное выше подводит нас к понятию предрасположенности: около трети всех женщин, которые заболевают послеродовой депрессией, раньше — до беременности — страдали уже каким-либо психическим заболеванием, это происходит гораздо чаще, чем в среднем у женщин в обычном состоянии. Для беременных с соответствующей предрасположенностью даже нормально протекающие беременность и роды являются фактором, способным вызвать стресс, который может спровоцировать депрессию у женщин с ранимой психикой [114].

Различные результаты исследований свидетельствуют о том, что причиной появления такой депрессии может быть изменение уровня эстрогена в крови после родов. Во время беременности содержание эстрогена в крови увеличивается в 200 раз. Этот уровень резко снижается после родов в течение нескольких дней, после чего восстанавливается нормальный гормональный уровень. Можно считать, что уровень содержания гормона в крови играет существенную роль в настроении матери. Однако не следует также забывать и о том, что сами роды являются событием, которое глубоко волнует и будоражит женщину, которое меняет в корне жизненную ситуацию и сопровождается глубокими переживаниями.

Хотя депрессии, возникающие после родов, хорошо поддаются лечению, все же дела у этих женщин обстоят не очень хорошо. Не-

редко депрессия проявляется спустя долгое время после выписки женщины из больницы. Только 25% из них по своей инициативе обращаются за профессиональной помощью. Большинство женщин, болеющих депрессией после родов, хотя и чувствуют себя субъективно плохо, не думают, что они больны и что им следует обратиться за помощью к врачу. Они не могут отличить депрессию от нормальной реакции на различные психические нагрузки, которые несет с собой материнство. При этом особенно важно именно этот вид депрессии лечить как можно скорее, поскольку она отражается и на семье в целом, и особенно на младенце. Отстраненность матери, ее неспособность относиться к ребенку так, как это делает здоровая мать, может иметь продолжительные последствия, неблагоприятно отражающиеся на развитии ребенка. Мать сама это как-то ощущает, но в результате развивается лишь более сильное чувство вины и таким образом замыкается заколдованный круг. В худшем случае у ребенка могут появиться поведенческие особенности или нарушения развития в когнитивной сфере, которые иногда ощущаются вплоть до школьного возраста [114]. Большое значение имеет разъяснительная работа, информирующая о заболеваниях. Кроме того, молодым матерям необходимо освободиться от чувства вины. То есть все это, безусловно, следует обсудить на курсе психотерапии. Для этого необходимо открывать консультационные пункты, которые смогут внести существенный вклад в дело поддержки молодых матерей и оказать им помощь для выхода из изможденного состояния. Может возникнуть и необходимость в оказании помощи семейной паре, поскольку при послеродовой депрессии партнеру отводится еще более важная роль, чем при депрессии, не связанной с родами. В различных городах, как, например, в Базеле, есть курсы групповой терапии для матерей, страдающих депрессивными нарушениями [64].

В случае ярко выраженной депрессивной симптоматики возникает необходимость в проведении медикаментозного лечения антидепрессантами. Вопрос о прекращении кормления грудью при фармакотерапии следует обсуждать в каждом конкретном случае с лечащим врачом и педиатром. Рейчер Ресслер (Riecher Rossler) [114] по этому поводу справедливо замечает:

Именно при тяжелой депрессии, как в настоящее время считают все ученые, нельзя из-за кормления грудью отказываться от лекарственной терапии, так как последствия депрессии — как для матери, так и для ребенка — считаются гораздо более существенными, чем возможные последствия психофармакологии.

Примечание к нарушению третьего вида

Так называемые послеродовые психозы, как уже говорилось ранее, встречаются очень редко. Если и появляется психоз, то чаще всего это происходит в течение первых двух недель после родов. Психоз характеризуется бредовыми представлениями и галлюцинациями. Встречаются и смешанные формы, включающие депрессивные и маниакальные компоненты. Во всяком случае, необходимо учитывать, что для женщин, страдающих послеродовым психозом, риск самоубийства в течение первого года в семь раз выше [18].

Хотя теме самоубийства посвящена отдельная глава, я хотел бы здесь указать на опасность суицида во время послеродовой депрессии. Эта опасность, в принципе, не больше, чем при любой другой депрессии, однако здесь имеется существенное различие: матери, страдающие тяжелой формой депрессии, иногда не ограничиваются собственным самоубийством, они могут убить и младенца. Это называется расширенным самоубийством (с навязчивой идеей, что «ребенка надо забрать с собой»).

К счастью, такие расширенные самоубийства крайне редки, но все же всегда при этом идет речь об особенно трагических происшествиях, которые еще более значимы, чем самоубийство одного человека. Что происходит в сознании такой матери, которая вначале убивает своего ребенка (чаще всего грудничка или младенца), а затем убивает себя или по крайней мере пытается это сделать? На первом месте мысль, что оставшееся беспомощное существо все равно не выживет, что никто не станет о нем заботиться и поэтому «надо взять его с собой». Объяснение этого трагического феномена мыслями, стоящими на первом плане, недостаточно убедительно. Ситуация чрезмерных требований для матери может, например, объясняться следующей психодинамикой: известно, что матери, которые

убивают своих детей или третируют их, поразительно часто сами в детстве подвергались насилию. Например, ребенка наказывают потому, что он мешает (например, долго или слишком громко кричит). Однако ситуация при этом не разрешается, так как ребенок плачет еще сильнее и за это его бьют еще больше. Такие женщины часто предъявляют к ребенку требования, которые ни грудничок, ни младенец просто не в состоянии выполнять. Матери ищут у ребенка близости и защищенности, которых в прошлом не имели сами. Это ведет к разочарованию и фрустрации. Мать все сильнее убеждается в том, что ребенок ее не любит, как когда-то ее не любила ее собственная мать. Таким образом, ребенок представляет злую (дурную) часть собственного Я матери. Эта часть Я отщепляется в сознании и подвергается наказанию. Многие из этих женщин не справляются со своей ролью матери, но у них остались проблемы с их собственными матерями или тем внутренним образом, каким является так называемое Эго матери. Убийство ребенка может, следовательно, быть заместителем убийства матери.

Мать, страдающая, например, нарциссическим нарушением, существует в симбиозе с ребенком и думает, что она имеет, так сказать, гарантированный объект любви. Одна мать, убившая своего ребенка, сказала: «Он был моим зеркальным отражением» [153]. Она воспринимает его не как отдельное самостоятельное существо, как визави, а как часть самой себя [52]. Во время беременности и после родов взаимоотношения «мать — ребенок» могут пострадать от реактивного поведения матери. И тогда ребенок может быть использован как «контейнер» для собственных деструктивных импульсов. Такое объяснение не только соответствует психоаналитической модели, но и имеет реальный фон. Так, например, Вайзе (Wiese) рассказывает, что одна мать после убийства своего ребенка высказалась следующим образом: «Мною управляла мысль, что я убиваю свою мать. Это наверняка основная причина смерти моего мальчика» [153].

Таким образом, ребенок воспринимается матерью не как отдельно живущее существо, а как часть ее собственных проблем, как «плавающий котел», как часть существа самой матери. Убийство ребенка можно истолковать следующим образом: мать действует как продолжение руки ее собственной матери, которая в прошлом, может

быть, тоже неосознанно чувствовала импульс к убийству, но не осмелилась его осуществить. Матери, убивающие своих детей, часто находятся в состоянии острого жизненного кризиса. Нередко этому предшествует расставание с партнером. Такая обида рождает чувство мести по отношению к партнеру, который и должен быть наказан смертью их общего ребенка. В убийстве ребенка можно рассмотреть и своего рода «спасение»: его как бы извлекают из злобного мира. Так, например, одна мать сказала: «Господь Бог — самый лучший отец, которого я могла ему дать» [153].

Нередко матери, убивающие своих детей, на первый взгляд кажутся совершенно адекватными, никто и не подумал бы, что «они могут сотворить такое». Агрессивный выпад против ребенка может произойти спонтанно и неожиданно. Чаще всего такой поступок не планируется заранее. Просто вдруг матери, страдающей от повышенной тревожности и требований, кажется, что это единственный выход из положения.

Расширенное самоубийство матерей — по сравнению со всеми случаями суицида — к счастью, случается очень редко. Чаще всего женщины убивают грудных детей или младенцев. Иногда матери страдают психопатическими состояниями. Нередко эти женщины были уже в детстве каким-то образом травмированы: их собственные матери или били их, или относились к ним с пренебрежением. Можно предположить, что степень серьезности заболевания или тяжесть повышенных требований к матери либо совсем не воспринимались окружающими их людьми, либо на это просто не обращали внимания, пока не произошло роковое событие [52].

То, что уже груднички или младенцы могут страдать депрессией, почти неизвестно неспециалистам. В следующей главе речь пойдет именно об этом.

Резюме

Вмешательство психотерапевта в случае послеродовой депрессии чрезвычайно важно и приносит большую пользу, так как этот вид депрессии хорошо поддается лечению, успешность которого важна не только для матери и всего ее окружения, но и для ребенка, разви-

тие которого может быть нарушено, если депрессивная фаза матери будет длиться долго.

Чаще всего «плаксивые» дни, наступающие через 3–5 дней после родов, не наносят обычно вреда и проходят сами собой. Однако это случается у 25–50% рожениц. Действительно требующие лечения случаи послеродовой депрессии имеют место у 10–15% матерей. Напротив, число случаев психоза в первые недели после родов очень мало (1–2%).

10

Что представляет собой анаклитическая депрессия?

О, какое счастье еще быть ребенком.

Лорцинг, «Царь и плотник»

Этот вид депрессии известен только в профессиональных кругах. Самое потрясающее здесь — это то, что при определенных обстоятельствах даже грудные младенцы на первом году жизни могут страдать этой психической болезнью. Термин «анаклитический» означает «прилегающий, примыкающий». Так выражается зависимость грудного младенца от кормящего его человека, который его защищает и ему симпатизирует. Как же могут страдать от депрессии грудные младенцы? Для этого нужны особенно неблагоприятные, трагические обстоятельства. Прежде чем ответить на этот вопрос, я хотел бы привести пример из жизни животных — эксперимент.

Известный исследователь Гарри Харлоу (Harry Harlow) выращивал молодых обезьян с помощью искусственной матери. Этот суррогат матери был из синтетического меха, а на груди были прикреплены две бутылки с молоком. Другая группа молодых обезьян

росла с искусственной матерью, не покрытой мехом, это был проволочный макет с молочными бутылочками. Обезьяны, выросшие с меховой искусственной матерью, могли развивать нормальные отношения, связанные с чувствами, как обезьяны, которые росли в природных условиях, т. е. с живой матерью. Они крепко за нее цеплялись, искали у нее защиту при опасности. А у тех обезьян, которые росли с проволочной матерью, никаких эмоциональных отношений с ней не было, они не видели в ней защитницу. Позднее обнаружилось, что у обезьян, выросших с проволочным макетом, была нарушена функция размножения, в отличие от второй группы. Было выявлено также различие междудвигающимся проволочным макетом и макетом неподвижным. Молодые животные, выросшие с подвижным макетом, показали лучшие результаты, чем те, которые росли с неподвижным. Из этого следует, что осязательные ощущения, возбуждение, вызываемое тактильным контактом, имеют большое значение. Так же важны и движения «матери», даже если это искусственное изделие [59, 15].

Результаты, полученные профессором Харлоу в ходе эксперимента, который он провел в университете в штате Висконсин (Wisconsin, Madison), сегодня могут показаться чем-то само собой разумеющимся, но в 1950-е гг. они были революционными. В то время наука считала, что с детьми надо меньше нянчиться и больше их закалять. Так, Дебора Блум (Deborah Blum), лауреат премии Пулицера, пишет:

У психологов того времени даже нечаянно не могло сорваться с уст слово «любовь»: отношения между родителями и ребенком обозначались словом «близость».

Описанный выше эксперимент иллюстрирует, что и для развития человека важно то же самое. Первостепенное значение имеет наличие человека, с которым существуют постоянные отношения, как правило, это мать или отец, от которого ребенок получает не только ласковое кормление (в психоанализе говорят об оральной фазе), но также согревающее чувство защищенности, передающееся через соприкосновение с кожей, от которого грудной ребенок, как правило, получает удовольствие при кормлении грудью. В последние

десятилетия авторы справедливо указывали на важность фазы тактильного контакта в жизни грудного младенца и всячески подчеркивали ее значимость (например, В. Battegay [15]).

В 1996 г. в газету «Нью-Йорк Таймс» пришло письмо следующего содержания:

Мы требуем, чтобы правовая, юридическая система и система уголовного преследования США, а также исправительные учреждения, нашли хотя бы одного убийцу, насильника или человека, зависящего от наркотиков, которого бы кормили грудью до двух лет или дольше. Рекомендация международной здравоохранительной организации [28, с. 119].

Конечно, нельзя сводить проблему к тому, кормили ли ребенка грудью и в течение какого времени (не говоря о том, что в западном мире ребенка вряд ли кормят грудью до двух лет). Но суть этого высказывания заключается в том, что дети, с которыми в грудном возрасте (конечно, также и позже) обращаются ласково и с любовью, в дальнейшем подвержены меньшей опасности совершить тяжкое преступление или вообще нарушить закон. Таким образом, кормление грудью становится символом нормального здорового отношения матери к ребенку — не в последнюю очередь потому, что кормление тесно связано с соприкосновением, с тактильным контактом.

Существует предание о том, что в XII в. император Священной Римской империи Фридрих II Гогенштауфен провел знаменитый эксперимент с детьми. Он собрал осиротевших младенцев и распорядился, чтобы детей как следует кормили и обеспечивали им необходимый уход, но кормилицам и нянькам категорически было запрещено разговаривать с малышами и ласкать их. Результат? Все эти дети умерли через короткое время. Комментарий императора:

Они же не могли жить без одобрения, жестов, приветливого выражения лица и ласки своих кормилиц и нянек [57].

Конечно, истинность этой истории проверить невозможно, но «мораль сей басни такова»: новорожденным и грудным детям необходим человек, поддерживающий с ними постоянные отношения,

дающий им любовь, занимающийся ими, кормящий их и соприкасающийся с ними телесно. Хотя сегодня это может показаться нам банальностью, мы все же должны признать, что эти элементарные условия для многих грудных детей не соблюдаются.

Анаклитическая депрессия была систематически исследована и описана после Второй мировой войны. К известнейшим пионерам в этой области принадлежит Рене Шпиц (Rene Spitz). Его книга, изданная на немецком языке, «От грудного младенца к малолетнему ребенку» (*Vom Saugling zum Kleinkind gehört*), стала классической [133]. Последствия частичного лишения грудных детей притока чувств он называет анаклитической депрессией, а полное лишение младенцев эмоциональных положительных контактов он называет госпитализмом (*hospitalismus*). Шпиц наблюдал развитие анаклитической депрессии у грудных детей, которые первые полгода своей жизни имели хорошие отношения с матерью, а потом были с ней разлучены. Сначала младенцы развивались нормально, так как в первые месяцы их отношения с матерью ничем не омрачались. После расставания с матерью они начинали очень много кричать, переставали интересоваться тем, что происходит вокруг, у них на лице появлялось выражение печали и покорности. Младенцы безучастно и тупо лежали на животе, их моторика замедлялась. Они начинали страдать бессонницей, теряли в весе. Все дети из этой группы стали гораздо менее стойкими по отношению к инфекциям. Через 3–5 месяцев малыши стали вести себя тише, спокойнее и почти перестали плакать. Выражение лица застыло, как бы «замерзло». Они неприятливо встречали тех, кто с ними контактировал. Из 90 детей, попавших в дом малютки, за которыми наблюдал Шпиц, на первом году жизни умерли 34 (37%) вследствие лишения притока чувств, т. е. вследствие разлуки с матерью, дававшей им до этого любовь, симпатию, защищенность, тактильный контакт и питание [58, с. 78].

То, что люди могут умереть от депрессии, не прибегая к самоубийству, многим может показаться странным. И все же это происходит, и не только с эмоционально заброшенными грудными младенцами. Со взрослыми происходит нечто совершенно аналогичное. К. Д. Стумпф (K. D. Stumpfe) описал случаи психогенной смерти у военнопленных и узников концентрационных лагерей. [137]. Пси-

хическое состояние этих людей характеризовалось регрессией, депрессией и апатией. Им все становилось безразлично. Незадолго до смерти они переставали реагировать на угрозы и наказания [137, с. 41]. Грудные младенцы, умирающие от анаклитической депрессии, вероятно, чувствовали себя так же, только они не могли это выразить словами!

Сущность анаклитической депрессии и госпитализма (*hospitalismus*), правда, была известна задолго до Рене Шпица — эти явления уже были описаны в 1900 г., — но только Шпиц систематически исследовал это явление, и благодаря ему в профессиональных кругах стали лучше знать этот феномен. К счастью, сегодня это тяжелое заболевание младенцев — по крайней мере, в западных странах — встречается очень редко. Интересно, что предпосылкой для классической анаклитической депрессии является тот факт, что первые полгода своей жизни младенец проводит с любящей матерью [133, с. 288]. Если детям, страдающим анаклитической депрессией, вернуть их мать не больше, чем через 3–5 месяцев, они снова становятся здоровыми. Если же разлука с матерью длится дольше пяти месяцев и за это время не возникают другие объектные отношения (т. е. если вообще нет никакого постоянного человека, занимающегося ребенком и способного дать ему тепло и защищенность), то начинается регресс, который, по-видимому, становится необратимым [133, с. 289], т. е. ребенок физически, умственно и духовно нормально не развивается. В своей работе Шпиц описывает различные степени регресса. Так, он описывает различие в состоянии грудных младенцев в доме малютки или в детском доме для найденышей. В доме малютки за грудными младенцами обеспечивался хороший уход, а в доме для найденышей — нет [133, с. 291]. Тяжелые необратимые последствия для интеллектуального и аффективного развития ребенка неизбежны, если сильная фрустрация (разлука с матерью) начинается на первом году жизни и длится примерно три года. Если разлука с матерью (лишение плюс пренебрежение) начинается лишь на втором году жизни, то также появляются изменения личности, которые, однако, имеют большую тенденцию стать обратимыми [57, с. 81].

К сожалению, и сейчас есть возможность дальнейшего изучения запущенных грудных и малолетних детей. После падения режима

Чаушеску в Румынии, в конце 1980-х гг., внимание общественности было привлечено к большому числу детей, воспитывавшихся в ужасных условиях в детских домах в этой стране. Они были очень сильно запущены и лишены элементарных условий, необходимых детям для успешного роста и здорового развития. В Западной Европе была организована действенная гуманитарная помощь румынским детям и приняты необходимые меры. В начале 1990-х гг. 324 таких ребенка были приняты английскими семьями. Этот «естественный» эксперимент изучался научно, чтобы описать последствия долгого грубого пренебрежения к детям, а также с целью выяснить, насколько такой ущерб, нанесенный в раннем возрасте, который испытывают маленькие дети, может быть возмещен, т. е. обратимо ли это бедствие [120, с. 93 и сл.]. Возраст румынских детей в то время, когда их усыновили, был различным: от нескольких недель до четырех лет. В качестве контрольной группы были выбраны 52 ребенка, родившихся в Англии и усыновленных в возрасте раньше шести месяцев. В момент усыновления у всех детей из Румынии было явное замедление развития, истощение и различные проблемы со здоровьем. Более поздние обследования этих детей — в возрасте 5 и 11 лет — показали, что они смогли, живя в Англии, прекрасно наверстать свое отставание в развитии за первые два года. Дальнейшие годы добавили уже необходимое. Результаты показали также, что существует линейная зависимость между длительностью пренебрежения в детском доме и степенью дефектов, которыми страдали дети. У румынских детей, прибывших в Англию, показатель IQ¹ зависел от длительности их пребывания в румынском детском доме. Если ребенок был в детском доме меньше шести месяцев, то к 11 годам средний показатель его IQ достигал 101. Если он жил там от 6 до 24 месяцев, то в дальнейшем средний показатель IQ не поднимался выше 86. В случае пребывания в детском доме более 24 месяцев IQ был равен не больше 83 [120, с. 96]. Однако сказанное касается не только умственного развития детей, но также и социальных отношений. У всех румынских детей — в момент усыновления — поведение характеризовалось сочетанием проблем в отношении при-

¹ IQ — коэффициент интеллекта. Средний «нормальный» показатель умственного развития IQ соответствует значению между 90 и 110.

вязанностей (невнимательность, гиперактивность, аутизм). В контрольной группе этих симптомов не было.

Резюме

Описанная Рене Шпицем в середине XX в. анаклитическая депрессия встречается даже у грудных детей, которые живут в детских домах. Будучи разлучены со своей матерью, являвшейся человеком, с которым у них были постоянные отношения, они лишены таковых в течение долгого времени, что лишает их возможности обмена чувствами, т. е. эмоциональных отношений. Эта форма депрессии проявляется тем острее, чем лучше был первоначальный эмоциональный контакт между матерью и младенцем [106]. Сильно запущенные дети были обнаружены в Европе в Румынии после падения режима Чаушеску. Хотя в западных странах анаклитическая депрессия стала очень редким явлением, я тем не менее считаю важным обратить на нее внимание, поскольку это явление подчеркивает значимость первых лет жизни ребенка для его жизни в дальнейшем. Человек, с которым ребенок находится в постоянных отношениях (как правило, это мать), не только важен для дальнейшего успешного развития ребенка, но его присутствие является первоосновой для всей дальнейшей жизни ребенка.

1 1

Люди, которые кончают жизнь самоубийством

Характерным симптомом отсутствия контакта между людьми в наше время является наше полное незнание того, что происходит в душе другого человека.

Профессор, доктор Эрвин Рингель

Напротив большой больницы находилось кафе. Сотрудники больницы могли выпить там чашечку кофе или перекусить. Служащие обоих учреждений хорошо знали друг друга, виделись каждый день. Однажды ночью произошло что-то странное. Старший официант кафе медленно шел мимо больницы. Он увидел, что в отделении неотложной помощи горит свет. Недолго думая, он вошел в больницу и сказал охраннику, что ему нужна неотложная помощь. Тот удивленно посмотрел на него, но доложил о появлении пациента дежурному врачу. Вскоре старший официант стоял перед заспанным ассистентом, который с удивлением спросил, что случилось. Старший официант затруднялся с ответом. Растягивая слова, он сказал, что у него уже давно есть некоторые проблемы. Оказавшись перед больницей, он увидел свет и подумал, что он может зайти. Молодому врачу стало смешно. Он прямо спросил посетителя, на что он жалуется. Тому некуда было деться, и он чистосердечно ска-

зал, что он пришел из-за своего плоскостопия. Тем временем с врача слетел всякий сон. Он проявил несдержанность и заявил старшему официанту, что здесь отделение неотложной помощи и что его плоскостопие здесь лечить некому. Днем ему следует обратиться к своему семейному врачу. Врач очень нелюбезно выставил пациента, чтоб не сказать — выгнал. На следующее утро ночной эпизод стал всем известен. Служащие больницы услышали, что этот странный пациент, которого они все знали, ночью явился в неотложную помощь, и каждый, в соответствии со своим темпераментом, смеялся или бранился.

Однако эта история имела продолжение. Через три дня в газете появилась публикация о том, что старший официант скончался. Он покончил жизнь самоубийством! После этого вся история предстала в другом свете. Можно предположить, что старший официант попытался поговорить с врачом о более глубоких проблемах. Он неловко и неудачно начал разговор о плоскостопии, а не о своих настоящих проблемах, о которых врач так ничего и не узнал. Можно допустить, что этот пациент уже был в депрессивном состоянии, когда пришел на пункт неотложной помощи, и что он уже думал о самоубийстве, которое он хотел совершить. Ведь пациенты часто не говорят прямо о своих истинных заботах. Иногда они говорят о «пустяках», не упоминая о подлинных проблемах, или же в самом конце разговора, почти на пороге, вскользь упоминают о них. Эту историю мне рассказал один коллега уже давно, и она мне очень запомнилась. Она выявляет трудности, с которыми сталкиваются врачи и психотерапевты, которые работают в службе предотвращения самоубийств.

Довольно велико число людей, которые обращаются к врачу до самоубийства. Из тех, кто кончил жизнь самоубийством, 40–50% за месяц, а 20–25% даже за неделю до самоубийства обращались к врачу (по разным причинам), и при этом, в большинстве случаев, не к психиатру [1].

В мире ежегодно примерно 1,5 миллиона человек кончают жизнь самоубийством [26]. Число тех, кто совершил попытку самоубийства, составляет около 20 миллионов. Если сюда прибавить тех, кто непосредственно причастен, например родственников, — то получится около ста миллионов человек, прямо или косвенно имеющих отношение к этому трагическому событию [43]. В Германии коли-

чество людей, покончивших жизнь самоубийством, примерно в два раза больше погибших от несчастных случаев на транспорте. Число самоубийств больше, чем количество жертв войны [29]. Особенно высок процент самоубийств — в первую очередь среди мужчин — в прибалтийских государствах [26]. Вообще среди мужчин самоубийцы встречаются чаще, чем среди женщин.

Кто больше всех подвержен угрозе самоубийства? Каковы классические группы риска в отношении совершения самоубийства или попыток его совершить? Наиболее часто в группу риска входят люди, страдающие депрессией. Чаще всего сводят счеты с жизнью или пытаются это сделать люди, страдающие алкогольной, лекарственной или наркотической зависимостью, а также старики и одинокие люди, которые заранее объявляют о том, что собираются кончить жизнь самоубийством, и те, которые уже раньше делали попытку суицида [74 + 50].

Неудивительно, что чаще всего в группу риска суицида попадают люди, страдающие депрессией. Для этой болезни типично предаваться негативным размышлениям на пессимистические темы. К тому же люди, страдающие депрессией, становятся жертвами таких чувств, как отвращение к жизни, ощущение безнадежности и бессмысленности существования. Все это прокладывает дорогу к самоубийству.

Существуют признаки, принципиально отличающие сны, которые видят люди, страдающие депрессией, и сны тех, кто стремится к самоубийству. В депрессивном состоянии людям снится, что они чем-то разочарованы, что над ними висит какая-то угроза, что они унижены. Они чувствуют себя оттесненными на задний план, покинутыми, осмеянными, раскритикованными и растерянными. Те, кто думает о самоубийстве, видят во сне мертвецов и смерть, им снится саморазрушение и гибель других людей.

Около 90% людей, кончивших жизнь самоубийством, страдают каким-либо психическим заболеванием. В первую очередь — это люди в состоянии депрессии. Многие не получают надлежащего лечения. Долгосрочные исследования, проведенные в Швейцарии, наводят на мысль, что риск суицида может быть значительно снижен с помощью последовательного курса психотерапии. Это относится даже к тем пациентам, которых следует считать подверженными очень большому риску самоубийства [14].

Около 50 лет назад Эдвин Рейгель (Edwin Riegel), работающий в Вене, описал синдром, характеризующий предсуицидальное состояние. Он выделил три основных элемента, которые лежат в его основе [116, 117]:

1. **Подавленность** — ощущение стесненности. Соответствующие больные ощущают препятствия со всех сторон и чувствуют себя — и в прямом, и в переносном смысле — втиснутыми во все более сужающиеся тесные рамки. Эта ситуация переживается как угрожающая и подавляющая. Больные чувствуют бессилие и незащищенность. То, что прежде имело для них большое значение, теряет свою важность. Мир ценностей сужается. Динамическая подавленность проявляется в утрате спонтанности, в заторможенности и пассивности. Динамика личности не слабеет, но появляются побуждения, направленные на саморазрушение. Таким образом, динамическая подавленность означает сосредоточение движения всех чувств в одном-единственном направлении — на отчаяние, безнадежность и саморазрушение.
2. **Заторможенная аутоагрессия** — агрессия, направленная на себя самого. Происходит изменение направленности вектора агрессии, при этом может возникнуть такое давление, которое не все в состоянии выдержать. При этом часто возникает бессильная ярость, которая также направлена против собственной личности, так что дело может дойти до «внутреннего взрыва». Это может выразиться в обвинении всех вокруг, упреках всему миру. Происходит не только саморазрушение, но возникает желание отомстить другим людям. В этой связи Рейгель приводит впечатляющий пример. Он спросил девушку, пытавшуюся свести счеты с жизнью, сестра которой только что покончила жизнь самоубийством, как могли бы дальше жить их родители, если бы они потеряли и второго ребенка. Девушка, не задумываясь, ответила: «Столько детей, сколько мои родители заслуживают потерять из-за их самоубийства, им не нарожать за всю жизнь!» [50]
3. **Суицидальные фантазии** — третья важная составляющая пресуицидального синдрома: суицидальные фантазии разрастаются и становятся превалирующими. Эти фантазии и желание смерти провоцируются интенсивными размышлениями о собственной смерти. Сначала человек представляет себя мертвым, т. е.

воображение рисует не умирание, а его результат. Мысли о самоубийстве не доходят до конкретных планов осуществления. В конце концов продумываются определенные способы самоубийства во всех деталях, а затем дело доходит и до их исполнения. То, что поначалу выглядит как механизм снятия нагрузки, позже окажется бумерангом. Мысли о самоубийстве становятся навязчивыми и возникают против воли человека. Они становятся все интенсивнее, пока дело не дойдет до смерти. В конце концов спланированное самоубийство оформляется во всех подробностях и тщательно продумывается время его совершения. В этой стадии может наступить так называемое «затишье перед бурей». Больной может казаться внешне спокойным и просветленным, так что окружающие думают, что депрессия ослабла и состояние улучшилось.

Пресуицидальный синдром может тянуться часы, недели, месяцы. Не все больные, которые совершают самоубийство, находятся перед этим в состоянии депрессии в клиническом смысле, но все же так бывает у большинства. При подозрении на возникновение депрессии врач должен постоянно расспрашивать больного о наличии у него импульсов к суициду и мыслей о нем.

В исследовании, которое провела Жозефи (Josephy) [70], все пациенты, которые 3–4 года назад были госпитализированы в отделения неотложной помощи в кантоне Базель в связи с попыткой самоубийства, были обследованы вновь. Из первоначального числа 109 пациентов (женщин — 66, мужчин — 43) удалось лично опросить 43 человека (31 женщину и 12 мужчин). В большинстве случаев (89%) пациенты пытались отравиться с помощью медикаментов или сочетая лекарства с алкоголем. До отслеживания катамнеза 5 женщин и 5 мужчин все-таки совершили самоубийство (за 3–4 последующих года). Из больных заново обследованной группы 40% делали еще как минимум по одной попытке суицида в это время. Приходя в сознание в отделении реанимации, 16% испытывали чувство облегчения оттого, что они выжили после суицидной попытки. Охарактеризовали свою нынешнюю жизненную ситуацию как значительно лучшую по сравнению с той, в которой они находились в момент попытки суицида, 76%. Проведенное исследование ясно показало, что работа по предупреждению самоубийств имеет смысл

и окупаются. Очень важно, чтобы у людей, пытавшихся положить конец своей жизни, почвилось желание жить при проведении профессионального курса психотерапии и чтобы их друзья и знакомые не оставляли их в беде. Попытка самоубийства должна в принципе пониматься как «крик о помощи» — иногда сознательный, нередко — неосознанный.

Чем дольше исследуется депрессия, тем яснее становится, что она встречается чаще, чем считалось раньше. У многих людей депрессию не распознают, а следовательно, не лечат. Это, с одной стороны, связано с тем, что многие не понимают серьезности этой болезни и не обращаются к врачу для лечения, а с другой стороны, это объясняется тем, что семейный врач, к которому больной приходит в первую очередь, не распознает депрессивное состояние — и поэтому пациент не получает лечения. Известно, что в Америке на приеме у врачей широкого профиля около половины случаев депрессии остаются нераспознанными [13].

После самоубийства необходимо позаботиться о тех, кто остался. Они часто испытывают острое чувство вины, так как они ощущают ответственность за этот поступок, считают, что они что-то упустили или что-то неправильно сделали. Дело может даже дойти до попыток наказать себя, которые, в свою очередь, тоже ведут к появлению мыслей о самоубийстве. Люди, потерявшие партнера или члена семьи, совершившего самоубийство, подвержены впоследствии высокому риску заболеть депрессией. Также у них могут развиваться психосоматические недомогания либо они сами могут приобрести склонность к самоубийству [14]. Такие страдания встречаются нередко не только у тех, кого непосредственно коснулись самоубийства, но также у представителей профессий, связанных с оказанием помощи людям. Это относится, например, к полицейским, пожарным и психиатрам. Среди людей таких профессий констатируется больший процент самоубийств, чем это имеет место в среднем по населению в целом. Самоубийство близкого человека всегда связано с сильными переживаниями. В этом случае люди испытывают в большей мере тревогу и чувство вины, чем при других утратах, — например, вследствие болезни или несчастного случая. Самоубийство может вызвать иногда и сильную ярость, гнев. Так, одна пациентка после самоубийства мужа сказала: «Я так зла на него, что если

бы он вернулся, я бы сама его убила!» [53]. Шок и печаль — это начало процесса переживания горя. При этом могут проявляться противоречивые чувства и мысли. Здесь человеку нужны близкие люди, друзья, которые хотят и могут выдержать шквал отрицательных эмоций без предубеждения. Не у всех есть силы для того, чтобы справиться и пережить скорбь, — не все обладают достаточной психической устойчивостью, не у всех есть верные друзья и хорошие знакомые. Поэтому скорбь может перейти в депрессию либо может начаться процесс развития депрессии.

Нередко недооценивают — в связи с попытками суицида — опасность, исходящую от Всемирной паутины. В Интернете появляется все больше сайтов с описанием способов самоубийства (так называемые «киберсуициды»), а также с информацией о смертельных дозах лекарств. Можно было бы охарактеризовать киберсуициды как призыв к самоубийствам. Кликнув «самоубийство» или «суицид», можно найти множество сайтов на различных поисковых системах. Но здесь речь идет не только об информативных сообщениях по теме самоубийства, но о так называемых «Newsgroups», где без всякой цензуры можно поместить непроверенные сведения, имеющие отношение к самоубийствам. Это может также быть «Internet-Relay-Chat-Channel», где по этой теме ведутся дискуссии онлайн. В этих чатах активно обсуждаются прощальные письма и дневники самоубийц, что представляет большую опасность, так как возникает некая корпоративность, групповое давление, которое нельзя недооценивать и которое может инициировать реальное осуществление суицида [78].

Нельзя также недооценивать эффект подражания, когда речь идет о самоубийствах. Это явление называется «эффект Вертера», так как подобный случай был описан в известном романе Гёте «Страдания юного Вертера». Этот опыт показывает, что распространение в средствах массовой информации сведений о самоубийстве — по крайней мере определенным образом, в нарочитой форме, с иллюстрациями — может оказать заражающее воздействие, т. е. после такого сообщения происходит большее число самоубийств, не соответствующее среднестатистической норме. К «эффекту Вертера» нередко относились либо небрежно, либо с сомнением до тех пор, пока в 1980-х гг. не удалось доказать заражающее воздействие на

других людей с помощью фиктивных моделей. Поводом для этого послужил показанный в 1981 г. на II канале телевидения Германии сериал «Смерть ученика». Каждый раз перед началом очередной серии показывался исход самоубийства ученика: 19-летний Клаус Вагнер бросался под проходящий поезд. Телесериал через полтора года повторили [50]. А. Шмидке и Х. Хафнер (A. Schmidtke, H. Hafner) сумели доказать, что после каждой телепередачи процент самоубийств сразу возрастал сверх среднестатистических норм [127]:

Возрастание числа самоубийств на железной дороге было наибольшим в группах населения, наиболее близких по возрасту и полу к фиктивной модели. Для мужчин возраста 15–19 лет за промежуток времени в 70 дней во время и после первой передачи, по сравнению с контрольными промежутками времени, произошло возрастание числа случаев суицида на 179%, для женщин той же возрастной группы — на 167%. Среди женщин старше 30 лет и мужчин старше 40 лет значимых увеличений числа самоубийств не было. Формулируя в научных терминах результаты проведенного эксперимента, можно сказать, что впервые удалось доказать давно разрабатываемую гипотезу, согласно которой ознакомление с искусственной моделью может дать толчок к суицидальным действиям [127].

Когда психиатр пишет книгу о пациентах, страдающих депрессией, то у него может возникнуть искушение приводить в пример такие случаи, когда опасность самоубийства и лежащая в ее основе депрессия были успешно излечены. Вероятно, каждый работающий в своей профессии психиатр мог бы рассказать о десятках таких примеров и тем самым показать, что и психиатрическая работа может иметь успех (многие неспециалисты, а также многие медики в этом сомневаются). Любой исполняющий свои обязанности психиатр считает это само собой разумеющимся и просто жизненно важным. Я же хочу поступить противоположным образом: расскажу о лечении пациентки, страдавшей депрессией, которая — несмотря на психотерапевтическое лечение — совершила самоубийство. Таким образом, я опишу неудачу психотерапевта, которая, однако, весьма поучительна.

Женщина примерно 50 лет пришла лечиться после того, как она пережила неудачное замужество и потеряла друга за два года до на-

чала ее лечения. Ко мне она пришла через две недели после попытки самоубийства: она пыталась отравиться, приняв более ста таблеток снотворного. Она приняла их дома перед выходными днями, однако через несколько дней проснулась после глубокого сна безо всякого медицинского вмешательства. Ее отец страдал алкогольной зависимостью, но она его не помнила, так как родители развелись, когда ей было четыре года. После этого она была помещена в детский дом для сирот. В препубертатном возрасте она жила с матерью, которая успела выйти замуж вторично. В школу она ходила неохотно, так как боялась учителей, да и не была особенно хорошей ученицей. В возрасте 24 лет она родила дочь, позднее — еще двух дочерей после того, как она вышла замуж за отца своих детей. В возрасте 42 лет она рассталась с мужем, а через несколько лет официально с ним развелась. Причиной развода было хроническое психическое заболевание ее мужа. После того как эта пациентка стала кое-как зарабатывать на жизнь, она стала инвалидом из-за боли в спине. Примерно за год до смерти пациентка меня спросила, можно ли сделать тест на СПИД, так как недавно она имела интимные отношения с двумя различными мужчинами. Тест, проведенный семейным врачом, дал отрицательный результат. После почти трехлетнего курса психотерапии подруга пациентки мне сообщила, что эта женщина застрелилась. Примерно за три месяца до самоубийства пациентка перестала принимать все лекарства, кроме снотворных.

Во время курса психотерапии вызывали необходимость обсуждения и соответственно были проработаны следующие группы проблем:

1. **Депрессивное настроение и склонность пациентки к самоубийству.** Несмотря на регулярные сеансы психотерапии и на применение психотропных средств, полного улучшения настроения у пациентки не наступало. Она жаловалась на такие симптомы, как бессонница, нарушения способности к концентрации, чувства одиночества и вины, фобии. Во время всего курса психотерапии у пациентки латентно присутствовали мысли о самоубийстве. Она также не раз говорила, что не видит смысла в жизни и что если бы она умерла при попытке самоубийства, то ей не пришлось бы сейчас страдать.

2. **Отношения с дочерью.** Много лет назад одна из ее дочерей пыталась покончить жизнь самоубийством, после чего она осталась инвалидом. Однако пациентке удалось возобновить, заново закрепить и сохранить контакт с дочерью. Она в целом воспринимала эти контакты как позитивные, хотя дочери многое ставили ей в упрек.
3. **Финансовые проблемы.** Временами пациентке приходилось жить на такие деньги, которые соответствовали лишь прожиточному минимуму. В последний год жизни она получала половину инвалидной пенсии. Ей пришлось ходить по разным учреждениям и доказывать, что ее заработок недостаточен, что на него нельзя прожить. Бывший муж должен был бы по закону регулярно передавать ей какую-то сумму, но, по-видимому, он был не в состоянии делать это. В конце концов различные инстанции вынуждены были заняться ее финансовыми проблемами. Погоня за элементарным обеспечением прожиточного минимума была для пациентки тяжелой и унижительной.
4. **Психофармакология.** Во время лечения пациентка получала лекарства — антидепрессанты, снотворное, а иногда нейролептики. Она могла по собственному усмотрению уменьшать дозу или вообще не принимать что-то из лекарств, чаще всего по необъяснимым причинам. Нередко приходилось менять антидепрессанты или снотворные, так как она слабо на них реагировала. Вновь назначенные психотропные средства ей помогали, но всякий раз лишь частично, и обычно они устраняли недомогание лишь на короткое время.

В биографии этой пациентки бросается в глаза, что всегда важные, значимые для нее люди либо разочаровывали ее, либо вызывали фрустрацию. С биологическим отцом ее не связывали никакие воспоминания. Она была в хороших отношениях с отчимом, но он появился, когда ей уже было десять лет. Собственный муж ее безмерно разочаровал, но это объяснялось, по-видимому, главным образом его болезнью. Единственный человек, с которым у нее были, по-видимому, по-настоящему хорошие отношения в течение долгих лет — ее друг, — умер и тем самым тоже покинул ее. Его смерть, вероятно, вызвала у нее развитие депрессии. Интимные отношения

с двумя различными мужчинами, с которыми она была лишь поверхностно знакома, можно расценить как попытку как-то заполнить пустоты и скрасить одиночество. Эти кратковременные связи сама пациентка впоследствии характеризовала как жизненные неудачи. Возможно, и отношения с психотерапевтом не оправдали ожиданий, поскольку ни психотерапевтическое, ни фармакологическое лечения не освободили ее от духовного уныния, разочарований и депрессии. Таким образом, ей так и не удалось пожить так, чтобы почувствовать удовлетворение.

Смерть этой симпатичной женщины привела меня в растерянность и, кроме того, все-таки была для меня неожиданной. В связи с этим возникают различные вопросы. Например:

- Можно ли было предотвратить самоубийство?
- Помогло бы усиление давления на нее в вопросе более регулярного приема антидепрессантов?
- Смогла бы госпитализация в психиатрическую клинику отдалить или предотвратить самоубийство?
- Может быть, я должен был чаще вызывать пациентку на беседы, более интенсивно заняться ею и ее судьбой?

Подобные вопросы, в принципе, всегда появляются после каждого случая самоубийства. По большей части невозможно ответить на них удовлетворительно. Как следствие могут появиться чувства беспомощности и отчаяния. В данном случае вопросы психотерапевта встают еще острее, так как он не беседовал с родственниками. Так, дочери этой пациентки не хотели иметь со мной контактов в ходе проводимого мною курса психотерапии. После ее смерти к психотерапевту за справками так никто и не обратился.

Этот пример показывает, что процесс лечения может внезапно и резко прерваться, и все же ситуация не находит законченного решения, поскольку известие о самоубийстве пациентки вызывает потрясение у психотерапевта, не дает ему покоя и ставит под сомнение его работу. И только теперь видятся актуальными вопросы, которые раньше ставились по-другому, лишь мимоходом, а иногда и вовсе не возникали. И он будет мучиться этими вопросами всю оставшуюся жизнь, а они либо останутся без ответа, либо «застрянут в сфере умозрительных рассуждений».

Резюме

Описанный 50 лет назад пресуицидальный синдром, который должен объяснить психодинамику человека до его самоубийства, можно вкратце представить следующим образом:

1. Подавленность.
2. Заторможенная аутоагрессия.
3. Суицидальные фантазии.

В мире ежегодно около 1,5 миллиона человек совершают самоубийство. Число тех, кто пытается уйти из жизни, оценивается приблизительно в 20 миллионов. Указываются особые группы риска в отношении попыток суицида. В первую очередь сюда входят люди, страдающие депрессией. Подчеркивается также важность помощи, которая необходима человеку, совершившему попытку самоубийства, а в случае суицида члена семьи — родственникам. По возможности, не следует оставлять их одних. Эмоции, связанные с переживанием горя, следует принимать и относиться к ним терпимо.

12 Сезонные депрессии

И свет луны будет, как свет солнца, а свет солнца будет светлее...

Книга Пророков 11:7

В приложении к одной газете была опубликована статья бывшего директора Базельской психиатрической университетской клиники Пауля Кильхольца (Paul Kielholz) на тему «Рождество, депрессия запрограммирована?» [72]. Хотя «рождественская депрессия» — не официально принятый термин, все же в это время многим людям грозит опасность душевного разлада, особенно по следующим причинам. Рождество — особенно волнующий праздник. Как никакой другой, он вызывает воспоминания детства, напоминает нам о том времени, когда собиралась вся семья, когда «все еще было в порядке». Многие члены семьи, которые бывали на этом празднике, успели умереть, а сам человек, может быть, стал одиноким и живет изолированно. Он сознает, что уже не поддерживает контактов с другими людьми, а одиночество особенно болезненно переживается в конце года.

К тому же человек склонен в конце года подводить итоги, размышлять о событиях года минувшего, а также осмеливается заглянуть в будущее. Часто этот итог предстает не в столь розовом свете,

как хотелось бы. А будущее кажется ненадежным, и это может вызвать тревогу. Может быть, и в профессии не удалось добиться того успеха, о котором мечталось, и не получено то признание — в человеческом или материальном отношении, которого мы ожидали. Депрессией страдают чаще женщины, чем мужчины. Возможно, это связано с тем, что в это время на женщину возрастает нагрузка как на работе, так и по дому. А может быть, женщины более впечатлительны и чувствительны, чем мужчины. Кроме того, возможно, на женщину возлагается слишком большая ответственность за то, чтобы праздник прошел удачно. Вероятно, все эти факты привели к тому, что в западном мире самый прекрасный праздник имеет и такие приметы: погоня за деньгами, суматоха, спешка, переполох с подарками, одно только лицемерие.

В своей статье Кильхольц обращает внимание также на еще один очень важный аспект: эмоциональное напряжение, суета, чрезмерные требования, двойная нагрузка на работе и дома, а также финансовые трудности — все это не обязательно должно провоцировать депрессию, если на работе и в семье царит хорошая атмосфера.

Даже тяжелые эмоциональные потрясения можно перенести без ущерба для здоровья, если у человека есть семейное и дружеское окружение, которое поддерживает и помогает. Но совершенно очевидно, что сегодня этих предпосылок уже нет. Людям, живущим отдельно и одиноким, Кильхольц дает совет:

Помоги другому человеку не проводить праздники в одиночестве — и ты поможешь этим себе самому. Пригласи других на Рождество к себе — и ты получишь двойной праздник. Замечай и переживай страдания и отчаяние других людей — и легче перенесешь собственные горести.

Этот совет созвучен старой народной мудрости: «Разделенное горе — это полгоря, разделенная радость — радость вдвойне».

Однако рождественская депрессия очень мало или условно связана с типичной сезонной депрессией. Под сезонной депрессией понимается нечто другое. Она была открыта и описана благодаря прогрессу в области хронобиологии — науки, изучающей биологические ритмы. Известная исследовательница в этой области, Вирц-Джюстич (Wirtz-Justice), пишет:

...Внутренние часы — главный циркадный регулятор — расположены в супрахиазмальных ядрах гипоталамуса¹, и отсюда они руководят (дирижируют) целым оркестром функций организма, направляя его 24-часовой ритм. Самый важный показатель времени для наших внутренних часов — это свет [157].

Хронобиология — отдельное направление исследований, на котором мы можем лишь вкратце остановиться. Действие света как указателя времени воспринимается недавно открытым фоторецепторным пигментом меланопсином в клетках внутренней сетчатки. Этот сигнал передается дальше не по обычным зрительным каналам, а по специальным нервным путям, ведущим от сетчатки к упомянутым выше супрахиазмальным ядрам гипоталамуса [157].

Говоря о значении света, надо обязательно упомянуть о второй системе, которая влияет на наше состояние, особенно на ритм сна/бодрствования. В эпифизе (шишковидной железе — *corpus pineale*) вырабатывается мелатонин (о котором много спорят). Он имеет форму шишки итальянской сосны пинии, его величина — приблизительно 1 см, и находится он почти точно в середине нашего мозга. Французский философ Рене Декарт считал, что в эпифизе располагается наша душа [148]. Мелатонин — это гормон, который вырабатывается главным образом в ночное время. Важной причиной нарушений сна является вызванное дефицитом мелатонина нарушение циркадного ритма. Наибольшая концентрация мелатонина достигается вскоре после полуночи. К утру уровень мелатонина резко падает. Мелатонин ведает биологическими часами, т. е. от него зависит циркадный ритм человека. Малое количество мелатонина (в течение дня) означает для человека активное состояние. Напротив, усиленная выработка мелатонина является условием фазы покоя.

Мелатонин — не средство омоложения. Это — гормон, препараты с содержанием которого могут назначаться при нарушениях сна и тем самым положительно влиять на качество жизни, особенно в старости (в преклонном возрасте). В принципе, следовало бы его принимать только по предписанию врача. О лечении мелатонином можно думать лишь в том случае, если собственная выработка ме-

латонина недостаточна или если нарушен циркадный ритм. Уровень мелатонина можно измерить в крови, в моче и в слюне. В наше время мелатонин часто принимают при нарушениях сна, которые могут появиться после долгих авиапутешествий. То же самое относится к людям, работающим посменно, ибо в обоих случаях ритм свет/темнота нарушен. В первом случае это связано со сдвигом поясов времени, а во втором — с чередованием дня и ночи. К немногим препаратам, содержащим мелатонин, которые врач может прописывать, не задумываясь принадлежит мелаксен (Melachron) [148].

Типичная сезонная (связанная со временем года) депрессия регулярно проявляется в течение года, чаще всего с наступлением осени. Здесь речь идет о симптоматике, сравнимой с другими видами депрессии, однако некоторые различия следует отметить. Так, например, при сезонной депрессии характерно время, когда она начинается (как было сказано выше, это осень), сильная потребность в сне (тогда как при других видах депрессии характерно, что больные спят меньше обычного), а также усиленный аппетит (в отличие от большинства видов депрессии, для которых характерна утрата аппетита или его снижение).

Сезонная депрессия, которую называют также «зимней депрессией», характеризуется следующими признаками:

1. Признаки депрессии появляются регулярно, приблизительно в одно и то же время (чаще это бывает осенью).
2. Симптомы депрессии весной ослабевают, и во время летнего полугодия (с увеличением продолжительности дня) в большинстве случаев не проявляются.
3. Сезонная депрессия проявляется у 70–90% пациентов в усиленной потребности в сне.
4. Усиленный аппетит появляется у 70–80% пациентов. Вследствие этого происходит соответствующее прибавление веса [156].

Гендерные различия выражены еще ярче, чем в остальных видах депрессии: этот симптом у женщин проявляется в четыре раза чаще, чем у мужчин.

В Центральной Европе около 2% взрослого населения страдают сезонной депрессией. Этот вид депрессии главным образом связан

с действием света. Зимой, естественно, воздействие света гораздо слабее, чем летом. Зимой увеличивается длительность процесса выделения мелатонина. Большинству людей, страдающих сезонной депрессией, помогает светотерапия.

Эффективность светотерапии была доказана многими контролируемыми исследованиями. Световое облучение (о котором еще пойдет речь ниже) чаще всего дает заметное улучшение состояния уже через короткое время. По крайней мере, примерно 2/3 таких пациентов ощущают ослабление депрессивных симптомов. В то время как обычно освещенность внутренних помещений составляет 50–300 люкс, можно с помощью специальных ламп увеличить ее уровень до 2500–10 000 люкс. Совершенно очевидно, что может принести пользу естественное светолечение, например регулярная прогулка по утрам на свежем воздухе при хорошей погоде. Нормальное воздействие света вне дома колеблется примерно между 1000 люкс (при пасмурном небе) и около 100 000 люкс — под полуденным солнцем.

При искусственной светотерапии (примерно час под лампой при освещенности 2500 люкс и 30 минут — под лампой при освещенности 10 000 люкс) улучшение состояния наступает примерно через неделю, но чаще всего — через две недели лечения.

После того как наступит улучшение (ослабление депрессивных симптомов), следовало бы продолжать лечение в течение всей зимы. Как правило, лечение имеет наибольшую эффективность, если светотерапевтические сеансы происходят в утренние часы. Пациент может сидеть на расстоянии 60–80 см от источника света. Примерно один раз в минуту ему следует на 2–3 секунды смотреть прямо на источник света [155, с. 51].

Светотерапия имеет то преимущество, что она почти не дает побочных эффектов, а если это случается, то очень редко. Иногда пациенты жалуются на жжение в глазах, нечеткое зрение, головную боль или усталость. Во всяком случае эти побочные действия, как правило, выражены слабо и чаще всего исчезают по прошествии нескольких дней. В случае необходимости следует уменьшить дозу света [156]. Около трети страдающих сезонной депрессией слишком слабо (недостаточно) реагируют или совсем не реагируют на светотерапию. Таким пациентам следует принимать антидепрессанты. В настоящее время светотерапия иногда применяется как дополнительный вид лечения несезонной депрессии.

Резюме

В данной главе, после нескольких слов о так называемой «рождественской депрессии», обсуждается сезонная депрессия в собственном смысле слова (называемая также «зимней депрессией»). В основе сезонной депрессии лежит недостаточное количество света (циркадный ритм), а также влияние вырабатываемого шишковидной железой гормона — мелатонина. «Зимняя депрессия» обычно начинается осенью. Во время летнего полугодия предрасположенные к сезонной депрессии чувствуют себя здоровыми и никаких симптомов болезни не ощущают. Сезонной депрессией страдают около 2% населения. Избираемое лечение заключается в светотерапии: пациенты должны ежедневно сидеть перед специальным источником света, дающим освещенность в 2500–10 000 Lux. Естественное светолечение — регулярные прогулки на природе — тоже может оказать позитивное влияние. Примерно 2/3 пациентов ощущают улучшение состояния в результате светотерапии, которое наступает через короткое время.

13 Посттравматическое стрессовое расстройство (ПСТР)

Тяжелые раны человеческой души чаще всего не лечатся, так как они недостаточно осознаются.

Профессор, доктор Бригитта Люгер-Шустер

Для непосвященных этот термин несколько сложен, но он отнюдь не является чем-то новым. Правда, в официально принятой психиатрической номенклатуре он присутствует в такой форме лишь несколько десятилетий, но сам феномен, весьма вероятно, так же стар, как и человечество. Прежде симптомы, соответствующие этой болезни, характеризовались как травматический невроз, военный невроз, шок от контузии, неврастения, реакция на стресс и т. д. Эти разнообразные обозначения указывали на то, что и в прежние времена у врачей были трудности в определении этого феномена. Следствием являлось непонимание со стороны врачей, которым казалось, что пациенты симулируют болезнь. В этой связи следует напомнить, что после Первой мировой войны появилось выражение «военные трусы». В специальной научной литературе нередко описываются

симптомы, похожие на ПСР, которые получили специальное название и которые следует отнести к рубрике ПСР. Это, например, стокгольмский синдром, синдром войны в заливе [85] или синдром холокоста [143]. Посттравматическое стрессовое расстройство было включено в классификационные системы: в DSM-III в 1980 г. и в 1991 г. — МКБ-10 (DSM-III и МКБ-10 — это психиатрические классификационные системы) [58].

Прежде всего отметим, чем ПСР не является. Оно не имеет ничего общего с повседневной фрустрацией, которая случается с каждым. Плохие оценки в школе, следовательно, не вызовут ПСР. Нередко встречаются также травмы, которые вполне были бы способны вызвать ПСР, но этого не происходит. В качестве примера приведу случай, происшедший с одним моим коллегой, который пережил авиакатастрофу. В момент приземления большого пассажирского самолета на его борту начался пожар. Едкий дым представлял смертельную опасность. Пассажиры должны были примерно за одну минуту покинуть самолет. Хотя место его было в задней части салона, ему удалось пройти вперед и выпрыгнуть в открытую дверь после того, как самолет сошел с посадочной полосы и остановился. Примерно 12 человек не сумели этого сделать и погибли. Как мне позднее рассказывал мой коллега, находясь на борту самолета, он не ощутил паники. Поначалу он думал, что и он не сможет выбраться из горящего самолета, и почувствовал глубокое сожаление. Он не только физически не пострадал от этой аварии, но и духовно. После этого ему никогда не снились соответствующие сны или кошмары. И настроение осталось у него хорошим, как и прежде. Депрессии он также не испытал. Напротив, по его словам, он с тех пор стал жить более интенсивно и более сознательно.

С моей точки зрения, эта реакция может быть объяснена двумя существенными причинами:

1. Этот коллега всегда был духовно очень здоровой личностью.
2. Хотя пережитая им травма была тяжелой и в его непосредственном окружении погибли люди (которых, однако, он не знал), — все произошло очень быстро, весь эпизод занял лишь несколько минут.

Что же такое — посттравматическое стрессовое расстройство? Оно может появиться после физического, сексуального и эмоцио-

нального травмирования, включая также пренебрежение. Иногда симптомы, присущие этому состоянию, могут проявляться через месяцы и годы после соответствующего происшествия. Например, это могут быть повторяющиеся воспоминания, принимающие форму ярких картин, когда случившееся снова предстает перед мысленным взором человека (flashbacks). Под этим понимается «неожиданное повторное переживание травмы, сопровождаемое сильными чувствами, когда создается впечатление, что травма действительно наносится заново» [121, с. 20].

Посттравматический синдром характеризуется следующими основными чертами:

1. Необычное, опасное для жизни событие, вызвавшее сильный страх и чувство беспомощности.
2. Переживание события заново вследствие навязчивых воспоминаний, называемых ретроспекцией.
3. Поведение, направленное на то, чтобы этого избежать.
4. Повышенная психическая чувствительность (нарушение сна, раздражительность, нарушение способности к концентрации).
5. Длительность — больше месяца после события.
6. Ярво выраженные нарушения в различных жизненных сферах [163].

Многие травмированные люди не усматривают прямой связи между их недомоганиями и, нередко уже давним, переживанием, приведшим к посттравматическому синдрому. Почти 90% пострадавших ощущают недомогания непосредственно после травмировавшего их события. В 10% случаев возможен латентный период времени. Это могут быть даже годы. Встречаемость этого заболевания составляет 6–8% всего населения [58].

Диагностически посттравматический синдром принадлежит к нарушениям на почве страха. При этом заболевании склонность к самоубийству в 15–20 раз выше, чем по населению в целом.

Симптоматика основывается на патологическом переживании травматического опыта, превышающем личные границы выносливости психических нагрузок.

Механизмы преодоления аналогичны тем, которые действуют при соматическом травмировании [58].

Исследования показали, что в некоторых участках мозга после психической травмы обнаруживаются структурные изменения. Так, например, у ветеранов войны во Вьетнаме и у жертв изнасилования выявилось уменьшение гиппокампа — мозговой структуры — на 5–25%. Это уменьшение объема объясняется разрушением тканей [142, с. 42–43].

Для того чтобы можно было говорить о том, что имеет место ПСР, симптомы должны сохраняться дольше одного месяца. Если симптомы проявляются лишь недолго, несколько дней, то говорят об острой реакции на стресс. Около половины людей, страдающих посттравматическим синдромом, уже имели психические заболевания раньше: депрессии, сочетавшиеся со склонностью к самоубийству; зависимость от лекарств, алкоголя, наркотиков; тревожные расстройства (так называемые сопутствующие заболевания).

Тема посттравматического синдрома в последние годы привлекла большое внимание. Прежде всего это связано с последствиями террористического акта 11 сентября 2001 г. в Нью-Йорке. Эта катастрофа оказала огромное воздействие на людей. Согласно исследованию, проведенному в 2002 г., 24% нью-йоркских школьников различных возрастных групп перенесли посттравматический синдром [1].

В том же самом месяце, 29 сентября 2001 г., в Швейцарии пережили последствия безумного акта в парламенте кантона Цуг, во время которого погибли 15 человек. И это массовое убийство имело свои последствия. Эти события показали, что и в XXI в. никто не гарантирован от опасности. Вспомним, к примеру, холокост, Хиросиму и Нагасаки. Ужас и последствия атомных катастроф невозможно выразить словами, но при этом масштабе катастрофы следующий тезис приобретает трагическую значимость: выжившие завидуют умершим.

Подумаем, однако, также о том, что происходит в семьях. Например, Чан пишет:

При этом необходимо пересмотреть многие традиционные представления. Так, 10% жертв изнасилования — мужского пола. Какой стыд надо превозмочь, чтобы в случае необходимости обращения к врачу рассказать о том, что произошло. Это неудивительно, если учесть табу на подобные дела. В 20% случаев сексуального изнасилования винов-

ницами являются женщины, причем насилюют и детей. Это радикально ставит под вопрос понятия о соотношении ролей, существующие в обществе в виде клише. Не в последнюю очередь опрос новобранцев в нашей стране в 1997 году выявил шокирующие теневые сведения о числе насилий [141].

Посттравматический синдром может вызываться также триггерными механизмами, которые действуют в критических жизненных ситуациях, не обязательно негативных: например, дни рождения, праздники, выход на пенсию.

Диагностирование посттравматического синдрома, пожалуй, относится к самым трудным задачам для психиатра. Это не в последнюю очередь объясняется существованием устоявшихся представлений (клише) о социальных ролях, которые вполне могут быть восприняты и профессионалами. Эти клише необходимо пересмотреть. Если установлено, что пациент страдает посттравматическим синдромом, то в первую очередь необходимо считаться с общепринятой точкой зрения. Психотерапевту следовало бы проявить по отношению к больному эмпатию и внушить ему уверенность в себе. Необходимо обратиться к таким чувствам пациента, как гнев, ярость, боль, стыд. Психотерапевт также должен быть готов услышать такие подробности, которые могут потрясти до глубины души. Следовало бы дать пациенту возможность говорить обо всем, что связано с его травмой, и найти понимание. Следует обсудить постепенный (шаг за шагом) ход лечения. Надо ставить частичные цели, которые могут быть осуществлены как можно скорее. Хотя посттравматический синдром равноценен болезни, необходимо понимать, что это — нормальная реакция на чрезвычайные обстоятельства, что эта реакция представляет собой попытку выжить. Лечение следовало бы начать с устранения наиболее болезненных симптомов — таких как, например, бессонница, страх. Следовало бы также препятствовать стремлению к изоляции, уклонению от общения с людьми. К возможным методам психотерапевтического воздействия относится поведенческая-когнитивная терапия — в первую очередь, а также менее известные десенсибилизация и коррекция переработки информации с помощью движений глазных яблок, о которой я скажу ниже. В качестве антидепрессивной терапии можно использовать также гипноз и медикаментозное лечение. Среди

прочего трудность лечения заключается также в том, что сами больные иногда вовсе не связывают симптомы своих недомоганий напрямую с пережитой травмой, относящейся иногда к весьма давнему времени.

Хотя народная мудрость многое отмечает весьма метко, есть, однако, поговорка, которая — в связи с нашей темой — не очень подходит. Говорят, что «время излечивает все раны». Действительно все? Так ли это?

Одна 32-летняя женщина была направлена семейным врачом ко мне в связи с депрессивной симптоматикой. За два года до этого она уже была в психиатрической клинике из-за повторявшихся депрессивных симптомов. Через несколько месяцев после лечения эта пациентка — иностранка по происхождению — пережила в Турции землетрясение, во время которого ее засыпало, так как она находилась в родительском доме, рухнувшем от толчков. Так как в ту жаркую летнюю ночь ей не спалось, она в три часа ночи была в квартире родителей, находившейся на четвертом этаже, и с террасы смотрела на море. Уже в течение нескольких часов она слышала собачий лай по соседству. Вдруг она увидела, что на море поднялись большие волны, и в то же самое время дом начал содрогаться. Она увидела, как рушатся другие дома, и хотела выйти на улицу. Проходя через нижние этажи, она потеряла сознание и не помнила, что было дальше, так как ее дом обвалился. Позже она узнала, что ее нашли и отправили в больницу. Она была вся изранена, в том числе от сильных ушибов пострадала голова. Примерно через 20 часов после катастрофы у нее восстановилась память. Приблизительно через месяц она смогла выйти из больницы.

Диагностирование посттравматического синдрома в этом случае связано с некоторыми трудностями, поскольку данная пациентка еще до катастрофы страдала депрессией. По ее собственным словам, после катастрофы она чувствовала себя, однако, явно гораздо хуже. Депрессивные симптомы проявились сильнее, чем прежде. Она также не могла начать работать, так как еще до катастрофы у нее уже была инвалидность. Однако в пользу диагноза — «посттравматическое стрессовое расстройство» — говорит не только сам факт катастрофы, которую пациентка перенесла непосредственно, но также появившиеся позднее ретроспекции. В ночных кошмарах она каждый

раз видела картину землетрясения, заставлявшую ее заново переживать все, что тогда произошло. Примерно через год после землетрясения она провела несколько дней на отделении реанимации вследствие попытки самоубийства. Я лечил ее психотерапевтическими методами, а также лекарствами (антидепрессантами), но лечение шло не очень успешно. Среди прочего, это объясняется тем, что пациентка лечилась у меня лишь в течение короткого времени и при этом нередко не являлась на прием, т. е. не проявляла достаточного желания сотрудничать в процессе лечения, а затем вдруг резко оборвала его по непонятным мне причинам. От ее адвоката, с которым я беседовал по поводу инвалидного страхования (страховая компания не хотела оплачивать ей учебу с целью переквалификации), я узнал, что у нее были очень большие финансовые трудности.

В качестве прогноза следует отметить, что в большинстве случаев посттравматического синдрома у больных очень скоро наступало улучшение. Так, Нутт (Nutt) и др. [103] установили следующее: после изнасилования посттравматический синдром проявлялся через неделю — у 94% пострадавших, через месяц — у 39%, через четыре месяца — у 17%, а через год — только у 10%. Большинство случаев так называемой спонтанной ремиссии имеет место в течение первого года.

Формирование посттравматического синдрома представляется следующим образом: травма вызывает «затопление» сознания страхом. Человек чувствует также отчаяние и беспомощность. Так как бегство невозможно, происходит психическое оцепенение, напоминающее поведение животных, притворяющихся мертвыми. В центральной нервной системе происходит массовый выброс норадреналина, тогда как другие вещества, которые были бы необходимы для преодоления кризиса, такие как, например, серотонин или кортизол, либо вовсе не выделяются, либо почти отсутствуют [79].

Типичным симптомом посттравматического синдрома является так называемый триггерный механизм: ситуация, похожая на ту, которая вызвала в свое время травму, может привести к тому, что больной снова переживает состояние страха, а травма «переживается» заново или проявляется поведение, такое же, как в той критической жизненной ситуации.

В этой связи приведем литературный пример, в котором великолепно описана триггерная ситуация. В «Шахматной новелле» Стефана Цвейга доктор Б. был заключен в одиночную камеру, чтобы заставить его давать секретную информацию национал-социалистам. Он сделал из остатков еды шахматные фигуры и с помощью книги с шахматными задачами, которую ему удалось выкрасть, стал играть сам с собой в шахматы. Он все больше увлекался этой игрой, пока не впал в болезненное психическое состояние. Он был помещен в больницу и в конце концов освобожден из рук нацистских палачей. Когда через многие годы во время морского путешествия он захотел помочь своим спутникам, игравшим против официального гроссмейстера, он снова впал в состояние, напоминавшее пережитый им в прошлом психоз. Обычно спокойный и уравновешенный, доктор Б. вдруг становится раздражительным и нервным. В тревожном напряжении он взволнованно ходит взад и вперед, причем он не проходит через все помещение, а ходит по небольшому пространству, точно соответствующему размерам его одиночной камеры. «Лечение» логично свелось к тому, чтобы в дальнейшем ни при каких обстоятельствах не играть в шахматы.

При оказании психологической поддержки людям после пережитой катастрофы используют дебрифинг — кризисное вмешательство, предназначенное для того, чтобы ослабить и предупредить вызванную психической травмой стрессовую реакцию у нормальных людей, которые находятся в чрезвычайной стрессовой ситуации. Цель психологического дебрифинга — предупредить развитие стойких последствий эмоциональной травмы путем создания возможности для сознательной оценки на когнитивном уровне и эмоциональной переработки травматического события. Первоначально этот метод применялся для лечения спасателей (полицейских, санитаров, пожарных). Возник дебрифинг в 1980-х гг. Обычно он заключается в том, что через 1–3 дня после происшествия группа людей, переживших то или иное событие, проводит совместное групповое занятие, которое длится от одного до трех часов. Членам группы предлагается высказать свои мысли и чувства. Их информируют о реакциях на стресс и о том, как с ними обходиться. Хотя в большинстве случаев дебрифинг очень ценится, до сих пор не доказана его эффективность в предупреждении посттравматическо-

го синдрома, т. е. невозможно доказать, что после дебрифинга посттравматический синдром проявляется реже, чем без него [128, с. 28–29].

Как бы в скобках я хотел бы добавить, что планирование и осуществление актов возмездия не помогают преодолеть посттравматический синдром или избавиться от него. Преодоление насилия с помощью насилия — это не решение. В этой связи можно вспомнить о большом числе преступников, которые в детстве тоже подвергались насилию [89].

Наряду с поведенческой когнитивной терапией, применяемой в случае посттравматического синдрома (а также и при других заболеваниях), в последнее время говорят также о другом методе лечения — о так называемом методе десенсибилизации и коррекции переработки информации с помощью движений глазных яблок (eye movement desensitization and reprocessing, EMDR). Этот метод был разработан специально для пациентов с посттравматическим синдромом. Коротко говоря, речь идет о следующем:

Мысли, создающие психическую нагрузку, легче перерабатываются и преодолеваются, если одновременно водить глазами туда-сюда. Это значит, что во время воспоминаний о травме движение глаз надо ускорять. Чаще всего пациенты следят взглядом за пальцами психотерапевта. С помощью этого приема можно пережить опыт травмы на физическом, чувственном уровне. В настоящее время ДПДГ считается наиболее исследованным методом. Это очень эффективный метод лечения при травматических заболеваниях [121, с. 69].

Другие авторы, например Бенкерт (Benkert) [20, с. 74], более скептически относятся к ДПДГ. Пока еще невозможно дать окончательную оценку этого метода. Считается, что лечение с его помощью скорее дает эффект, чем поведенческая когнитивная терапия.

Резюме

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПСТР) может проявиться после физических, сексуальных и эмоциональных травм. Иногда соответствующие симптомы обнаруживаются лишь через месяцы или через годы после события. К посттравматическому син-

дному относятся flashbacks (внезапное интенсивное повторное переживание травмы), состояния страха, беспомощности (растерянности), стремление отстраниться и повышенная психическая чувствительность, сопровождаемая бессонницей, раздражительность и нарушение способности к концентрации. Наряду с поведенческой когнитивной терапией применяется также метод десенсибилизации и коррекции переработки информации с помощью движений глазных яблок (ДПДГ).

14

Существует ли связь между депрессией и болезнями сердца?

*Как осмелиться ты мог
Говорить, что тайну знаешь
Человеческой души?
Видишь только ты одежду,
Сердца тайны часто скрыты.*

Вильгельм Буш

До недавнего времени специалисты выделяли три категории депрессий:

- соматогенную;
- психогенную;
- эндогенную.

Соматогенная депрессия возникает на почве соматических недугов и болезней и проявляется в сочетании с ними. Если исходная (основная) болезнь лечится успешно, то и депрессивное состояние облегчается.

Под психогенными понимаются те формы депрессии, которые — в широком смысле — были вызваны окружающей средой, например некоторыми проблемами, существовавшими в детские годы либо связанными с острыми переживаниями горя или утраты (в частности, члена семьи).

Эндогенными называются депрессии, связанные с наследственной предрасположенностью.

При описании соматогенной депрессии мы ограничимся одним органом — сердцем, органом, наделенным определенным символическим значением. Раньше считалось, что душа располагается именно в сердце. И сегодня еще существует немало выражений, в которых отражается эта точка зрения. Например: у кого-то сердце «разбито», горе-печаль называют «сердечными страданиями». Или говорят «от ужаса остановилось сердце», а если кто-то чем-то сильно увлечен, то «он сердцем болеет за это».

Стефан Цвейг в своих произведениях мастерски описывал психологические состояния. В связи с нашей темой можно привести в пример его новеллу «Закат одного сердца», где главное внимание уделено отношениям стареющего отца с дочерью. Когда отец, успешный бизнесмен, узнает, что его дочь, которой едва исполнилось 20 лет, живя во время каникул в гостинице, отдалась одному из отдыхающих, для него рушится весь мир. Его здоровье резко ухудшается. Он чахнет, стареет. Теряет интерес к жизни. Это отдаляет его от семьи, возникает и все более усиливается отчуждение. Вскоре он переносит операцию, от последствий которой он в конце концов и гибнет. Его сердечные страдания одновременно и душевные, и физические. Он умирает от разбитого сердца. Он сдается, теряет интерес к себе, а семья оставляет его в одиночестве и пренебрежении.

В учебниках по медицине очень долго отрицали связь между работой сердца как насоса и душевным состоянием человека. Или по крайней мере не учитывали ее. Новейшие исследования по этой теме ведутся только последние 20–30 лет. Между тем можно считать доказанным, что люди, имеющие больное сердце, чаще, чем это бывает среди всех людей, заболевают депрессией. И наоборот: люди, для которых депрессия — первичное заболевание, чаще подвержены опасности сердечных недугов.

Далее я привожу в качестве примера историю пациента, пережившего инфаркт миокарда, реанимацию и долгий процесс выздо-

рождения. Произшедшие в результате этого изменения в мозгу привели к тому, что больному пришлось бороться с периодическими приступами депрессии и страха. Я попросил этого пациента написать свою историю болезни. Вот как он ее изложил:

Это случилось за два дня до моего пятидесятого дня рождения. Я решил поработать на компьютере и только успел позвонить жене, как почувствовал давление в груди. С этого момента я больше ничего не помню о прошедших после этого неделях. К счастью, жена пришла через несколько минут, вызвала врача неотложной помощи, который сразу начал делать мне аппаратный массаж сердца. Примерно через 20 минут он отложил приборы в сторону, молча посмотрел на мою жену и покачал головой. Моя жена закричала: «Нет! Нет!» И хотя как медсестра она знала о том, как опасен для мозга недостаток кислорода, она отчаянно боролась за мою жизнь и настояла на проведении реанимационных процедур, которые длились 40 минут. Затем в машине «скорой помощи» меня отвезли в больницу. После этого я две недели находился в реанимационном отделении университетской клиники, где меня искусственным образом погрузили в состояние комы для того, чтобы разгрузить организм и чтобы сердце снова полноценно начало работать. Все это время моя жизнедеятельность поддерживалась искусственно. Мне вентилировали легкие и давали много медикаментов. Моя семья не знала, очнусь ли я когда-нибудь. А если это и произойдет, то справится ли мой мозг с нанесенным ущербом. Буду ли я парализован, так как я очень долго испытывал недостаток кислородного кровообращения во время длительных реанимационных процедур. Для моих двух дочерей и жены это было очень тяжелое время тревоги и неизвестности. Жена часами сидела у моей постели и все время разговаривала со мной, несмотря на то, что я был в коме. Воспринимал ли я это как-нибудь? Способствовало ли это в сочетании с интенсивным лечением тому, что я выжил? Согласно статистическим данным больницы Кантона, было 2% вероятности того, что я выживу. После реанимации я еще долгое время лежал в различных отделениях больницы. После операции на сердце, проведенных сразу после этого интенсивного курса терапии и послеоперационной реабилитации мое сердце функционировало лишь на 2/3. Однако затем состояние улучшилось. Практически не осталось физического ущерба, достойного упоминания. Благодаря медикаментам, правильному лечению и практически полной перемене моего образа жизни я чувствую себя физически здоровым. Врач-кардиолог, в течение нескольких лет внимательно наблюдая меня, поддерживает во мне чувство уверенности в себе. Она интересуется не только моим сердцем, но и мною. Как человеком. Очень важна для меня и опека семейного врача. Но до сих пор я не избавился от проблем с психикой. Мозг необратимо пострадал от дефицита кис-

лорода. Я заторможен, моя краткосрочная память очень ограничена. Мне трудно думать связно, а раньше это было моей сильной стороной. Меня очень беспокоят невозможность делать некоторые прежде сами собой разумеющиеся вещи и моя беспомощность. В первое время я был агрессивен и очень страдал от депрессии. Когда прекратилось действие лекарств после моей искусственной комы, мне показалось, что, лежа в больничной постели, я проваливаюсь в бесконечную темную дыру, испытывая зловещий страх. Мне помогли только сильные психотропные средства. Я не знаю, что я пережил за время моего долгого «отсутствия», когда пребывал в коме. Но мне кажется, что это было божественно-прекрасно. Так как это оставило у меня неопишуемое чувство тепла и защищенности. Я так тосковал по этому ощущению, что мне даже не хотелось возвращаться в реальную жизнь. Глядя в уставленное геранями окно палаты университетской клиники, я видел глубину и думал, ощущая настойчивый зуд в ногах, а не броситься ли мне вниз, на маленькую бетонную ограду, чтобы окончательно сбежать из этого холодного болезненного мира... обратно в прекрасное пространство тепла и защищенности... Если бы не было моей семьи!..

После выписки из больницы мне надо было заново осваиваться в этом обществе и снова привыкать к принуждению и нормам, которые в нем существовали. Это давалось мне с большим трудом, шаг за шагом, и с неизбежными неудачами. Воля к жизни вернулась только благодаря любви и привязанности к жене и дочерям.

Приблизительно через год мои психические проблемы внезапно обострились. Я начал переживать неопишуемые приступы паники. Я думал, что у меня окончательно сдают нервы. Однажды я сказал жене: «Я тебя умоляю... Я хотел бы умереть!» И это было вполне серьезно. Трудно передать словами все мои переживания: это был всеобъемлющий страх — страх перед людьми, страх перед приступами паники, боязнь, что сердце вновь остановится, бесчисленно повторяющаяся картина, как я, хрипя, лежу на полу, страх перед страхом...

С помощью психиатра и лекарств я теперь крепко держу в узде эти приступы паники, и это для меня — самое главное. С многими фобиями можно научиться справляться, но с некоторыми — нет. Это трудный, тернистый путь. Но любой прогресс, как бы он ни был мал, дает мотивацию и силы. Настроение может резко меняться. То воображаешь, что перед тобой безмятежное широкое поле, усеянное благоухающими цветами, а через несколько секунд вдруг тебя охватывает тяжелое пронзительное чувство невероятной бессмысленности существования и кажется, что стоишь на узкой тропинке над пропастью и малейшего ветерка достаточно, чтобы рухнуть в пустоту. Страх перед смертью я с тех пор не испытываю, разве что перед умиранием, так мы никогда не умеем это делать правильно...

Этот пациент очень образно описывает свои проблемы, с которыми ему приходится справляться после инфаркта. Он рассказывает о своих внезапно наступающих приступах страха и паники, о своем самочувствии и о том, как ему трудно освоиться в этой «холодной жизни» и вести себя в соответствии с существующими нормами. Пациент перенес инфаркт восемь лет назад, а я знаком с ним около семи лет, в течение которых он регулярно (примерно раз в месяц) приходит ко мне на прием, чтобы побеседовать и получить рецепт на психотропные лекарства, в которых он по-прежнему нуждается. Они помогают ему вести не только сносную жизнь, а жизнь стоящую, имеющую смысл, жизнь, в которой он участвует, которая может его радовать и в которой он может сделать то, на что раньше не хватало времени, хоть он и задумывал множество проектов.

Из-за наличия таких симптомов, как заторможенность, приступы паники, депрессивные настроения, при которых он может неожиданно заплакать, — пациент уже в состоянии поступить на службу.

Пример моего пациента особенно драматичен, потому что его недомогания являются не только следствием перенесенного инфаркта. Появились симптомы, связанные с центральной нервной системой, с мозгом. Исключительно продолжительные реанимационные процедуры и дефицит кислорода привели к тому, что не только возрос риск возникновения депрессии, но появились также симптомы, которые следует расценивать как последствия мозгового синдрома (заторможенность, нарушение краткосрочной памяти, резкая смена настроений).

В начале главы я вскользь упомянул об одном малоизвестном факте. Теперь я хочу более подробно поговорить о том, что депрессия создает повышенный риск заболеваний сердечно-сосудистой системы, и наоборот, пациенты, страдающие болезнями сердца, в большей степени имеют склонность к депрессии. Физически здоровые пациенты, страдающие депрессией, в 1,5–4,5 раза больше подвержены риску сердечно-сосудистых заболеваний. А люди, имеющие сердечно-сосудистые заболевания, в пять раз больше рискуют заболеть депрессией, чем здоровые люди.

Как показывают многие исследования, для людей с сердечными болезнями, к тому же страдающих депрессией, риск умереть в бли-

жайшие два года в два раза выше, чем для тех, кто депрессией не страдает. Причина этого явления точно не установлена, однако многие специалисты считают, что здесь может играть роль фактор наследственности [19, с. 116–117]. Кроме этого причиной может быть и то, что больные депрессией обычно мало двигаются, нередко они страдают избыточным весом, а также много курят. Было также установлено, что опасность возникновения сердечно-сосудистого заболевания больше в случае тяжелой депрессии, чем более легкой. После инфаркта миокарда около 20% больных заболевают тяжелой депрессией (без учета более легкой степени). После инфаркта депрессия является повышенным фактором риска смертности.

Другим фактором, способствующим прямому воздействию депрессии на работу сердечной мышцы, является то, что страх, раздражение, горе могут спровоцировать ишемию сердечной мышцы (ишемию миокарда). Известно также, что у больных депрессией коронарные сосуды функционируют не так хорошо, как у здоровых людей. Кроме того, было установлено, что люди, страдающие депрессией, имеют склонность к повышенной агрегации тромбоцитов (красных пластинок). У них также наблюдается сниженная вариабельность сердечного ритма (сердечная мышца теряет гибкость и сердечный ритм изменяется относительно медленно) [91]. Для лечения депрессии у людей с больным сердцем особенно подходят новейшие антидепрессанты, не оказывающие негативного воздействия на сердце (как, например, старые трициклические антидепрессанты).

Общим знаменателем для инфарктов миокарда и депрессии является стресс (подробнее о стрессе читайте в главе 19 «Как действуют антидепрессанты?»). Оба вида заболеваний можно рассматривать как последствия стресса. По крайней мере, эта теория убедительна. В своей книге «Депрессия, вызванная стрессом» Бенкерт (Benkert) пишет [19, с. 114]:

Я, однако, пойду дальше, поскольку я хочу показать, как почти обязательно за стрессом и депрессией следуют одни и те же соматические заболевания, особенно сердечно-сосудистые. Существует много исследований, описывающих наблюдения за пациентами, которые доказывают, что стресс может вызывать депрессию в самых различных сферах жизни.

Значимость стресса при сердечно-сосудистых заболеваниях известна уже давно. Примером может служить исследование, которое провел Руссек (Russek) [87, с. 46]. Он пришел к убеждению, что эмоциональное напряжение играет более значительную роль в возникновении инфаркта миокарда, чем наследственная предрасположенность, неправильное питание или курение. Руссек исследовал 4000 врачей, разделив их на четыре группы по специализации: дерматологи, патологоанатомы, анестезиологи и практикующие врачи общего профиля. Анестезиологи в возрасте от 40 до 70 лет в два раза чаще страдают заболеваниями коронарных сосудов, чем дерматологи и патологоанатомы. У врачей общего профиля того же возраста в три раза чаще обнаруживались заболевания коронарных сосудов, чем у врачей других специальностей, которые меньше по роду своей деятельности подвергались стрессу. Конечно, длительное пребывание в состоянии стресса — лишь один из факторов, хотя и очень важный. Однако я убежден, что это не исключает таких факторов, как наследственная предрасположенность, режим питания, курение и ограниченность движения. Эти факторы нельзя считать менее значимыми. Кроме того, возникает вопрос, не склоняются ли люди определенного типа к той или иной специализации, т. е. возможно, что «типичный» врач широкого профиля иначе «психически организован», чем анестезиолог. В одном из последних исследований были получены важные результаты по вопросу о наличии связи между эмоциональным стрессом, острым коронарным синдромом (предынфарктное состояние) и систолическим давлением крови. Была обследована группа из 34 мужчин, перенесших за 15 месяцев острый коронарный синдром. Из числа этих пациентов 14 пережили перед острым коронарным синдромом событие, которое вызвало особенно большую эмоциональную нагрузку. У остальных 20 пациентов таких переживаний не было. Обе группы были протестированы на стресс. У пациентов первой группы систолическое давление поднималось значительно выше, чем у пациентов второй группы. В первой группе давление нормализовалось через гораздо больший промежуток времени, чем во второй [112, 135]. Такая реакция на стресс выявляет определенные индивидуальные особенности реагирования, которые встречаются не у всех пациентов, страдающих заболеваниями коронарных сосудов [112].

Резюме

Сердце — это орган, связанный с определенным символическим значением. Раньше считали, что в нем живет душа. На это указывают многие выражения, бытующие в языковой среде. И сегодня еще существует немало выражений, в которых отражается эта точка зрения. Например: у кого-то сердце «разбито», горе-печаль называют «сердечными страданиями». Или говорят «от ужаса остановилось сердце», а если кто-то чем-то сильно увлечен, то «он сердцем болеет за это», или же душевные страдания называют «сердечными». Сравнительно недавно пришли к важному выводу, согласно которому депрессия создает повышенный риск сердечно-сосудистых заболеваний, а также наоборот — сердечные больные имеют значительную склонность к депрессии, т. е. риск заболевания депрессией у них гораздо выше, чем у здоровых людей. В главе обсуждаются некоторые основания, факторы и теории, касающиеся этого утверждения.

15

Депрессия и склонность к суициду у врачей и психотерапевтов

*Звучит довольно глупо:
Профессор, доктор медицины...
Да, можешь ты лечить людей,
Но ты — всего лишь человек.
Всегда вслед тебе идет помощник —
Старшая сестра...*

Георг Крайслер

Лишь в последние десятилетия были предприняты исследования значительного объема, касающиеся состояния психического здоровья врачей и психотерапевтов. Наиболее известным и популярным исследованием в этой области является работа Вольфганга Шмидбауэра «Беспомощные помощники» [126]. В этой книге речь идет о «синдроме помощника», который встречается, конечно, у работников всех профессий, связанных с помощью людям, а вовсе не только у врачей и психотерапевтов. Шмидбауэр предлагает следующую формулировку:

Синдром помощника — это сочетание характерологических черт личности, которые приводят к тому, что работа по социальной помощи, проводимая в ущерб собственному развитию, становится застывшей формой жизни [126, с. 22].

Когда около 50 лет назад американская фирма *Parke-Davis*, производящая лекарства, разослала 10 000 анкетных бланков врачам с целью выяснить состояние здоровья медиков, то лишь 0,5% опрошиваемых ответили, что они страдают психическими нарушениями. Идеальный образ психически устойчивого врача, которому по плечу любые требования, — это не только устоявшееся в обществе клише. Его поддерживают и сами врачи [126, с. 14]. Последние результаты исследований показывают, что, по-видимому, состояние здоровья врачей и психотерапевтов далеко не столь ужасающе, как хотят доказать некоторые другие исследования. Все же существуют и серьезные исследования, из которых следует, что состояние здоровья врачей отнюдь не блестяще. Здесь важно, какие вопросы задаются и как на них отвечают. Вопросы, заданные в общей форме, вызовут, вероятно, скорее слишком оптимистические ответы врачей, как это видно на примере анкет фирмы *Parke-Davis*.

Новое исследование, которое провели Реймер (Reimer) и его сотрудники [111], показывает, что, по-видимому, проблемы не столь тревожны. Исследователи опросили о состоянии здоровья психотерапевтов, которые работают и как врачи общего профиля, а также тех, кто в своей деятельности за пределы функций психотерапевта не выходит. Только 17% опрошенных первой группы и 7% второй группы охарактеризовали свое здоровье как «скорее плохое» или «очень плохое». Шмидбауэр сравнивает человека, страдающего синдромом помощника, с маленьким ребенком, голодным и заброшенным, который стоит за великолепным крепким фасадом [126, с. 15].

Психотерапевты, работающие также как врачи общего профиля, явно подвергаются особенно большому риску заболеть депрессией. Эта проблема обсуждалась в самых разных публикациях. Так, Росс (Ross) в 1973 г. [119] выявил, что в США 28% смертей врачей моложе 40 лет фактически представляют собой самоубийства, тогда как в среднем среди мужчин белой расы лишь 9% кончают жизнь самоубийством. Женщины-врачи чаще кончают жизнь самоубийством, чем все другие женщины: в США — в четыре раза чаще, чем другие

женщины старше 25 лет. Особенно высокий риск суицида среди женщин-врачей подтверждают и другие исследования, как, например, Арнец (Arnetz) и др. [10]. В работе Блачли (Blachly) и др. констатируется, что в 1968 г. самый высокий процент самоубийств был у психиатров, а самый низкий — у детских врачей [22].

В работе Бамауэра и Фенерлейна (Bamaug, Fenerlein) [12] исследовались все случаи суицида врачей общего профиля (мужчин и женщин), имевшие место в Верхней Баварии в период с 1963 по 1978 г. Стандартизированное число суицидов — 158 врачей-мужчин и 296 врачей-женщин, а также 292 — у зубных врачей-женщин выявляет значимое различие по сравнению со средним числом самоубийств среди жителей Верхней Баварии старше 25 лет (мужчин и женщин) — сильное превосходство. Напротив, 125 суицидов у зубных врачей-мужчин — это число не показывает значимого различия по сравнению со средним числом самоубийств людей старше 25 лет (мужчин и женщин) по Верхней Баварии в целом в указанный период. Среди врачей обследованной группы оказалось много страдающих психическими заболеваниями, чаще всего — депрессией или зависимостью от наркотиков. Хотя это исследование уже не ново, все же оно ясно показывает высокий профессиональный риск для врачей заболеть депрессией или даже совершить суицид.

Одно недавнее исследование также устанавливает, что процент суицидов у врачей-мужчин в 1,3–3,4 раза выше, чем вообще по населению в целом. У врачей-женщин этот процент в 2,5–5,7 раза выше. Наибольшее число случаев суицида встречаются среди психиатров и анестезиологов [110].

В весьма интересной работе Вилли (Willi) исследуется состояние здоровья у психиатров в Швейцарии — в сравнении с врачами по внутренним болезням и хирургами. При мобилизации в армию 21% будущих психиатров был признан непригодным к военной службе (по сравнению с 10% будущих хирургов). Соответствующее более позднее обследование (через 14–24 года) выявило, что негодными к военной службе оказались 48% психиатров (против 22% терапевтов и 24% хирургов). В качестве обоснования непригодности к военной службе у психиатров (как в момент призыва в 19-летнем возрасте, так и в период позднейшего обследования) психические причины значимо чаще встречались, чем у терапевтов и хирургов.

Более высокую степень ранимости психиатров и бóльшую предрасположенность к депрессии у них нельзя считать только следствием стресса, связанного с профессией. По крайней мере, здесь играет роль не только стресс, связанный с профессией. Исследование оставляет открытыми и другие вопросы, например такие:

Выбирают ли в качестве специальности психиатрию или психотерапию те, кто хочет решить собственные проблемы с помощью попытки самолечения?

Или же:

Можно ли считать, что у терапевтов и хирургов, благодаря лучшему состоянию здоровья, мотивация к военной карьере, или по крайней мере к обязательной военной службе, больше, чем у будущих психиатров? [154].

В работе Ваеманта (VaiMant) и др. [145] обследовалась группа из 47 студентов-медиков в сравнении со студентами других специальностей. За обеими группами следили в течение 30 лет. При этом обнаружилось, что будущие врачи в 47% случаев жили в неудачном браке или развелись, 36% принимали лекарства или алкоголь, 34% прошли курс психотерапии и 17% побывали в психиатрической клинике. Эти показатели оказались однозначно выше, чем в контрольной группе, сравнимой по социально-экономическим характеристикам. Авторы цитируемой работы также пришли к выводу, что «психологическая ранимость» врачей связана с их детством и юностью. Таким образом, и они установили, что психические нагрузки, связанные с профессиональной деятельностью, не могут быть единственной причиной ранимости врачей.

В своем исследовании Лоевинич (Loevenich) и др. [86] указывают на то, что основную долю в смертности врачей занимают болезни, связанные с зависимостью, что среди них процент самоубийств в 2–4 раза выше, чем по населению в целом, а процент разводов в 20 раз выше среднего. Риск зависимости в 30–100 раз больше, чем в среднем по населению. Авторы задаются вопросом, не являются ли врачи «психически более ранимыми, чем их пациенты». Исследователи особо указывают на то, что с увеличением возраста врача резко возрастает риск суицида, существенно превышая процент такого

риска в среднем по населению. В этой научной публикации Лоевич и его коллеги делают нечто необычное для специальной литературы — они цитируют бульварную прессу («McCall-Magazine»), где в статье «Не вступайте в брак с врачами» можно прочесть следующее:

Врачи — плохие мужья и плохие отцы, отсутствующие друзья, примадонны, а в постели они так же бесполезны, как выключенная электрическая грелка (!).

Большой риск болезней, связанных с зависимостью, наркоманией, возможно, частично связан с тем, что для врачей легкодоступны медикаменты и наркотики. Часто играет роль нарциссический дефицит, недостаточное признание со стороны других людей, чувство обиденности. В этой связи очень понятно высказывание Шмидбауэра о наркотиках:

...Дурманящие вещества — плохое материнское молоко [126, с. 17].

Недавно проведенный опрос студентов-медиков Университетской клиники *Saarland* (Гамбург) показал, что 90% студентов потребляли алкоголь в предшествующие дни, почти треть (30,5%) признались, что в эти же дни находились в состоянии утраты контроля над собой, обусловленной алкоголем, четвертая часть (24,4%) сказала, что у них произошел «разрыв пленки» в последние 12 месяцев [12]. Попойки с употреблением значительного количества алкоголя у студентов-медиков происходили чаще, чем в контрольной группе, 12,3% студентов-медиков в последние 30 дней потребляли каннабис (гашиш) — это значительно больше, чем в контрольной группе [100].

Не следует также недооценивать перегрузку в работе многих врачей. Многие коллеги работают больше, чем остальное население. Исследование, проведенное австрийской врачебной палатой, выявило, что врачи клиник в среднем работают 59 часов в неделю. Дело осложняется также тем, что за последние годы, несмотря на использование компьютеров, увеличились затраты рабочего времени на административное управление и на ведение документации по ходу лечения.

Известный исследователь суицида Эрвин Рингель (Erwin Ringel) в своей работе «Врач и его депрессии» указывает на то, что депрессия может возникнуть вследствие слишком завышенных требований [118]. При подготовке студентов-медиков слишком мало учитываются осечки и неудачи. Часто создается ощущение всемогущества и слишком мало внимания обращается на ограниченность возможностей врача.

Это порой делает давление невыносимым, так что врач иногда чувствует себя виновным там, где на самом деле его вины нет. Эта ситуация может рассматриваться как преддверие депрессии. К тому же врачу часто свойственно чувство долга, которое порой усиливает внутреннее давление. Депрессия может возникнуть у врача вследствие неправильного образа жизни, когда, например, он слишком много работает, а оставшееся свободное время слишком мало использует для отдыха. Партнер или партнерша нередко чувствует, что ему (ей) уделяется слишком мало внимания. В этой связи Рингель цитирует известного базельского профессора психиатрии Пауля Кильхольца, который сказал: «Жены врачей — это вдовы при живом муже».

Часто врачи не хотят признаться в своей болезни (депрессии), так как и во врачебных кругах нередко депрессию считают слабостью или чем-то постыдным, доказательством неспособности справиться с действительностью.

Врачи, страдающие от суицидальных мыслей и импульсов, не должны бояться обратиться за помощью — к врачу, которому они доверяют, коллеге-профессионалу по своему выбору. Многие врачи, пережившие попытку суицида или депрессию, уже сумели наладить для себя лучшую жизнь [90].

О том, как представляют психиатров в средствах массовой информации, а также о предрассудках, предубеждении по отношению к больным депрессией и к психотерапевтам будет рассказано в следующей главе.

Резюме

Депрессия и суицидальные действия встречаются у врачей — а у психиатров и психотерапевтов в особенности — чаще, чем в среднем по

населению в целом. Причин здесь много. Не только ситуации повышенных требований и психические нагрузки, связанные с профессией, могут считаться причиной депрессии. Но, кроме того, следует учитывать, что люди, решающиеся выбрать профессию врача или психотерапевта, более «чувствительны» и ранимы, чем средний представитель населения, и поэтому в большей степени оказываются подвержены депрессии. Врачи и психотерапевты, имеющие суицидальные мысли и соответствующие импульсы, не должны бояться обратиться за помощью к своим коллегам.

16

Предубеждения против больных депрессией и психотерапевтов

Предрассудки — это разум дурака.

Тот или иной читатель мог бы подумать, что я — символически — сижу на чердаке и роюсь в старом запыленном сундуке, который давно уже был заперт и опечатан. К сожалению, это представление неверно. Можно было бы возразить, что еще ни в какие времена не сообщалось так много и так подробно, так эффективно и ярко, с помощью средств массовой информации всевозможных сведений о психических заболеваниях, особенно о депрессии, — и поэтому никогда не появлялось больше предрассудков и предубеждений, чем теперь. На самом деле будни психиатра, психотерапевта выглядят совсем не так, и его пациенты «выдают» ему совсем другие образы, мнения и убеждения. Далее я делаю попытку выделить и показать предубеждения, которые существуют против психически больных людей, людей, страдающих депрессией, и против психотерапевтов:

1. Предвззудки против психиатрических клиник и психиатрии.
2. Предвззудки против депрессии и людей, больных депрессией.
3. Предубеждения против психотерапевтов и психотерапии.
4. Предубеждения против лекарственного лечения (фармакотерапии).
5. Предубеждения религиозных людей против психиатрии и депрессии.
6. Как бороться с предвззудками?

Предубеждение против психиатрических больниц и психиатрии

Многие люди, когда их направляют в психиатрическую больницу, даже с их согласия, переживают этот факт как позор. Они часто этого стесняются и стараются ничего об этом не рассказывать друзьям и знакомым, держать это в тайне. Наряду с разумными опасениями, которые можно понять, существуют иррациональные страхи, связанные, например, с опасением, что психиатр — это какая-то магическая фигура, который умеет читать мысли и все равно видит пациента насквозь. В конце концов, думает пациент, может случиться, что психотерапевт загипнотизирует его против его воли или что он не сможет выйти из больницы. Пациенту кажется, что его можно принудить к какому-то лечению, которого он вовсе не хочет, например к лечению электрошоком. И это представление не так нелепо, к сожалению, как кажется. Много лет назад пришел ко мне на прием пожилой преподаватель вуза. Во время психотерапевтических сеансов он рассказал мне, что он очень боится ко мне приходить. Когда через несколько сеансов я попытался понять, почему он так боится, он ответил мне: «Я боюсь, что вы можете где-то держать спрятанный прибор для электрошока и задумали применить его ко мне». Если такие опасения проявляются в условиях амбулаторного приема, то гораздо сильнее они, когда речь идет о больницах. Людям кажется, что из больницы нельзя выйти, что можно оказаться в за-

крытом отделении [55, с. 423–424]. Некоторые боятся, что их «упоят» в клинике. С этим связано представление, что человека можно против его воли поместить в больницу и там держать как под арестом, так что человек не может по своей воле покинуть клинику. Нередко можно сегодня столкнуться с мнением, что в подобных местах человека могут «напичкать» лекарствами, т. е. дать ему столько медикаментов, что он превратится в безвольное существо, которое со всем согласно и не может ничему воспротивиться. Население часто использует эти представления, а соответствующая их подача в средствах массовой информации укрепляет (цементирует) такие предрассудки. Я вспоминаю, например, увлекательный фильм «Полет над гнездом кукушки», который в 1970-х гг. вызвал споры, но который отнюдь не способствовал тому, чтобы ослабить или ликвидировать предубеждение против психиатрических больниц [55, с. 24]. По мнению Хоффманн-Рихтер (Hoffmann-Richter) [68], изображаемых в фильмах психиатров и психотерапевтов можно подразделить на три группы: они либо злые, либо странные, либо человеческие, но, скорее, неэффективные [68, с. 46]. Отвлечемся от вопроса, способны ли зрители отличить вымысел от реальной действительности. По крайней мере, приходится признать, что влияние средств массовой информации глубоко и сильно. Камнем преткновения остаются, как всегда, психиатрические больницы, на которые определенные круги могут проецировать все возможное и невозможное. То, что это и сегодня еще происходит и не теряет актуальности, — просто позор. И, в частности, потому, что против лучшего знания выдвигаются злобные упреки, которые принимают невероятные масштабы. В качестве примера хочу напомнить о листовках, которые в 2007 г. опускали всем в почтовые ящики (я тоже нашел в своем почтовом ящике образец этой «продукции»). В них от имени некоей «церкви» рекламировали DVD под названием «Психиатрия — смерть вместо помощи». То, что вообще существует некое учреждение, к тому же называющее себя «церковью», избравшее в качестве главного врага психиатрические больницы и выискивающее отдельных психиатров с целью оклеветать их, — это не требует комментариев.

Среди врачей психиатры и сегодня — пасынки, их не любят и не принимают всерьез.

Под недоверчивыми взглядами коллег других профессий он [психиатр] стоит в стороне — «медик на обочине», человек с клеймом. Несмотря на то что он допущен к практике, он не режет, не прикасается, а выбирает в качестве диагностического средства «только» слово. Он не проникает с помощью зонда, чтобы различить то, что внутри, а пытается выслушивать и сопереживать. Это сопереживание — не что иное, как воспоминание о собственной ране, и это тот ключ, которым он может открыть запертые двери [40, с. 212].

Предубеждение против депрессии и людей, страдающих депрессией

Нередко пациенты выражают недовольство тем, что страдают психическим заболеванием, таким как депрессия. Они предпочли бы соматическое заболевание. Если бы они, например, сломали руку, это гораздо лучше воспринималось бы окружающими, и даже вызвало бы какое-то восхищение (выражение симпатии можно непосредственно наблюдать — например, это видно по рисункам и надписям на гипсе, сделанным друзьями и «фанами»).

Депрессию часто маскируют, скрывают, так как многие родственники и друзья не поняли бы «это» все равно. Как-то я встретил на улице дальнего знакомого, который шел на несколько шагов впереди своей жены. Увидев меня, он сказал мне: «У моей жены начинается депрессия». Супруга его, которая успела это услышать, сразу возразила: «И вовсе у меня не депрессия, у меня всего лишь мигрень» (а позже выяснилось, что все-таки у нее действительно была депрессия).

Одна еще довольно молодая пациентка, приходившая ко мне на лечение хронического депрессивного состояния, которая несколько лет назад еще работала, рассказала мне о разговоре со своим тогдашним начальником отдела кадров. По ее словам, этот высокопоставленный государственный служащий сказал ей: «Конечно, может произойти несчастный случай, можно заболеть, но сейчас у вас к тому же проблемы с психикой, и мы держать вас больше не можем». Это действительно факт реальной жизни — на предприятиях скорее увольняют психически больных людей, чем тех, кто имеет соматическое заболевание.

При репрезентативном опросе 530 жителей Мюнхена выяснилось, что более половины (54,5%) очень слабо или никак не представляют себе, что такое психическое заболевание. В отношении лечения лишь 40% опрошенных сочли разумным применение лекарств, 11% считали полезными операции (!) и 45,5% считали, что людей часто необоснованно направляют в психиатрические больницы [84].

Предубеждение против психотерапевтов и психотерапии

В этой сфере, по-видимому, существует больше всего предрассудков, которые и сегодня еще слишком сильны, и это несмотря на просветительскую работу, проводимую средствами массовой информации, а, может быть, именно благодаря этому просвещению. Уже упомянутая ранее госпожа Илрике Хоффманн-Рихтер (Ilrike Hoffmann-Richter) в своей книге «Психиатрия в газете. Суждения и предрассудки» [68] сумела очень ясно показать, что в известных крупных ежедневных газетах тема психиатрии оказывается в самом неблагоприятном положении по сравнению с другими областями медицины. Это касается не только сообщений в средствах массовой информации, официально считающихся «научно-популярными», но также самых разнообразных художественных и детективных фильмов, в которых встречаются психиатры или психотерапевты (об этом уже было сказано ранее).

Нередко предубеждение против психиатрии высказывается с некоторыми оговорками или в более или менее пристойной форме. Так, однажды один коллега, который после окончания обучения в медицинском вузе заинтересовался психиатрией, рассказал мне, что его отец сказал ему: «Ты так долго изучал медицину, а теперь ты хочешь стать психиатром!»

Иногда психиатры, выступая перед общественностью, к сожалению, не используют эту возможность, чтобы правильно и адекватно представить свою профессиональную деятельность и осветить ее серьезно. Так, например, 12 июля 2006 г. один психиатр, выступая в обозрении, которое передавалось по швейцарскому телевидению,

сказал, что психотерапия прежде всего занимается тем, что пациента «выслушивают» и ведут с ним беседы, которые мог бы вести и кто-то другой [150]. И хотя, возможно, он не совсем это имел в виду, все же его высказывание способствует укреплению предрассудков, которые уже существуют, или возникновению новых предубеждений. Не случайно в этой связи говорилось о высказываниях, «умаляющих значение психотерапевтической деятельности» [150].

Ссылаясь на эту же телепередачу, Таверна (Taverna) пишет, обобщая ситуацию:

«В результате возникает смутное недоверие также там, где это было бы неуместно. Его усиливают высказываемые с благими намерениями разъяснения специалистов, которые в конечном счете банализируют проблему, остаются непонятными для непосвященных и мало помогают делу» [139].

Нельзя умалчивать и о том, что лечащие психиатры и психотерапевты иногда в какой-то степени виноваты сами в том, что среди населения бытуют предрассудки, или же сами по крайней мере проявляют некоторый скепсис. Так, в последние годы в средствах массовой информации очень много говорилось о случаях злоупотреблений во время курса психотерапии. К сожалению, иногда до сексуальных злоупотреблений, вину за которые без исключения несут психотерапевты (мужчины или женщины), и они обязаны за это держать ответ. Примерно 10% опрошенных психотерапевтов признались в том, что вступали в сексуальный контакт с пациентами, как это показали различные эмпирические исследования [11, с. 329]. Опрос 1442 психиатров в США, проведенный в 90-х гг., дал следующие результаты: около 7% специалистов-мужчин и 3% специалистов-женщин признались, что имели сексуальный контакт с пациентами [цитируется по 142, с. 8]. Конечно, такие злоупотребления не ограничены сферой психиатрии, они встречаются и среди врачей других специальностей. Только в психиатрии это может иметь тяжелейшие последствия, поскольку некоторые пациенты или пациентки находятся в исключительной ситуации и больше зависят от психотерапевта, чем могли бы зависеть пациенты от врачей других специальностей. Вместо того чтобы дать объективную информацию об этом, средства массовой информации нередко раздувают проблему и представляют ее в утрированном виде. Так, на-

пример, в одной швейцарской ежедневной газете в 2002 г. можно было прочесть, что в нашей стране насчитывается около 10 000 случаев сексуальных злоупотреблений, в которых виновны только врачи. Что из этого пытаются извлечь выгоду, видно из следующего сообщения:

Журнал «Наблюдатель» ищет для статьи молодых пациентов и пациентов, подвергшихся сексуальным домогательствам со стороны врача или психиатра.

Швейцарская газета врачей комментирует:

Кампания гонений на врачей в журнале «Наблюдатель» не гнушается никакими средствами [162].

Интересной кажется мне и формулировка «врач или психиатр», как будто психиатры — не врачи!

О важности психотерапии в случае депрессии населению еще слишком мало известно. То, что сообщается о психотерапии в средствах массовой информации, часто звучит банально, псевдокритически, принижающее или же просто не соответствует действительности. Вот образчик такой «кухни» — цитирую Сибиллу Берг:

Сегодня известно, что многие формы депрессии следует лечить медикаментами и что они не поддаются психотерапии... Жизнь — довольно утомительная штука. Я не уверена, что психотерапевты могут здесь много изменить... А можно ли справиться со своей жизнью с помощью психотерапевтов или без них — мне это довольно безразлично [21].

Работу психотерапевтов в обществе недооценивают и судят о ней неверно. То, что мы не тратим много денег на приборы, по-видимому, способствует распространению предубеждения. Когда я еще работал в университетской психиатрической клинике старшим врачом, однажды было организовано — при участии всех служащих, а также и некоторых врачей, пришедших в качестве гостей, — обсуждение вопроса о необходимости экономного расходования средств. Когда мой начальник сказал, что психиатрическая клиника так и так требует наименьших затрат, одна пожилая женщина-врач выпалила: «Конечно, вы же и не делаете ничего!» Правда, это заявление вызвало взрыв смеха, однако эта дама выразила мнение, совпадающее,

по-видимому, с мнением, разделяемым большей частью населения: что не стоит денег, то и не имеет никакой ценности, или — то, что требует малых затрат, то и мало чего стоит. Наверняка не случайно свободно практикующие психиатры еще и сегодня оплачиваются хуже всех других врачей¹.

На 2007 г. в Швейцарии были даны более строгие предписания для психотерапевтов. Они должны чаще, чем раньше, отчитываться за определенный курс психотерапии перед доверенным врачом больничной кассы и очень рано должны доказывать, почему необходим данный курс лечения. То, что новый регламент без всякой нужды дает лишнюю нагрузку администрации, что обострится «бумажная война» между врачами, с одной стороны, и больничными кассами и страховыми компаниями — с другой стороны (и это тоже стоит денег), — никого не беспокоит, и соответствующие инстанции ничего не заметили. В остальном регламент не свободен от дискриминации психиатров и психотерапевтов, так как остальные специалисты и врачи общего профиля не должны отчитываться так рано в необходимости того или иного вида лечения.

То, что психотерапия вообще больше ограничивается и что таким образом должны экономиться деньги, — это роковое ошибочное решение. При этом забывают (или намеренно не хотят видеть), что благодаря психотерапии многие люди осваиваются в жизни, и что это помогает им вообще справляться с жизненными требованиями. Нельзя забывать и о том, что необходимо противостоять тенденциям больничных касс и страховых компаний определять, сколько времени требуется на то, чтобы «излечить» от той или иной болезни. Теория, «учебник» ко многим людям не подходят именно

¹ Пересмотр тарифов в Швейцарии (*Tarmed*) очень мало что изменил, хотя «роды» этой новой тарифной системы длились почти 15 лет! Правда, для психиатров *Tarmed* все же принес небольшое улучшение, повысив прежние тарифы на 10–20%. Однако не следует забывать о том, что еще в начале этого столетия были кантоны, в которых психиатрам платили лишь около 150 франков за час. Если сравнить оплату часа работы психиатра с оплатой часа работы адвоката (который тоже не тратит денег на приборы и имеет аналогичные расходы), то окажется, что ставка за час у адвоката вдвое выше, чем у психиатра. К тому же подготовка психиатра обходится дороже и длится дольше. К наглядной диагностике относятся позитронно-эмиссионная томография и магнитно-резонансная томография. Эти методы существуют лишь около 10 лет.

в сфере психики. Реальная действительность сложнее, она не столь проста. К тому же есть немало хронических психических больных, которые годами или десятилетиями нуждаются в психотерапии, — пусть не еженедельно, но основательно. Это им необходимо для того, чтобы вести достойную жизнь или даже для того, чтобы выжить — с лекарствами или без них. Необходимо обратить внимание еще на один аспект. Это вопрос логики — так очень метко замечают Хоффманн и Эбнер (Hoffmann и Ebner).

В Швейцарии к преступникам применяется такая мера, как длительный курс психотерапии, причем указывается на то, что это эффективно. Одновременно предписывается сокращать объем курсов психотерапии тем психически больным людям, которые не стали преступниками. Что же, психотерапия — это наказание? Или преступники должны быть в лучшем положении? [67].

Предубеждение против фармакотерапии

Многие думают, что психотропные лекарства либо не приносят пользы, либо могут создать зависимость. Уже давно доказано и не подлежит обсуждению позитивное воздействие различных психотропных средств, нейролептиков, лекарств антипсихотического действия, антидепрессантов и так называемых транквилизаторов. Возражение, что эти лекарства могут создать зависимость, относится лишь к очень немногим из них. Нейролептики и антидепрессанты зависимости не создают, тогда как большинство транквилизаторов действительно в некоторой степени имеют способность создать зависимость. Это, однако, означает только то, что такие медикаменты должен прописывать компетентный врач, соблюдая при этом необходимую осторожность. Кроме того, многие болеутоляющие и снотворные средства также могут создать зависимость, если они принимаются в течение долгого времени и в усиленных дозах.

Часто высказывается возражение, что, например, антидепрессанты не решают проблемы людей, страдающих депрессией. Хотя это

верно, но все же это не значит, что такое лечение вообще применять не следует. Антидепрессанты не предназначены для снятия всех проблем пациента, но — как следует из названия — эти лекарства должны просветлить настроение пациента, дать ему возможность радоваться и снова, как прежде, активно участвовать в жизни. Больного депрессией можно сравнить с человеком, которому надо подняться на высокую гору. Гора здесь символизирует совокупность проблем больного. С помощью антидепрессанта (и поддерживающей психотерапии, которой никогда нельзя пренебрегать) пациент сможет преодолеть подъем в гору, чего он никогда не смог бы сделать в состоянии депрессии. Таким образом, остается та же гора, но изменяется сам пациент. Здоровый легко поднимется в гору, а в состоянии депрессии это ему не удалось бы. Символически можно представить себе пациента, находящегося в состоянии депрессии, как человека, несущего на спине тяжелый груз, снять который может только он сам [55]. Иногда выдвигают возражение, что антидепрессанты могут изменить личность. Именно этого они как раз и не делают, а изменяют они лежащее в основе депрессии нарушение функции мозга [122, с. 32].

Несколько лет назад в журнале «Readers Digest» под заголовком «Печальная тенденция» было напечатано следующее:

Так как все большее число швейцарцев глотают дорогие таблетки против депрессии, в нашей стране оборот антидепрессантов за последние пять лет чуть ли не утроился. Фармацевтическая промышленность пускает в оборот 156 миллионов франков на «таблетки счастья». На торговых операциях с печалью с каждым годом зарабатывают все больше также и самостоятельно работающие психиатры и психотерапевты, имеющие звание специалиста, утвержденное Федерацией швейцарских врачей [101].

В этих нескольких предложениях содержится множество неточностей и ошибок. Во-первых, антидепрессанты применяются не против печали, а против депрессии (печаль — нормальное психологическое состояние, а депрессия, напротив, — нет). Во-вторых, антидепрессанты — это отнюдь не «таблетки счастья», а лекарства, которые дают пациенту не просто чувство счастья, а делают так, что он снова становится таким, каким был до болезни. В-третьих, по сравнению

с другими медикаментами антидепрессанты не так уж дороги. Более старые лекарства тоже хорошо действуют в большинстве случаев, а новейшие медикаменты, напротив, дороги, как и любые другие лекарства, только что появившиеся на рынке. В-четвертых, неверно и то, что независимые психиатры и психотерапевты много зарабатывают на лекарствах. Правда, в некоторых кантонах Швейцарии существует «самостоятельный отпуск лекарств». Это значит, что врач может продавать пациенту лекарства непосредственно, но это принято далеко не во всех кантонах. К тому же маржа прибыли для психиатра сегодня невелика. То, что этот дополнительный заработок невелик, связано, кроме всего прочего, еще с тем, что психиатр может принять 30–50 пациентов в неделю, а чаще — меньше, тогда как врачи других специальностей, по-видимому, могут принять в несколько раз большее число больных (например, семейные врачи).

Несколько лет назад в моей практике произошел интересный случай, связанный с предубеждением против психотропных лекарств. Один больной, страдающий депрессией, пришел ко мне на прием и не захотел принимать антидепрессант. Я заметил, что не он, а его жена «против химии». Поэтому я попросил его, чтобы в следующий раз он пришел с женой. Я ей объяснил, когда и почему имеет смысл употреблять антидепрессанты. Она неохотно дала свое разрешение и сказала, мол, ее муж должен сам решить, что для него хорошо. К сожалению, лишь на следующем сеансе я узнал — когда супруг опять пришел один, что его жена не только вообще курит, но что сейчас она продолжает курить, несмотря на то, что она беременна [55, с. 28].

Предубеждения религиозных людей против психиатрии и депрессии

Во время моей долголетней деятельности в качестве психиатра и психотерапевта я постоянно замечал, что и в строго религиозных кругах существует предубеждение против врачей моей специальности. Эти предрассудки могут оказать негативное действие, особенно в случае депрессии, так как при этом не распознается депрессивное состояние, человек не признается больным и его не хотят лечить. Это не только мучительно для больного, но может даже быть опас-

ным для его жизни, так как больные депрессией представляют наиболее частотную группу риска для суицидальных действий.

В ортодоксальных религиозных кругах спорят, например, о том, может ли по-настоящему набожный человек заболеть депрессией и «дозволено» ли это ему. Не являются ли такие симптомы, как чувство безнадежности, страх, отчаяние, недоверие — также и в сфере религии, — признаком того, что что-то неладно с религиозными убеждениями человека? Не должна ли вера в Бога защитить его от этого состояния, которое ведь часто и не признается болезнью? Не должны ли заболевшие искать помощи в молитве, чтобы укрепить свое доверие Богу (свою веру в Бога?!). Не следует ли призвать таких людей собрать свою волю и не предаваться мрачным мыслям?

На эти вопросы следует, в принципе, ответить отрицательно. Правда, верующему человеку, страдающему депрессией, молитва может в некоторой степени помочь, однако депрессию нельзя снять одной только молитвой. И те верующие, которые находят в церкви поддержку, все равно всего лишь люди, которые, как и все остальные, могут заболеть этой болезнью и любыми другими [55].

В Ветхом Завете говорится о людях, находившихся в состоянии депрессии или просивших Бога положить конец их жизни, — например Моисей, Илия, Иов, Иона. Отрицающие жизнь высказывания вполне допускаются в Ветхом Завете. Так, например, там можно прочесть следующее:

И ублажил я мертвых... более живых, а блаженнее их обоих тот, кто еще не существовал, кто не видал злых дел, которые делаются под солнцем... всякий труд и всякий успех в делах производят взаимную между людьми зависть... [Книга Пророков. 4: 2–3].

Религиозные люди, заболевшие депрессией, чувствуют себя виновными перед Богом, грешниками. Это религиозное чувство вины и соответствующие мысли о прегрешении могут развиться в соответствующий бред (бред виновности, бред греховности). Конечно, здесь следует добавить, что такое развитие бреда встречается и у нерелигиозных больных депрессией. Такие больные чувствуют, что Бог их оставил, они чувствуют себя людьми, не достойными милости. Если в таком случае священник или пастор станут внушать больному, что он должен выказать раскаяние, покаяться, то такой призыв

может привести к роковым последствиям. Вполне возможно, что больной испытает при этом такое давление, что он придет в полное отчаяние и, возможно, наложит на себя руки [16, с. 59].

Верующие люди, страдающие депрессией, не только чувствуют себя покинутыми Богом. Они чувствуют, что они не справились со своим долгом, их обременяет тяжелое чувство вины. Вследствие депрессивного состояния образ Бога у них искажается. Бог становится карающей и мстящей инстанцией. Обычно эти убеждения исправляются лишь тогда, когда просветляется состояние депрессии. Это — лишняя причина, чтобы обязательно лечить лежащую в основе болезнь — депрессию. Если в возвышенном восхвалении любви [1 Кор., 13] Павел называет три основные составляющие — вера, любовь, надежда, — не следует забывать, что в депрессивном состоянии все три могут стать шаткими. В то время как люди с соматическим заболеванием в своем страдании полны надежды и могут верить, что выздоровеют, то для человека, находящегося в состоянии тяжелой депрессии, это уже невозможно. Он уже вообще не в состоянии видеть ничего позитивного и признать его, и не только в сфере религии.

Искаженное восприятие, мрачный взгляд на все дают возможность видеть только негативное и размышлять над ним. В случае тяжелой депрессии, по-видимому, жизнь чувств застывает, и это наносит ущерб также способности переживать религиозные чувства, по крайней мере позитивные [45, с. 281]. Очень справедливо пишет Хелл (Hell) [61, с. 232–233], что неспособность к надежде и привязанности делает для религиозного человека, находящегося в состоянии депрессии, невозможными глубокие душевные религиозные переживания. Он приводит в пример женщину-теолога, пережившую состояние тяжелой депрессии. Ей казалось, что не религия ее держит, а она должна нести груз религии!

Однажды ко мне пришла в связи с депрессивным состоянием женщина примерно 75 лет. Она пришла ко мне на прием после смерти мужа. В ходе беседы она рассказала, что на ней лежит тяжкая вина, так как ее муж не декларировал часть своего состояния и, следовательно, не заплатил налоги. Ей пришлось взять эти деньги, но она не может никому об этом сказать. Пациентка была очень религиозна, принадлежала к римско-католической церкви. Так как эти «черные» деньги стали главной темой, я спросил, говорила ли она

об этом со священником, была ли она на исповеди. Она ответила отрицательно, но сочла, что над этим стоит подумать. После некоторых размышлений пациентка в конце концов поговорила со священником — и с помощью своего духовника и психотерапевта смогла выйти из состояния депрессии [55].

Как бороться с предрассудками?

Что же можно сделать, когда в обществе, в религиозных кругах и в нашем окружении существуют предубеждения против людей, страдающих депрессией, и против их психотерапевтов?

Хотя, может быть, это звучит банально, но на первом месте стоит осознание того факта, что названные предрассудки в нашем окружении и в нашем обществе продолжают существовать и не исчезли даже в XXI в. Мы — психиатры, психологи, психотерапевты, а также духовники — должны приложить все возможные усилия, чтобы ликвидировать предубеждение против больных депрессией, постоянно указывая на то, что это такие же больные, как и люди с соматическими заболеваниями, и что они в такой же мере нуждаются в лечении. Современные и новейшие исследования показали, что разделение на соматические и душевные болезни может быть оправдано лишь условно. Напомню в этой связи давно известное понятие психосоматики, а также новейшие результаты исследования мозга. Указания на важность депрессии и на порядковое место этой болезни следуют как из общения с самими больными, так и при обучении специальности, в различных видах продолжения образования и повышения квалификации, а также в публикациях, предназначенных не только для узких специалистов, но и для широкой общественности. Я знаю, что такие усилия уже делаются, например, в Германии, где создан «Союз против депрессии», причем в различных городах страны ведется интенсивная и достойная признания работа. Я также знаю, что уже были достигнуты успехи, которые наглядно видны. Тем не менее я беру на себя смелость утверждать, что если бы в последние 20 лет с предрассудками велась бы такая же борьба, как, например, против СПИДа, сегодня мы сталкивались бы с ними в гораздо меньшей мере.

Резюме

Несмотря на разнообразную просветительскую работу, в средствах массовой информации все же еще существует предубеждение против людей, страдающих депрессией, против их психотерапевтов и против применяемых методов лечения. На предприятиях людей, больных депрессией, увольняют скорее, чем людей с соматическими заболеваниями, так как считают, что они не подходят для работы. В главе раскрываются и обсуждаются различные предрассудки против психотерапии и против медикаментозного лечения. Позиция по отношению к психиатру и психотерапевту у многих людей — двойственная. В случае необходимости ему рады, однако, к великому сожалению, многие (в том числе и некоторые политики) считают, что психотерапия — излишняя роскошь, без которой можно обойтись.

17

Психотерапия

Тот, для кого основы науки — всего лишь рельсы, а не путеводитель, — тот халтурщик и дилетант.

Тот, кто владеет методом, который он применяет везде, — ремесленник.

Тот, кто в любом больном, даже в самом простодушном, не видит согражданина, а тот, кто даже в опустившейся пациентке не видит чего-то женского, тот не может занимать место лекаря души.

Профессор, доктор Якоб Клэзи [77]

До сих пор душа и тело рассматриваются как две отдельно функционирующие системы. Против этой точки зрения сегодня надо выдвинуть современное понимание тела, души и духа как единого целого, признание того, что человек представляет собой биопсихосоциальное единство. Процессы душевного переживания и физического существования неразделимы. В народной речи есть выражение «живет как может», в котором это отражается. В психотерапии центральное место, главная роль принадлежит беседе, высказанным словам. Предполагается при этом наличие умения слушать другого человека. Беседа проходит на фоне эмоциональных отношений между пациентом и психотерапевтом [76, с. 10]. Из различных определенных психотерапии я выбрал следующее:

Психотерапия — это лечение эмоциональных проблем психологическими средствами, когда специально обученный для этого психотерапевт

обдуманно создает профессиональные взаимоотношения с пациентом с целью устранить имеющиеся симптомы либо их модифицировать или смягчить, изменить нарушенное поведение и способствовать благоприятному созреванию и развитию личности [160, с. 385].

К этому следует добавить, что психотерапия действует через организм в целом, например через наши органы чувств.

Хотя понятие психотерапии сегодня у всех на устах и нам оно кажется знакомым, все же большинство людей не имеет ясного представления о том, что оно означает. О многочисленных предрассудках, которые существуют прежде всего у политиков и в средствах массовой информации, уже шла речь в предыдущей главе. Но и «среднестатистический гражданин», «средний обыватель» часто имеет ложные представления и по существу не имеет никакого понятия о том, что такое психотерапия. Такое положение дел приобретает особенно трагические масштабы, когда мы представим себе, что именно в области психологии и психиатрии почти каждый кажется экспертом. Например, нередко можно услышать возражение, что человеку не нужна психотерапия, если у него есть собеседник, добрый знакомый, с которым он может поделиться своими проблемами. Рассказать ли о своих бедах психотерапевту или личному другу, которому доверяешь, — это все равно. Такой поверхностный взгляд уже потому ошибочен, что даже хороший друг, не владеющий специальными знаниями, как профессионал, часто не сумеет выслушать человека так, как это сделает психотерапевт. Он не сможет также установить связи и дать толкование услышанному. Кроме того, часто у таких людей нет достаточного терпения, такого как у психотерапевта. Я нередко был свидетелем того, как друзья пациента отмахиваются, потому что они этих жалоб уже не выдерживают и вынуждены защищать самих себя. Конечно, настоящий друг или преданная подруга могут подстраховать душевнобольного и могут оказать большую поддержку человеку, страдающему депрессией. Однако психотерапевт в ходе лечения пытается получить полную картину всех причинных связей душевного состояния пациента и понять его проблемы не только на уровне осознанного, но и на уровне неосознанного (на уровне подсознания). Например, пациента расспрашивают о его снах, которые психотерапевт вместе с ним ис-

толковывает. Это позволяет заглянуть в неосознанные сферы (в подсознание). В психотерапии важно понять всю психодинамику, которая, например, покажет, почему пациент запутывается все время в одних и тех же проблемах, или же объяснит, каковы те движущие пружины, которые его все время толкают на то, что он постоянно совершает одни и те же ошибки. Например, почему женщина все время влюбляется в мужчин, с которыми ее никогда не свяжет прочная привязанность, поскольку они уже женаты или уже имеют прочные отношения с кем-то. Следствием постоянного повторения неверного поведения нередко бывает депрессия. Психотерапия должна была бы способствовать пониманию, самокритике, но также и обретению уверенности в себе. Она дает представление о процессе душевного развития, о психодинамических связях пациента [55, с. 183–184].

После того как пациента выслушали и был поставлен диагноз — депрессия, его необходимо проинформировать о болезни и о том, как с ней обходиться. Ему следует дать советы, как справиться с повседневной жизнью. По возможности надо освободить его от обязательств и обязанностей. Но прежде всего необходимо ему объяснить, что депрессия — это болезнь, которая, как правило, хорошо поддается лечению, и от нее можно излечиться. Многие люди, страдавшие депрессией, заявляли, когда болезнь прошла, что величайшей помощью в тяжелое время для них было то, что им сказали, что они выздоравливают [30, с. 127], даже если они почти не верили в это сами.

Хотя в случае депрессии, как правило, проводится лечение с помощью психотропных лекарств, тем не менее психотерапия играет очень важную роль. Следовательно, не стоит вопрос: Медикаментозное лечение или психотерапия? Психотерапия всегда является предпосылкой лечения. В большинстве случаев при депрессии показано сочетание психотерапии с медикаментозным лечением, по крайней мере в случаях тяжелой депрессии или депрессии средней тяжести. В любом случае никогда не следует применять медикаментозное лечение без поддерживающей психотерапии. Иначе, как метко формулирует Полдингер (Poldinger) [108], создалась бы ситуация, подобная той, когда кто-то, переходя реку через мост и услышав снизу крик тонущего о помощи, ограничился бы тем, что бросил бы спасательный круг, и не поинтересовался бы — добрался ли тонущий до этого круга и доплыл ли он до берега?

Как тесно связаны психотерапия и фармакотерапия, показывает пример из истории, которому скоро будет уже 100 лет. Когда Клэзи (Klaesi), который в первую очередь был психотерапевтом, приблизительно в 1920 г., в Цюрихе, в «Burgholzi», ввел лечение сном с помощью снотворного (барбитуратов) с целью сделать одну пациентку (больную шизофренией) зависимой и нуждающейся в помощи для того, чтобы провести с ней курс психотерапии [54].

«Этот примат психотерапии сохранил свою силу даже при появлении эффективных соматических методов лечения», — писали Шотт и Телле (Schott, Tolle) [130, с. 493] в своей превосходной работе «История психиатрии».

Для психотерапии отнюдь не первостепенно важно придерживаться определенной школы или направления. Главное здесь — это вообще поведение врача психотерапевта, который проявляет по отношению к больному искренность, лояльность и солидарность, не теряя, однако, необходимой дистанции [16, с. 149].

Настроение пациента, находящегося в состоянии тяжелой депрессии, во время психотерапевтической беседы может улучшиться, «просветлиться» на какое-то время, и иногда таким больным удастся на короткое время заполнить присущую им нарциссическую пустоту (лауну). Баттегей (Battegay) весьма справедливо написал [16, с. 150]:

Именно человеческое участие помогает больным людям преодолеть чувство покинутости, а также страх перед расставанием — переживания, которые присутствуют в психодинамике любой депрессии, каким бы путем она ни появилась... Больного депрессией сначала надо убедить, что врач решительно готов войти вместе с ним в ад депрессии и там не потеряться.

Психотерапевт должен хорошо понимать больного депрессией человека и вступить во взаимоотношения с ним. Иногда даже людям с тяжелой депрессией удается почувствовать это человеческое участие во время беседы с психотерапевтом и мобилизовать свой скромный остаток нарциссизма, чувства собственной ценности — как уже было сказано — на некоторое время. Постоянное участие, доброжелательность психотерапевта — главная предпосылка для

выздоровления больного депрессией, и это внимание и сочувствие ему совершенно необходимо.

К новейшим результатам исследований в области психотерапии принадлежит признание того, что психотерапия, с одной стороны, и лечение с помощью психотропных лекарств — с другой стороны, приводят к сходным изменениям в мозгу. Наглядными методами (с помощью сканера «Petscan») у больных, страдающих от навязчивостей, удалось добиться одинакового глюкозообмена как с помощью когнитивной поведенческой терапии, так и лечением с помощью флуоксетина — антидепрессанта [82] (см. также главу 19 «Как действуют антидепрессанты?»).

Многочисленные исследования доказали эффективность психотерапии, и это широко известно. При этом меньшую роль играет метод психотерапии, чем личность психотерапевта, который должен быть компетентным, безупречным и способным к человеческому сопереживанию.

В зависимости от длительности курса психотерапии могут быть достигнуты разные цели, причем весьма часто у больных наступает ослабление симптоматики, а в случае депрессии — обычно полное выздоровление, нередко в сочетании с медикаментозным лечением. Беседа с психотерапевтом, который должен быть образованным специалистом, — это основополагающий метод лечения, а отнюдь не роскошь, когда речь идет о психически больных людях.

Наряду с этими общепринятыми основополагающими принципами в последние годы стали применяться еще два вида психотерапии, хорошо помогающие при депрессии. Это:

- 1) когнитивная поведенческая терапия [19] и
- 2) групповая психотерапия [92, 138].

Комментарий к пункту 1

В этой связи «когнитивный» означает, во-первых, что процессы, происходящие у депрессивного больного, должны быть осознаны. Это предпосылка к тому, чтобы подойти с помощью психотерапии к процессам, вызывающим психическую нагрузку, и улучшить состояние [30, с. 129]. Больного депрессией человека надо сделать способ-

ным снова стать активным и самостоятельно создавать себе позитивные переживания. Иначе говоря, люди, страдающие депрессией, имеют когнитивный образец самооценки, снижающий их ценность: у них очень сильно развита склонность к негативной оценке своих действий и своего поведения и вообще оценивать свои способности как плохие, неполноценные [16, с. 175]. Такой ход мыслей действует почти автоматически, и у депрессивного больного он внедряется очень глубоко, сочетаясь с пессимистическим взглядом на жизнь. Такие пациенты нередко очень аккуратны и имеют очень ярко выраженное супер-Эго. Они чувствуют безнадежность и беспомощность, особенно если депрессии предшествовал процесс научения в направлении к беспомощному поведению [16, с. 176].

Таким образом, когнитивная поведенческая терапия имеет целью дать пациенту возможность понять постоянно возвращающиеся пессимистические оценки собственной личности и своего окружения, а также помочь ему обрести более оптимистическое видение и увести его от присущих ему негативных мыслей:

Задача заключается, следовательно, в том... чтобы противодействовать негативным оценкам при переработке пациентом информации с помощью систематического сопоставления этих «автоматических» мыслей с реальной действительностью [16, с. 176].

Например, можно предложить больному писать предложения такого типа:

«Мнение других людей не имеет значения» или «Я имею право жить так, как я хочу» [16, с. 177]. Конечно, такие установочные тезисы подходят не каждому пациенту, однако они полезны людям с тяжелой депрессией и с сильным застывшим супер-Эго. Можно также предложить пациенту вести дневник своей деятельности и своего настроения, на которое он сам постоянно влияет. К нарушениям образа мысли относятся также мышление в черно-белых тонах. Например: «Если меня уволят, то я наверняка уже никогда не найду другую работу» [30, с. 129].

При этом методе психотерапии пациента можно научить делать своего рода остановку мыслей: не допускать пессимистических настроений, если такие нежелательные мысли станут приходить на ум, а также следует призвать пациента к такой работе над собой.

Комментарий к пункту 2

Курс групповой терапии — краткосрочный. Этот вид психотерапии развился около 40 лет назад из применения аналитической терапии. Здесь вырабатываются связи с полученным ранее опытом общения между людьми [30, с. 131]. Таким образом, депрессия рассматривается как попытка приспособиться к окружению или как попытка с ним совладать. В курсе лечения психотерапевт уделяет главное внимание тому, чтобы заняться прежде всего четырьмя комплексами проблем, связанных с депрессией. Это печаль, ролевые конфликты, смена ролей и интерперсональный дефицит. К проблемам, имеющимся у пациента в данный момент, и к соответствующим симптомам осуществляется психотерапевтический подход и делается попытка справиться с ними [16, с. 180–181]. Депрессия расценивается как неудавшаяся попытка приспособиться к изменившимся условиям в сфере отношений с людьми и научиться правильно обходиться с возникающим в этой связи напряжением [30, с. 131]. В курсе психотерапии пациент должен обрести взаимосвязи между своей депрессией и своими проблемами во взаимоотношениях с людьми.

До сих пор молча предполагалось, что психотерапия проводится в условиях отношений между двумя людьми — психотерапевтом и пациентом. Это не вполне корректно, так как возможна и групповая психотерапия для больных депрессией. Они могут входить в смешанные группы или же в группы, организованные специально только для тех, кто страдает депрессией. Зачинатель групповой психотерапии Баттегей (Battegay) пишет:

Люди, страдающие депрессией, в какой-то степени опустошены, и они стараются свое слабое или ослабленное Я подкрепить с помощью других людей. У каждого члена группы возникает то, что я назвал «нарциссическим групповым Я». Этот процесс происходит у всех членов группы, что ведет к формированию чувства Мы и к сплочению группы. Так как депрессивные больные в большей мере, чем другие индивиды, в своем воображении вступают в слияние с объектом — чтобы укрепить свое слабое Я, — то в такой группе постепенно создается более «сильное сплочение, чем в других группах, проходящих курс терапии» [16, с. 184].

Конечно, следует сказать о том, что предложений в сфере создания групп для курса психотерапии пока немного, по крайней мере в Швейцарии. Это значит, что пока трудно поместить человека с депрессией в подходящую для него группу. Однако в любом случае сначала пациент должен индивидуально пройти курс лечения, в котором должны сочетаться психотерапия и медикаментозное лечение с приемом антидепрессантов. Если взаимоотношения с психотерапевтом достаточно прочны, то индивидуальное лечение можно сочетать с групповой терапией. В идеале группу должен был бы вести тот же самый психотерапевт [16, с. 187].

Курс психотерапии больных депрессией включает также проработку снов. Нередко сны дают объяснение проблем пациента в сфере отношений с людьми, а также суицидальных импульсов. Для людей, страдающих депрессией с суицидальными наклонностями, типичны, например, сны, содержанием которых являются катастрофы или смерть либо собственная кончина.

Одна женщина 59 лет, которая страдала депрессией и годами ходила к психотерапевту, а также должна была принимать психотропные лекарства и, кроме того, не раз попадала в больницу по психиатрическим причинам, будучи единственным ребенком, тем не менее выросла в детских домах. Мать никогда не проявляла к ней любви, а отца она так и не узнала, так как ее мать никогда даже имени его не называла. Выйдя замуж за ремесленника, который был на три года ее старше, пациентка долгие годы жила стабильной семейной жизнью и смогла своим трем детям дать защищенность и участие. Когда дети выросли и покинули родительский дом, она заболела раком груди. У нее развилась депрессия, которая стала усиливаться. Последовала длившаяся годами психотерапия. Она лечилась у различных психотерапевтов и в различных клиниках. В отношении улучшения депрессивного состояния лечение достигало успеха лишь временами и частично. Однако в отношении суицидальности психотерапевтическая поддержка оказалась успешной. Хотя неоднократно у нее повторялось острое суицидальное состояние (а она в прежние годы предприняла в общей сложности три попытки самоубийства), все же в остальном, по ее собственным словам, она «выжила лишь благодаря психотерапии». Во время одного из

сеансов психотерапии пациентка рассказала, что видела сон следующего содержания: она пришла в больницу, где находился ее муж, которому предстояла операция. Она принесла ему большое количество снотворного — из таблеток, раздробленных в ступке. Она отдала это мужу со словами «возьми, это для тебя хорошо». Не спрашивая, принял ли ее муж этот порошок, она ушла домой. Она была твердо убеждена, что он умрет. Дома она тоже проглотила много снотворных таблеток, чтобы умереть... Тут она проснулась и ощутила чувство вины из-за этого сна.

Пациентка могла толковать содержание сна первоначально только в том смысле, что она желала смерти мужа, затем появилось и другое толкование, согласно которому муж мешал ей совершить самоубийство. Пока муж жив, она не осмелится покончить жизнь самоубийством, чтобы не вызвать у него чувства вины. Вероятно, пациентка проецирует собственное чувство вины на мужа, к которому она относится двойственно. С одной стороны, она рада, что он не ушел от нее из-за ее склонности к депрессии, а с другой — она испытывает по отношению к нему агрессивные чувства, так как он живет своей жизнью и явно лучше справляется с ней, чем она сама. При обсуждении сна стало ясно, она опасается, что ее муж после операции, которая ему реально предстоит, сам заболит депрессией и не сможет так же хорошо справляться со своими проблемами, как до того. Это иллюстрирует, что она проецирует свои собственные проблемы на мужа, поскольку свою собственную жизнь интерпретирует так, что пока ее дети были маленькими и жили дома, она великолепно вытесняла проблемы, создающие эмоциональное напряжение, и поэтому чувствовала себя хорошо. Однако в последующие годы это сделать не удалось — и поэтому она впала в депрессию. Конечно, такая трактовка этого сна лишь предположительна, но многое говорит в ее пользу [52, с. 90–92].

Несколькими месяцами позже эта же пациентка увидела сон, что она повесилась на террасе с помощью одного из галстуков мужа. Она пришла в ужас от этого сна настолько, что через несколько дней взяла этот галстук и разрезала его ножницами на мелкие кусочки. Этот второй сон подчеркивает сказанное выше в отношении ее двойственного отношения к мужу.

Резюме

Во время курса психотерапии важна не только форма терапии, которую применяет психотерапевт, но также поведение самого врача. Он должен проявить по отношению к пациенту искренность, солидарность, эмпатию и заинтересованность, не теряя при этом необходимую дистанцию. Во время беседы с психотерапевтом может улучшиться настроение даже у человека с тяжелой депрессией, хотя и на короткое время. Иногда таким больным удается восполнить свою нарциссическую пустоту (лакуну). Эффективность психотерапии была доказана в многочисленных исследованиях. К терапиям, которые особенно хорошо помогают при депрессии, принадлежат когнитивная поведенческая терапия и интерперсональная (групповая) психотерапия. В главе говорится также о значении групповой психотерапии для больных депрессией, а также о важности проработки снов.

18

Психофармако- терапия

Рациональное лечение лекарствами таково: применять их как можно меньше, однако столько, сколько необходимо.

Позитивное действие различных психотропных средств, антидепрессантов, нейролептиков (антипсихотических лекарств) и транквилизаторов (успокаивающих средств) давно доказано и обсуждению не подлежит. Эра современных психотропных средств длится столетия, и началась она с введения в 1952 г. хлорпромазина (Largactil), в 1956 г. — тофранила (имипрамина) и в 1960 г. — валиума (диазепама). С тех пор разрабатывались все новые и новые препараты, которые частично оказывали лучшее действие на больного, а также имели меньше побочных эффектов. Хотя и нельзя здесь отрицать наличия побочных действий, но у всех других лекарств, в том числе и в соматической медицине, тоже были отмечены побочные эффекты, причем даже и у плацебо-препаратов [55, с. 26].

При тяжелых депрессиях и при депрессиях средней тяжести лечение должно включать параллельное применение психотерапии и медикаментов. Этот принцип важен потому, что лекарства быстрее дают эффект, чем один только курс психотерапии. Кроме того, фактор времени имеет значение еще по двум причинам: во-первых, потому что пациент испытывает давление очень сильного страда-

ния (сравнимого с состоянием сильной боли), от которого он хотел бы избавиться как можно скорее, а во-вторых, из-за опасности суицида, которую надо в принципе учитывать при тяжелых депрессиях и о которой следовало бы также поговорить с пациентом. Для того чтобы пациент регулярно принимал лекарства (т. е. для того, чтобы он был более уступчивым), его необходимо проинформировать о сущности лечения психотропными средствами. Из многих имеющихся в нашем распоряжении антидепрессантов следует выбрать какой-то один. При этом нельзя заранее с уверенностью сказать, как он подействует на данного пациента. Один индивид хорошо и быстро реагирует на определенный препарат, в идеале даже без побочных действий, а другой может вообще не отреагировать на то же самое лекарство либо только с заметными побочными эффектами, так что данный препарат придется отменить. Тогда делается вторая попытка, с другим лекарством, например с таким, которое действует несколько иначе. Пациенту следует объяснить, что антидепрессант, в принципе, надо принимать регулярно в течение довольно длительного времени, что возможны некоторые побочные действия, особенно в первое время, а также что по-настоящему антидепрессивное действие лекарства устанавливается лишь приблизительно через одну-две недели. Следует также подчеркнуть, что антидепрессанты не создают зависимости. В случае ажитированной депрессии можно сочетать антидепрессант с нейролептиком и/или транквилизатором (чаще всего производным бензодиазепа). Хотя производные бензодиазепа могут при длительном приеме создать зависимость, они все же очень популярны, так как они быстро оказывают позитивное действие. Как правило, хороший эффект достигается при фобиях и нервозности, а побочных действий почти не наблюдается. К тому же некоторые производные бензодиазепа оказывают такое седативное действие, что их обычно можно принимать против чаще всего присутствующих нарушений сна.

Более старые антидепрессанты (так называемые трициклические и тетрациклические) могут иметь следующие побочные действия: сухость во рту, запоры, падение артериального давления, легкое дрожание, потливость, прибавка в весе и нарушение сексуальных функций. При приеме трициклических препаратов в больших дозах в качестве побочного эффекта возможно нарушение сердечного ритма.

Это бывает у людей с больным сердцем. К наиболее часто встречающимся побочным действиям новейших антидепрессантов SSRI (селективных ингибиторов обратного захвата серотонина) относятся: тошнота, понос, беспокойство, нарушение сна, дрожание и опять-таки нарушение сексуальных функций. Правда, отдельные побочные действия из перечисленных пугающих явлений могут проявиться, но это вовсе не обязательно.

Цель лечения с помощью антидепрессантов заключается не в том, чтобы дать пациенту некое чувство счастья или изменить его личность, а в том, чтобы лечение помогло пациенту оптимально выйти из «дыры», из мучительной болезни, чтобы он снова стал таким человеком, каким он был до болезни — человеком, способным снова жить нормально, т. е., в краткой и несколько небрежной формулировке, чтобы он снова смог получать удовольствие и быть работоспособным. Это состояние достигается, следовательно, не «химической дубиной», а, например, с помощью SSRI, воздействующих на собственное, присутствующее в организме вещество серотонин, которое снова в значительном количестве поступит в мозг (см. главу 19 «Как действуют антидепрессанты?»).

Если через 2–3 недели приема антидепрессанта в средней дозировке не будет заметно никакого улучшения, то лекарство следует заменить. Если же по прошествии этого времени наступит «просветление» депрессии, то можно дозу лекарства увеличить. Если пациент хорошо реагирует на данное лекарство, то его следует принимать в течение длительного времени (поддерживающая терапия), по крайней мере шесть месяцев после «просветления», для того чтобы не было рецидива [20, с. 213–214]. Более половины перенесших когда-либо депрессию страдают от повторных эпизодов (от возобновления депрессивного состояния в дальнейшем). Поэтому очень важна профилактика. В этих случаях необходимо длительное лечение, т. е. для того, чтобы избежать возможного рецидива, пациенты в течение долгого времени (годами) должны принимать антидепрессант в поддерживающих дозах.

Говоря о медикаментозном лечении депрессии, следует упомянуть также о так называемых стабилизаторах настроения, к которым относятся уже названные ранее соли лития, а также ламотригин (Lamotrigin). Последний является, собственно говоря, противосу-

дорожным средством, но хорошее действие он оказывает и при лечении депрессии, помогая — при длительном употреблении — предотвратить депрессивные и маниакальные фазы. Таким образом, это лекарство имеет некоторый профилактический эффект. Конечно, увеличивать дозу следует очень медленно, поскольку в противном случае могут появиться заболевания, которые, кроме всего прочего, действуют на кожу. И другие медикаменты, первоначально применявшиеся против эпилепсии, могут использоваться в случае биполярных депрессий, например карбамазепин (Carbamazepin), а также вальпроиновая кислота (Valproat).

Твердо укоренившееся в психиатрии применение солей лития требует краткого исторического комментария. Литий использовался в медицинских целях еще в XIX в., например при лечении подагры. Современные работы, подтверждающие антимианиакальные свойства лития, опираются на публикации австралийского психиатра Джона Кейда (Cade) в 1948–1949 гг. Недостаточно известен тот факт, что еще за 50 лет до того соли лития уже применялись как профилактическое средство при периодических депрессиях. Уже в конце XIX в. некоторые авторы выступили за лечение депрессии солями лития, но они не смогли добиться желаемого результата. Так, например, датский врач Карл Ланге опубликовал в 1886 г. монографию, в которой объяснял, что периодические депрессии, которые замечали практикующие врачи, оставались вне поля зрения психиатров. Он рекомендовал в качестве профилактической меры против депрессии применять соли лития. То, что он не смог этого добиться, связано, между прочим, с тем, что его публикации вышли на датском языке, а перевод на немецкий язык был сделан позже. Однако его высказывания в научной литературе по психиатрии полностью игнорировались.

Таким образом, Кейд сообщил о лечении пациентов в маниакальной фазе и установил противоманиакальное действие солей лития. Несмотря на эти научные выводы, применение лития в психотерапии при лечении больных в маниакальной фазе пробивалось медленно, так как в середине XX в. литий считался опасным и ядовитым веществом. Однако на основе работ Шоу (Schou) в 1950-е гг. началось постепенное продвижение лечения маний литием. Затем его начали применять и для лечения депрессии, когда больные не

обнаруживали маниакальных фаз, наподобие современных стабилизаторов настроения [49].

Соли лития принимаются в виде таблеток. За ними нужен регулярный контроль, для чего примерно раз в 3–4 месяца делается анализ крови на определение концентрации лития в крови. Это делается потому, что рамки допустимой концентрации лития в крови очень узки. Это значит, что уже легкая передозировка может привести к отравлению, что выражается, например, в дрожании, в слабости мышц, нарушении координации движений, в нарушениях зрения, в растерянности и в желудочно-кишечных симптомах. Поэтому регулярный прием лития и точный контроль за концентрацией лития в крови особенно важны. Следует учесть также тот факт, что пациенты во время лечения литием нуждаются в большом количестве жидкости. Если они пьют мало, например меньше 1,5 литра в сутки, то в таком случае могут проявиться побочные действия или признаки отравления. При лечении литием необходимо также следить за функционированием щитовидной железы и контролировать его, так как литий может вызвать ослабление ее деятельности. Точно так же надо контролировать деятельность почек.

В рамках этой книги невозможно и бессмысленно пытаться охватить все имеющиеся в продаже медикаменты, применяемые для лечения депрессии. Однако посмотрим табл. 1, в которой собраны и даны в алфавитном порядке антидепрессанты, применяемые в настоящее время.

Депрессия часто встречается у людей преклонного возраста. Правда, тяжелые депрессии, пожалуй, с увеличением возраста встречаются реже, однако в целом депрессивные нарушения более свойственны пожилым людям, чем относительно молодым, в том числе депрессии, связанные с соматическим состоянием, т. е. депрессии как реакция на соматические болезни или на сердечно-сосудистые заболевания [98]. Пожилым людям, страдающим депрессией, следует прописывать преимущественно новейшие антидепрессанты, так как они не вызывают осложнений при возможных заболеваниях сердца. Особенно осторожно следует применять производные бензодиазепина (транквилизатор), так как вследствие расслабляющего действия на мышцы он увеличивает опасность падения. Выяснилось, что более половины всех препаратов, производных от

Таблица 1. Список лекарств с указанием названий, принятых в России, Германии, Австрии и Швейцарии

Международное название	Название препарата в России	Название препарата в Германии	Название препарата в Австрии	Название препарата в Швейцарии
Амитриптилин	Амитриптилин, амиксид, триптизол	Аминеурин, амиоксид, эквилибрин, новопротект, саротен, синейдон	Саротен, триптизол	Саротен, триптизол
Бупропион	Нет	Анксат, бепар, бупс	Буспар	Буспар
Вальпроиновая кислота	Нет	Зибан	Зибан	Зибан
	Депакин, депакин хроно, конвулекс, энкорат хроно	Конвулекс, конвулсофин, эргенил, эспа-валепт, лепитан, орфирил, валпро, валпроат, валпродура, валпрофлукс, валпроиншуе, валпролетт	Конвулекс, депакин	Конвулекс, депакин, орфирил
Варденафил	Левитра	Левитра	Левитра	Левитра
Венлафаксин	Велаксин, эфевелон	Тревилор	Эфектин	Эфексор
Десипрамин	Нет	Петулул	Пергофран	Нет
Дибензипин	Нет	Новерил	Новерил	Новерил
Доксепин	Нет	Апонал, доньюорин, доксетина, доксетин, эспадокс, марин, синекван	Доксетин, синекван	Синекван
Дулоксетин	Симбалта	Энтреве	Симбалта	Симбалта

Международное название	Название препарата в России	Название препарата в Германии	Название препарата в Австрии	Название препарата в Швейцарии
Залепон	Анданте	Соната	Соната, зерене	Соната
Золпидем	Санвал, гипноген, нитрест	Викалм, стилнокс, зодормдура, золдем, золпидем, золпинокс	Ивадал, мондеал, золдем, золпидем	Стилнокс
Зопиклон	Пиклорорм, имован, релаксон, сомнол	Еспадорм, оптидорм, сомнозан, ксимован, зодураг, зоп, зошипурен, зопикалм, золликодурра, зопиклон	Селодокс, сомнал	Имован
Имипрамин	Мелипрамин	Имипрамин, прайлоган, тофранил	Тофранил	Тофранил
Психотонин	Нет	Содержится в препарате джарсин	Содержится в препарате психотонин	Содержится в препарате солевита
Карбамазепин	Тегретол, актинервал, зептол	Карба, карбабета, карбадура, карбафлокс, карбагамма, карбамазепин, карбум, еспалеспин, финлеспин, фокалеспин, сиргал, тегретал, тимонил	Карбамазепин, делегтин, ньорогол, сиргал, тегретол	Ньюрогол, тегретол, тимонил
Кломипромин	Анафранил, клофранил	Анафранил, кломипрамин	Анафранил	Анафранил
Ламотригин	Ламитор, конвульсан, ламиктал, ламолеп	Элмендос, ламиктал	Биполам, ламиктал, ламотригин, ламотриглакс	Ламиктал

Международное название	Название препарата в России	Название препарата в Германии	Название препарата в Австрии	Название препарата в Швейцарии
Литиум	Литиум карбонат	Хипнорекс, люкоминеразе, литий 450, литиум квилонум	Нейролепсин, квилонорм	Литарекс, литиофор нейролитиум, олигозол лития, приадсел, квилонорм
Мапротилин	Людиомил	Деприлект, людиомил, марполу, мапротилин	Людиомил, мапротилин	Людиомил
Мелитрасен	Нет	Нет	Диксеран	Нет
Миансерин	Леривон	Мианеурин, миансерин, призма, толвин	Миансерин, толвон	Миансерин, толвон
Мидазолам	Дормикум	Дормикум	Дормикум, мидазолам	Дормикум
Миртазапин	Миртазонал, мирзатен, ремерон	Мирга, миргалич, миртазапин, ремергил	Миртабене, миртарон, ремерон	Ремерон
Моклобемид	Моклобемид	Аурорикс, моклобемид, моклобета, моклодура, моклонорм, римос	Ауробемид, аурорикс, моклобедит	Аурорикс, мокло А
Нортритилин	Нет	Нортрилен	Нортрилен	Нортрилен
Оксарбазепин	Нет	Тимокс, трилентал	Трилентал	Трилентал
Опирамол	Нет	Инзидон, орипрамол	Инзидон	Инзидон
Пароксетин	Адепресс, паксил, рексетин, пароксетин	Юпликс, паролитч, пароксат, парокседура, пароксетин, сероксат, тагонис	Аллонопар, глаксопар, палуоксетил, пароксетан, пароксат, пароксетин, сероксат	Дероксат, парексат, пароксетин
Серталин	Асентра, депрефолт, золофт, стимулотон, торин	Гладем , золофт	Гладем, траслин	Гладем, золофт

Международное название	Название препарата в России	Название препарата в Германии	Название препарата в Австрии	Название препарата в Швейцарии
Силденафил	Виагра	Виагра	Патрекс, виагра	Виагра
Тадалафил	Сиалис	Сиалис	Сиалис	Сиалис
Тразодон	Триттико	Фомбран, тразодон	Триттико	Триттико
Транкулпромин	Нет	Ждаторсом	Нет	Нет
Триазолам	Нет	Халсион	Халсион	Халсион
Тримипрамин	Нет	Херфонал, стангил, тримидура, трименьюрин, тримипрамин	Нет	Сурмонтил, тримин
Флувоксамин	Феварин	Феварин, флувохуксал, флувоксадура, флувоксамин	Феликсан, флюксифрал, флувоксамин, флувоксаминмалеат	Нет
Флуоксетин	Портал, продец, прозак, флувал, флуоксетин, ланнахер	Флуктин, флунеурин, флуокс, флуоксе, флуоксетин, флуксет	Фелисиум, флоссин, флуктин, флуоксенорм, флуоксетин, флуокситине, флуоксифене, флукс, флуксил, флуксомед, мутан, позитивум	Флуктине, флуоцим, флуокс-бахзан, флуоксетин, флуоксифар, флузол
Флупентиксол	Флюанксол	Нет	Дианксит	Дианксит
Циталопрам	Опра, цитол, прам	Ципрамил, циталура, циталич, циталон, циталопрам, цитало-Q, церитал	Апертиа, ципрам, циталексал, циталопрам, циталостад, цитаркана, цитор, достар, прам, цепрам, церограм	Алутан, циталопрам, кларограм, рудограм, церограм
Эскиталопрам	Нет	Ципралекс	Ципралекс, энтакт	Ципралекс

бензодиазепина, прописывают людям старше 60 лет [98]. Большинство таких препаратов оказывают седативное действие — особенно на пожилых людей — и могут нанести вред когнитивным функциям.

Особо следует отметить так называемые резистентные депрессии. К ним относятся такие депрессивные состояния, при которых пациент не реагирует на по крайней мере два разных антидепрессанта, принимаемых в течение 2–3 недель каждый в достаточной дозе. Такие депрессии составляют 15–20% всех случаев этого заболевания [16, с. 202–203]. Причины возникновения не поддающегося лечению состояния депрессии необходимо выяснить отдельно в каждом случае. Например, это может быть связано с нарушением функции резорбции, либо с недостаточным сотрудничеством пациента (например, если пациент не принимает лекарства регулярно, как ему предписано), либо в случае ослабленного функционирования щитовидной железы, что следует учитывать при любой депрессии, так как даже легкое ослабление ее деятельности хорошо поддается лечению с помощью применения гормона щитовидной железы (тироксин). Его можно сочетать с каким-нибудь антидепрессантом. Нередко проявление резистентной депрессии имеет место в случае, если депрессия — не единственное психическое заболевание, которым страдает больной, т. е. если добавляется еще другое заболевание, например фобия или невроз навязчивых состояний (*Zwangskrankheit*), — это так называемые коморбидные (сопутствующие) заболевания. Если причина резистентности неясна, можно провести исследование крови (определение концентрации сыворотки).

Мало применяемый сегодня весьма эффективный метод лечения резистентной депрессии — это введение антидепрессанта внутривенно. Многие пациенты говорят о быстром действии лекарства в этом случае и о меньшем количестве побочных эффектов, чем при приеме таблеток. Совершенно ясно, что внутривенное введение лекарства, которое чаще всего применяется в больничных условиях, дает быстрое наступление улучшения не только по фармакологическим причинам. Здесь играет роль также психологический фактор, поскольку к пациенту не предъявляются никакие требования и так как он получает благожелательное участие. Одно исследова-

ние, которое провел я сам, выявило следующее: в 1986–1991 гг. в одной частной клинике в Базеле 100 пациентов (женщин — 77, мужчин — 23) при лечении депрессии получали лекарства с помощью внутривенных инъекций. В большинстве случаев вводились марпотилин и кломипрамин (Ludiomil, Anafranil). Пребывание больных в клинике длилось в среднем 3–4 недели. Сразу после выписки из больницы 72,5% женщин сочли, что они или полностью выздоровели, или их состояние существенно улучшилось. В 23% случаев они сочли, что их состояние улучшилось незначительно. У 39% улучшение самочувствия продлилось больше года [51]. Из-за малого числа больных мужчин данные о них статистически не обрабатывались. Эти результаты сравнимы с результатами Кильхольца [73], который лечил внутривенным введением лекарств 2520 больных с резистентной депрессией. Он сообщил о следующих результатах: в 62% случаев имела место ремиссия, в 25% случаев — самочувствие пациентов существенно улучшилось и в 10% случаев улучшение было незначительным. Никакого действия лечение не оказало в 3% случаев.

Одна 48-летняя женщина из Броккен-Хом-Миллена в 24 года вышла замуж за человека, работавшего в сфере строительства. С обоюдного согласия детей они не имели. Пациентка имела склонность к уединению, к замкнутости, избегала общения с людьми. Вскоре у нее появилась зависимость от алкоголя, а в возрасте 36 лет у нее случился эпилептический припадок. В последующие годы стала развиваться депрессия. Из-за хронического заболевания почек (гломерулонефрит) ей потребовался диализ. Очищение крови проводилось три раза в неделю. И она, и ее муж ясно высказались в пользу длительного лечения. Пациентка смогла дать обещание отказаться от алкоголя. До того она неоднократно лечилась в психиатрической больнице от своей алкогольной зависимости. Впоследствии ей удалось полностью отказаться от потребления алкоголя, но нередко у нее бывали депрессивные состояния, хотя время от времени бывали и лучшие периоды, когда она могла заниматься домашним хозяйством и ухаживать за больной матерью. После трех лет процедур диализа депрессия у пациентки стала усиливаться, и однажды она сказала мне, что она в будущем намерена отказаться от лечения диализом. Она ясно понимала, что означает такое решение.

Это «пассивное» стремление к суициду аналогично тому, что происходит с диабетиком, отказавшимся от инсулина. Я согласился с желанием пациентки, однако предложил ей следующее. Поскольку ее решение омрачено состоянием депрессии, она в течение 10–14 дней пройдет в больничных условиях лечение депрессии с помощью внутривенного введения антидепрессанта. Если по прошествии этого времени она свое мнение не изменит, ее решение будет принято во внимание и диализ будет прекращен. Она согласилась с этим предложением, и уже через 4–5 дней спонтанно заявила, что ее жизнь снова предстала перед ней в другом свете и что она хотела бы продолжать диализ. Излечившись от депрессии, эта пациентка прожила около шести месяцев без депрессивных состояний, а затем неожиданно умерла от соматического осложнения [50, с. 94].

Несомненно, нередко невозможно обойтись без лечения депрессии в психиатрической клинике. Однако это не панацея. Как убедительно доказал Монестин (Monestin) на примере 61 случая суицида в клинике [91], до самоубийства в значительном числе случаев больные в состоянии депрессии не получили в достаточной мере антидепрессивной терапии с помощью соответствующих медикаментов. Лишь около половины из них получали антидепрессанты, и лишь очень малое число больных получили эти лекарства в оптимальной дозе (т. е. в достаточном количестве). Эта работа особенно достойна внимания, так как она имеет отношение к недостаткам в умении лечить больных с суицидальными наклонностями — по крайней мере в сфере психофармакологии, — которые здесь были выявлены с удивительной откровенностью. Так как это исследование было проведено более чем 20 лет назад, можно надеяться и считать, что сегодня в психиатрических клиниках лечат лучше. Эта работа показывает также двуликость клинической психиатрии. С одной стороны, пациента уже не опекают в той мере, как это делалось раньше. Он через короткое время получает возможность выходить из больницы, может в открытом отделении свободно передвигаться, а также сократилось и время госпитализации. Короче говоря, пациент выходит из-под опеки и получает также и в психиатрической больнице больше свободы, чем в середине XX в. Однако за эту свободу приходится платить.

С пациентом в состоянии тяжелой депрессии необходимо серьезно обсудить вопрос о его помещении в психиатрическую больницу, если по крайней мере один из следующих факторов риска существует:

1. Если пациент живет один и/или не имеет родственников.
2. Если он имеет явно выраженную склонность к суициду, делал соответствующие высказывания и ощущал суицидальные импульсы.
3. Если депрессия связана с чувством страха и проявляется в беспокойном поведении.
4. Если пациент недостаточно быстро реагирует на начатое лечение.
5. Если депрессия носит бредовый характер, т. е. при наличии симптомов бреда.

В какой момент направить больного в клинику — этот вопрос всегда решается по усмотрению врача. Конечно, госпитализация происходит быстрее, когда больной согласен с таким решением, чем в случае, когда человека, страдающего депрессией, приходится помещать в больницу против его воли, насильно. Решение о направлении больного в клинику всегда необходимо обсудить с ним самим. Кроме того, вопрос всегда должен решаться индивидуально и риск следует осторожно взвешивать. Нулевого риска не существует. Даже находясь в психиатрической больнице, пациент может когда-нибудь что-то с собой сделать, хотя в клинике он, как правило, имеет гораздо лучшую защиту и опеку, чем дома. Во многих городах сегодня имеются кризисные центры, куда можно направить больного. Они находятся за пределами психиатрической больницы и предназначены для краткосрочной интенсивной терапии, которая обычно длится 3–4 дня. Преимущество пребывания в стационаре заключается не только в «защитной функции», но также и в том, что здесь возможно быстро начать эффективное лечение. Как правило, для этого используются антидепрессанты, а в случае необходимости и транквилизаторы или нейролептики. В больнице можно также выбирать между различными формами лечения. Хотя, как правило, предпочтение отдается таблеткам, все же можно применить и внут-

римышечные инъекции или — в случае необходимости — вводить лекарство внутривенно. В психиатрической клинике могут применяться и другие способы лечения — например светотерапия, психотерапия, лишение сна, процедуры, снимающие напряжение, эрготерапия, музыкальная терапия, тренировка в области социальной адаптации, а также фитотерапия.

После обсуждения в следующей главе действия антидепрессантов отдельная глава будет посвящена другим видам лечения.

Резюме

По крайней мере в случае тяжелой депрессии или депрессии средней тяжести следует проводить параллельно с психотерапией еще и медикаментозное лечение. Для того чтобы пациент регулярно принимал лекарства, его следует проинформировать о действии лекарств и о побочных эффектах. В данной главе эти эффекты подробно рассматриваются. Отмечается также, что к антидепрессантам иногда приходится добавлять транквилизатор (бензодиазепин), если у пациента проявляется особенно напряженное и беспокойное состояние (ажитация) или если он страдает бессонницей. Иногда направление в психиатрическую клинику совершенно необходимо если добавляются дополнительные факторы риска, например в случае суицидальной склонности или в случае резистентной депрессии.

19

Как действуют антидепрессанты?

*Лишь немногие знают, как много надо знать,
чтобы знать, как мало мы знаем.*

Житейская мудрость

Несколько десятилетий назад еще ничего не было известно о том, как действуют психотропные средства и почему они дают эффект. Еще и сегодня нельзя утверждать, что получен окончательный ответ на эти вопросы. Однако существуют модели и «доказательства на основе признаков», которые дают хотя бы некоторое представление о том, что происходит в центральной нервной системе, в головном мозге и что именно случается, когда больному дают психотропные препараты. В этой связи нас интересует прежде всего действие антидепрессантов.

При биологическом исследовании депрессии особенно важны следующие области:

- 1) нейрого르몬ы оси «гипоталамус — гипофиз — надпочечники» (которую называют также осью стресса);
- 2) система медиаторов.

Медиаторы (трансммитеры) — это вещества-передатчики нервного возбуждения в области синапсов (мест соединения двух нервных клеток).

Прежде чем говорить о действии антидепрессантов подробно, необходимо сделать некоторые предварительные замечания, чтобы понять, что происходит в головном мозге.

Только от органов чувств к мозгу ведут около 2,5 миллионов нервных волокон. Каждое из этих волокон (называемых аксонами) дает до 300 импульсов в секунду. Раздражение, поступающее в нейрон (нервную клетку), передается дальше в виде электрических импульсов со скоростью 20–60 м/с. Таким образом, нервные клетки могут очень быстро сообщаться между собой. С помощью медиаторов электрический импульс передается с окончания нервного волокна, аксона, к ближайшей нервной клетке. Но эти две нервные клетки не находятся в непосредственном анатомическом контакте. Между ними находится синаптическая щель. В местах контакта находятся рецепторы (которые можно сравнить с замочной скважиной) для различных медиаторов (которые можно сравнить с ключами). Медиаторы прикрепляются к рецепторам — и информация передается дальше (рис. 1–3).

Мозг не является жесткой неизменной системой. Он находится в состоянии постоянного изменения. Он может приспосабливаться и способен реагировать на внешние обстоятельства.

Это явление имеет место и в зрелом состоянии, когда происходит формирование и ликвидация синапсов. Те из них, которые используются часто, укрепляются, а те, которые остаются неиспользованными, погибают. Мозг может рассматриваться как система переработки информации, которая восстанавливается в соответствии с требованиями (с необходимостью) [122, с. 13–17]. Эта способность мозга к изменению является основной предпосылкой для эффективности фармакотерапии и психотерапии.

Для нашего рассмотрения важную роль играют две системы: префронтальная система (лобные доли мозга), которая важна для абстрактного мышления, решения задач, а в психоанализе ей соответствует супер-Эго, и лимбическая система (функциональная система между стволом головного мозга и новой корой больших полушарий). Эта система отвечает за наши эмоции, а в психоанализе ей соответствует «оно». В лимбической системе регулируются, например, аффекты, чувства голода, жажды и сексуальные функции.

К лимбической системе принадлежит амигдала (миндалевидное тело, миндалина). Она считается, например, «главным центром вклю-

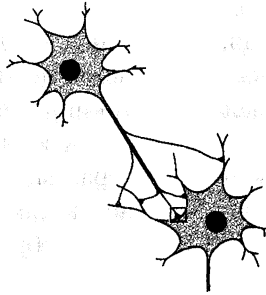


Рис. 1. Две нервные клетки [30]

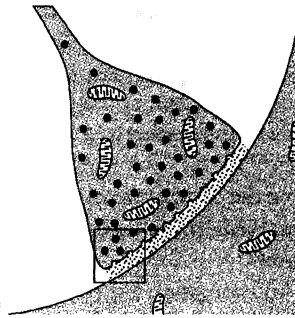


Рис. 2. Синаптическая щель [30] (см. участок, заключенный в квадрат)

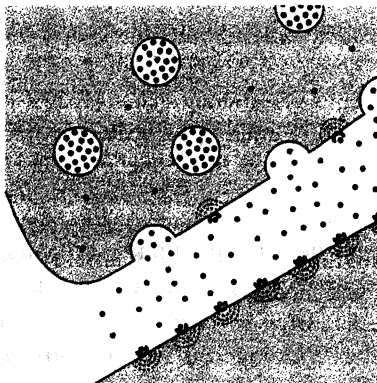


Рис. 3. Синаптическая щель (увеличение рис. 2). Синаптические пузырьки содержат медиатор, который после опустошения пузырьков попадает в синаптическую щель и прикрепляется к рецепторам, находящимся на нервных клетках, расположенных впереди и позади [30]

чения реакций страха». Некоторые структуры мозга названы в соответствии со своей формой. Так, гиппокамп получил свое название от морского конька, так как этот участок мозга по форме напоминает морского конька, а «амигдала» значит «миндалина». Между гиппокампом и амигдалой существуют сложные соединения и связи (в принципе это относится ко всем структурам мозга), имеющие сетчатую форму, и они находятся в постоянном взаимодействии и в постоянной взаимосвязи с помощью механизма обратной связи [112, с. 18–19]. Обстоятельства жизни, создающие психологическую нагрузку (всевозможные травмы), таким образом, оставляют следы, вызывают морфологические и функциональные изменения в мозгу. Этот тезис не соответствует теоретической модели, а опирается на современные наглядные методы, позволяющие наглядно отразить эти изменения мозговых структур и их функционирования и представить их, например, как последствия воздействия медикаментов и психотерапии [112, с. 10].

Комментарии к пункту 1

Под воздействием стресса в гипоталамусе, центральном участке головного мозга, вырабатывается кортикотропин-рилизинг фактор (КРФ) — гормон, вызывающий выделение в гипофизе адренокортикотропного гормона АКТГ. Последний высвобождает кортизол из коры надпочечников. Эта система стрессовых гормонов (называемая также осью стресса) нормально (в нормальном состоянии) регулируется сама (саморегулируется) с помощью своеобразного механизма обратной связи. Однако эту систему может вывести из равновесия тормозящий стресс, например фактор окружающего мира, вызывающий чрезмерное психологическое напряжение. Это может привести к повышению уровня кортизола в крови и к симптоматике (клинической картине) депрессии. При этой разновидности депрессии выделяется слишком много гормона, высвобождающего кортикотропин (КРФ), что вызывает бессонницу, страхи, потерю аппетита и нарушение сексуальных функций [30, с. 34]. Индивидуальный уровень кортизола (его концентрация в крови) не только колеблется в течение суток, но у людей, склонных к негативному восприятию жизни, он в среднем выше, чем у оптимистов. Одино-

кие, печальные и усталые люди, по-видимому, утром имеют более высокий уровень кортизола в крови, чем «нормальные» люди.

Ось стресса выходит из-под контроля, если не действуют «тормозящие рецепторы» (ингибиторы) кортизола в области гипоталамуса и гипофиза. Вследствие слишком сильного выброса кортизола могут развиваться симптомы депрессии [30, с. 139]. Согласно этой теории, лечение с помощью антидепрессантов может обеспечить компенсацию нарушения функционирования рецепторов кортизола. Это дает толчок антидепрессивному процессу, который через некоторое время приводит к исчезновению симптомов депрессии. Кроме того, антидепрессанты способствуют также росту клеток в упомянутом выше гиппокампе, одной из центральных структур головного мозга. Таким образом, согласно этой теории, происходит своего рода «успокоение» оси стресса, причем механизмы, работающие в действительности, значительно сложнее, чем в нашем изложении. Через несколько недель происходит образование новых нервных клеток в гиппокампе. Можно было бы сделать вывод, что исчезновение симптомов депрессии происходит по мере роста нервных клеток в гиппокампе. Тем самым, антидепрессанты не только подавляют симптомы депрессии, но, исходя из этой теории, можно уверенно утверждать, что они способствуют подлинному процессу выздоровления [30, с. 139, 155]. Я намеренно подчеркиваю, что многое из того, что было здесь упомянуто, в действительности гораздо сложнее, а кое-что не доказано однозначно, а лишь предполагается.

В повседневной речи понятие «стресс» часто неправильно употребляется и понимается неверно. Теперь стало привычкой при малейших повседневных психологических нагрузках или при изнурительных ситуациях на работе говорить о «стрессе». Например, общеупотребительным стало выражение «я в стрессе». Несколько упрощенно можно считать, что существует стресс «хороший» и «плохой». Основатель исследования стресса Ганс Селье (Hans Selye), который опубликовал результаты своей работы еще в 30-х гг. XX в., различает стресс стимулирующий, эустресс («хороший» стресс), и стресс, наносящий вред здоровью, дистресс («плохой» стресс). Так, в качестве примера позитивного стресса можно привести возбуждение, которое испытывают спортсмены и люди, пребывающие на лоне природы. То есть происходит положительная во всех отношениях стимуляция всего организма — и тела, и души [20, с. 34].

Следовательно, качество стресса зависит от того, как его переживает данный человек, и от того, насколько он длителен. Если состояние стресса длительно, может отказать регулирующая система оси стресса, она может декомпенсироваться. Это может привести к тому, что рецепторы кортизола в гипоталамусе и в гипофизе не смогут в достаточной мере реагировать на циркулирующий в крови кортизол, и тогда саморегуляция перестанет функционировать. Это может вызвать усиленный выброс кортикотропин-рилизинг гормона, и адrenoкортикотропного гормона (АКТГ), обуславливающий излишнее образование и высвобождение кортизола. Декомпенсация оси стресса может вызвать депрессию, бессонницу, страх, потерю аппетита, а также подавление либидо [30, с. 35]. Нанесение ущерба в сфере психики связано с нарушениями функционирования нейронных сетей¹. Это прежде всего относится к лимбической системе. Это может быть обусловлено генетически, т. е. такие нарушения могут возникнуть в раннем детстве или могут быть вызваны психическими травмами, перенесенными позднее. Следствием этого является изменение функционирования системы медиаторов (нейротрансмиттеров). Современные наглядные методы позволяют показать, что при психических болезнях активность соответствующих нейронов лимбической системы усиливается или ослабляется. С этих позиций задачей любого лечения, будь то фармакотерапия или психотерапия, является ослабление или устранение нарушений функционирования этих нейронных сетей. Удалось доказать, что — как с помощью соответствующей психотерапии, так и лечением психотропными средствами (психофармакотерапии) — можно вызвать изменения в этих сложных системах (это можно доказать с помощью современных наглядных методов). Эти терапии могут вызвать изменения в процессах функционирования, происходящих в головном мозге, и в деятельности нейронных сетей [122, с. 25–26]².

¹ Так называемое сетчатое образование, или ретикулярная формация. — *Примеч. науч. ред.*

² К наглядной диагностике относятся позитронно-эмиссионная томография и магнитно-резонансная томография. Эти методы существуют лишь около 10 лет.

Комментарии к пункту 2

Упомянутые ранее медиаторы (нейротрансмиттеры) играют существенную роль в лечении депрессии. В мозгу существуют совершенно различные системы медиаторов, например системы допамина, норадреналина, ацетилхолина, система ГАМК и др.

Здесь мы ограничимся одной системой, играющей центральную роль в лечении депрессии, — системой серотонина. Но мы всегда должны помнить, что при совершении действий и при возникновении переживаний взаимодействуют различные системы медиаторов при участии различных структур головного мозга.

Серотонинергические нейроны распределены по различным структурам головного мозга. Так, например, существуют серотонинергические связи с большим головным мозгом, с базальными ганглиями, с гипоталамусом, с мозжечком, со стволом мозга. Такие антидепрессанты, как селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС), т. е. многие новейшие антидепрессанты, способствуют повышению концентрации серотонина в синаптической щели, причем обратный захват серотонина блокируется. Между тем в настоящее время известны более 20 рецепторов серотонина. На систему серотонина благоприятно действуют не только антидепрессанты, но также новейшие нейролептики (антипсихотические средства). Поэтому следует согласиться с тем, что система серотонина играет роль также и у шизофреников [30, с. 37–38].

В лечении депрессии важна не только система серотонина. Существенную роль играют также системы норадреналина и допамина. Итак, как действует, например, серотонин в нервных клетках и в синаптической щели и что он дает? Серотонин вырабатывается из аминокислоты триптофан, и мы усваиваем его вместе с пищей. Он размещается в синаптических пузырьках на окончании нервной клетки. Под действием нервного импульса пузырек опустошается и серотонин попадает в синаптическую щель, в место соединения двух нервных волокон. Согласно широко известной и самой распространенной гипотезе относительно того, что происходит в случае депрессии, сокращение выброса медиатора (особенно серотонина и норадреналина) в синаптическую щель играет важную роль. Однако сегодня известно также, что для развития депрессии существенно не

только недостаточное наличие медиаторов, но важны также различные изменения в деятельности рецепторов и другие процессы в нервных клетках в области синаптической щели [30, с. 37, 39] (рис. 4 и 5). Следует, однако, подчеркнуть, что теория дефицита аминокислот — это всего лишь гипотеза, а поэтому многое остается еще неясным и недоказанным.

Хотя изложенное в этой главе не совсем может быть понятно непосвященным, все же здесь речь идет о существенных и важных научных выводах, которые частично были получены всего лишь несколько лет назад:

1. Главный вывод заключается в том, что на функционирование нашего мозга влияют непрерывные процессы морфологической реконструкции.
2. Новые наглядные методы позволили получить совершенно новое понимание психических процессов. Сегодня мы кое-что знаем о процессах научения. Можно было бы сказать, что головной мозг по существу представляет собой машину обучения.

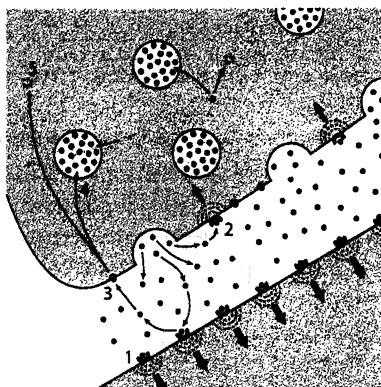


Рис. 4. Нормальная передача возбуждения. Многочисленные молекулы серотонина выбрасываются в синаптическую щель. Они активируют рецепторы следующей нервной клетки [1], и это передает возбуждение дальше. Активация ауторецепторов на входной нервной клетке [2] пресекает дальнейший выброс серотонина. Молекулы серотонина снова захватываются входной нервной клеткой [3], они частично снова интегрируются в синаптические пузырьки [4], а частично ликвидируются [5] [30]

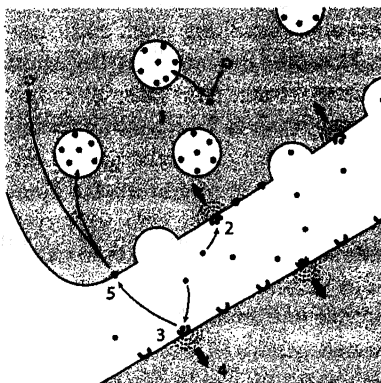


Рис. 5. Депрессия. Синаптические пузырьки [1] содержат лишь немного серотонина. Активизация ингибирующих ауторецепторов [2] входной нервной клетки пресекает дополнительный выброс серотонина. Рецепторы [3] активируются недостаточно, и возбуждение [4] передается слабо. Серотонин все время захватывается обратно во входную нервную клетку [5] [30]

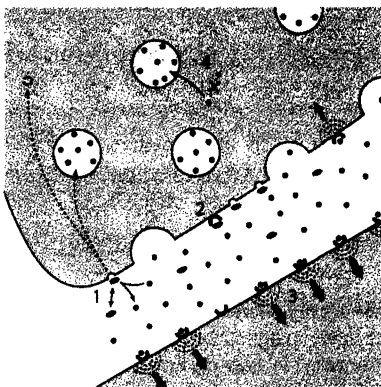


Рис. 6. Действие различных антидепрессантов. Антидепрессанты различаются по способу действия. Так, СИОЗС ингибируют обратный захват серотонина во входную нервную клетку [30]

Важен также тот факт, что клинические диагнозы, такие как депрессии и фобии или психозы, связаны не только с изменениями моделей деятельности нейронов, но также с изменениями морфологической структуры. Из этого следует, что психотерапевтические

методы и фармакотерапия поддаются измерению. Это делает психиатрию областью, имеющей прочные органические и биологические основы [94].

Резюме

В биологическом исследовании депрессии главную роль играют нейрогормоны оси «гипоталамус — гипофиз — надпочечники» (ось стресса), а также системы медиаторов. Медиаторы — это вещества-передатчики, которые в области синапсов (места соединения двух нервных клеток) отвечают за передачу нервных импульсов. Обе эти системы описываются для того, чтобы объяснить, как — с биологической точки зрения — возникает депрессия и что именно происходит в центральной нервной системе в случае депрессии. В действии антидепрессантов особое значение имеет система серотонина. Такие антидепрессанты, как, например, селективные ингибиторы обратного захвата серотонина, способствуют повышению концентрации серотонина в синаптической щели (место соединения двух нервных волокон). Современные наглядные методы позволяют показать, что при психических заболеваниях изменяется деятельность соответствующих нейронов.

20 Другие виды лечения

Выход из депрессии — это не прогулка, но также и не рискованное альпинистское восхождение, доступное лишь выдающимся спортсменам [60, с. 162].

Наряду с классической психотерапией, которую часто поддерживает медикаментозное лечение (психофармакотерапия), существуют и другие методы лечения, менее известные и менее употребительные, чем названные выше. Это связано с различными факторами — например, с тем, что некоторые виды терапии еще неизвестны, а о других либо забыли, либо сочли их устаревшими. Есть еще такие виды лечения, которые располагаются между классической, традиционной медициной и альтернативной медициной и считаются «антинаучными». Далее мы рассмотрим несколько таких методов и приемов лечения, причем, разумеется, не может быть речи о том, чтобы охватить их все. Мы обсудим некоторые возможности терапии, к которым относятся и методы лечения, применяемые лишь в специальных учреждениях и не используемые в повседневной практике обычных больниц или университетских клиник.

Электросудорожная терапия

Электросудорожная терапия, или лечение электрошоком, — это не только старый метод лечения, хорошо известный населению, но его еще и очень боятся. Это объясняется тем, что кое-где он применяется слишком непрофессионально или без точного диагноза. К тому же электрошок стал уже символом. В обществе к нему относятся как к воплощению репрессивных медицинских мер, к наказанию неугодных, бунтующих пациентов в больнице. В широких кругах населения еще помнят знаменитый фильм с Джеком Николсоном «Полет над гнездом кукушки». Этот фильм относится уже к классике. Он увлекателен, оригинален, в высшей степени интересен. Но он также вызывает страх, отпугивает. Он не соответствует сегодняшним условиям в психиатрических больницах, по крайней мере в наших широтах.

Применение электричества в медицине отнюдь не является изобретением нового времени, современности. Еще в эпоху античности эти явления были известны как «животное электричество», как электричество трения. Скрибоний Ларгус впервые упоминает удары электрического ската как средство лечения в своей работе, опубликованной в 47 г. н. э. Он применял эту терапию для лечения головной боли. В последующие столетия подобные явления наблюдались и описывались у электрического угря, который обладает более сильным электрическим органом, чем электрический скат. Лишь в XVIII в. было доказано, что здесь идет речь о явлениях, связанных с электричеством. На рубеже XIX–XX вв. неврологи и психиатры стали применять для лечения неврозов и психосоматических заболеваний приборы, действующие на основе электризации и фарадизации. Этот вид электротерапии иногда позволяет добиться снятия болезненных симптомов. И Зигмунд Фрейд, по-видимому, в начале своей деятельности применял электротерапию, но считал, что она оказывает суггестивное действие [48]. Собственно электросудорожную терапию, лучше известную среди неспециалистов как электрошок, ввели Черлетти (Cerletti) и Бини (Bini). На голове пациента закреплялись электроды, и он подвергался в течение 0,1–0,5 секунды действию электрического тока напряжением в 70–130 В.

Такую процедуру можно применять примерно три раза в неделю. Общее число процедур может составлять 5–30 раз. Авторы впервые применили эту процедуру в 1937 г. в Риме в лечении больных шизофренией. Первое сообщение об этом появилось в 1938 г. [2, 4]. В первую очередь электротерапия использовалась в случаях резистентной депрессии и кататонии (одной из форм шизофрении). Этот вид лечения сегодня прописывается редко, так как чаще всего в нем нет надобности благодаря тому, что соответствующие результаты могут быть достигнуты с помощью психотропных средств, например антидепрессантов.

Во всяком случае, неверно и несправедливо считать такое лечение «ужасным» и «средневековым», поскольку сегодня оно проводится совершенно иначе, чем в 30-е гг. XX в., когда не было тех возможностей наркоза, интубации, интенсивной терапии и т. д., какие имеются в наши дни. В случае резистентной депрессии этот вид лечения дает впечатляющие результаты. Процент успеха составляет 50–80%. Особенно хорошие результаты достигаются у пациентов с резистентной депрессией при психотической симптоматике [41].

Вопрос о том, как действует электросудорожная терапия (ЭСТ), до сих пор еще не вполне уточнен и должен считаться в значительной мере неясным. Совершенно очевидно, что в основе этого лечения лежат несколько механизмов воздействия. Оно действует на различные системы медиаторов — разнообразные гормоны, например на гормоны оси «гипоталамус — гипофиз — щитовидная железа». В многочисленных исследованиях — вопреки прежним высказываниям — было доказано, что при этом клетки мозга не гибнут. Так же, как антидепрессанты, ЭСТ, по-видимому, оказывает оберегающее (защитное) и способствующее росту мозговых клеток воздействие. Если лечение проводится квалифицированно и корректно, то хотя и могут возникнуть некоторые когнитивные нарушения (нарушения памяти), все же они носят обратимый характер, т. е. через некоторое время происходит восстановление. Кроме того, причиной нарушений памяти может быть и сама болезнь (например, депрессия). Известно также, что расположение электродов с одной стороны, а не с двух сторон (у висков), вызывает гораздо меньше побочных эффектов [41, с. 61].

Область, в которой ЭСТ должна применяться главным образом, — это аффективные нарушения (четко выраженные депрессии и некоторые формы шизофрении). Есть еще некоторые другие области, где это лечение желательно, но если бы мы стали здесь говорить о них, это завело бы нас слишком далеко. ЭСТ следует, в принципе, применять только в лечебных учреждениях, где имеется персонал с соответствующим опытом. Для пациента также лучше и легче, если лечение проводится в условиях стационара. Длительность лечения больных депрессией охватывает от 6 до 12 сеансов, причем обычно проводится 2–3 сеанса в неделю. Как уже говорилось, в качестве побочного эффекта может иметь место кратковременное нарушение памяти, носящее обратимый характер. Иногда это лечение вызывает головные боли, которые хорошо снимаются (как и боли от других причин) соответствующими противоболовыми лекарствами. Иногда проявляется проходящее состояние «растерянности». Особенного расцвета достигло применение ЭСТ в США в 1990-х гг., т. е. этот вид терапии применялся в этот период чаще, чем в два предшествующих десятилетия.

Враждебное отношение к ЭСТ особенно заметно проявляли в 60-е гг. XX в. авторы, настроенные против психиатрии. В последующие десятилетия средства массовой информации публиковали сообщения, будоражившие публику, несмотря на то, что профессиональных ограничений почти не существует, по крайней мере их не больше, чем в отношении других методов лечения. Так, Шотт и Телле [130, с. 476] пишут:

Электросудорожная терапия и поныне является самой эффективной антидепрессивной терапией. Она по-прежнему применяется в случае очень тяжелой меланхолической депрессии и при опасном для жизни синдроме кататонии у шизофреников.

Фитотерапия (растительные средства)

Пациенты нередко просят лекарства растительного происхождения. В течение тысячелетий медицина, использующая лекарственные растения, играла большую роль. При этом еще многие столетия назад

человек рассматривался как единое целое. На вопрос, уместна ли фитотерапия сегодня при наличии современных антидепрессантов, следует, в принципе, ответить утвердительно. И не только потому, что многие пациенты отдают ей предпочтение, но также и потому, что эффективность ряда фитотерапевтических средств была проверена исследованиями и их позитивные результаты были доказаны. Конечно, это относится не ко всем лекарственным растениям, которые рекламируются как эффективные. Явно выраженная эффективность была доказана для следующих средств, изготовленных на основе лекарственных растений: прежде всего это препараты из зверобоя, оказывающие успокаивающее действие, улучшающее настроение. Конечно, их следует применять лишь при легкой депрессии или, в случае необходимости, при депрессии средней тяжести, так как зверобой неэффективен или весьма слабо эффективен в случае тяжелой депрессии. Растительные медикаменты также могут давать побочные эффекты. Так, например, препараты из зверобоя могут вызвать повышенную чувствительность к солнечным лучам (фоточувствительность), а также аллергическую реакцию кожи. Кроме того, они обнаруживают разнообразное взаимодействие с другими лекарствами (т. е. другие медикаменты в случае приема зверобоя могут действовать слабее или сильнее). Например, эффективность противозачаточных средств может быть снижена или, в худшем случае, они окажутся вообще бесполезными при одновременном приеме препаратов зверобоя. Из многочисленных препаратов на основе зверобоя назовем, к примеру, ярсин (Jarsin), солевита (Solevita) и гипериплант (Hyperiplant).

Депрессия нередко сочетается с состоянием беспокойства и напряженности. Очень часто депрессия сопровождается также бессонницей. И здесь можно применять лекарственные растения. Так, успокаивающее действие оказывают листья Melissa, помогающие также и при затрудненном засыпании. Последнее относится также к препаратам на основе хмеля. С успехом можно использовать и корень валерианы, оказывающий успокаивающее и снотворное действие, а также позитивно действующий при состояниях страха, напряженности и беспокойства. В качестве примера можно привести дормиплант (Dormiplant), содержащий корень валерианы и лист Melissa.

После периода, когда официальная медицина не принимала всерьез лекарственные растения, пришло время, когда и традиционно настроенные врачи стали применять растительные лекарственные средства. Разумное использование фитотерапии предполагает хорошее знание свойств этих лекарств и применение их в тех случаях, когда можно ручаться за позитивный результат, следовательно, не применять их при тяжелой депрессии с острой суицидальной наклонностью. Опасность возникает тогда, когда неправильно оценивается терапевтическое действие лекарства или если неверно поставлен диагноз. Однако то время, когда к средствам фитотерапии относились пренебрежительно, к счастью, безвозвратно ушло [33, с. 137–140].

Транскраниальная магнитная стимуляция (ТМС)

При этом методе лечения одно полушарие мозга (левый префронтальный участок коры головного мозга) подвергается действию сильного магнитного поля с целью позитивного воздействия на депрессивное состояние. После неоднократного воздействия магнитного поля в этом отделе мозга изменяется кровоснабжение и метаболизм (процесс обмена веществ) [3, с. 38]. В лечебных целях здесь используется закон электромагнитной индукции, открытый Фарадеем в 1831 г. В 1980-х гг. был создан первый прибор для ТМС. Обычно проводится около 10 сеансов в течение двух недель. Этот метод лечения дает весьма небольшую психологическую нагрузку, однако достигнутые до сих пор результаты скорее разочаровывают. Они ниже результатов, достигаемых с помощью обычно принятых фармакологических методов лечения [3, с. 42]. Этот метод (пока еще) не принадлежит к регулярно применяемым в швейцарских больницах и поликлиниках формам терапии.

Стимуляция блуждающего нерва

Десятый мозговой нерв называется блуждающим нервом (*nervus vagus*). Он устанавливает связь между головным мозгом и многими

важными органами нашего организма. Подобно кардиостимулятору, в верхнюю часть грудной клетки имплантируют прибор, дающий регулярные электрические импульсы. Электрические импульсы стимулируют блуждающий нерв, который передает сигналы в мозг. Первоначально этот метод лечения применялся при эпилепсии, а с недавнего времени его используют также для лечения депрессии. Этот метод еще слишком нов, чтобы можно было о нем высказать какое-то мнение. Имеются лишь немногочисленные случаи его применения в США. Считается, что стимулируются те участки мозга, которые играют существенную роль в проявлении депрессии [30, с. 174].

Лишение сна

Около 40 лет назад немецкие психиатры Шульте и Телле (Schulte, Tolle) описали улучшение настроения пациентов, страдающих депрессией, при лишении их сна. Примерно у 2/3 пациентов, страдавших тяжелой депрессией, заметно улучшалось состояние после бессонной ночи. Конечно, этот эффект держался недолго, чаще всего в течение одного дня [115, с. 54].

Собственно говоря, позитивная сторона бессонницы была обнаружена пациентами. Писатель и теолог Хенрих Хансъякоб (Heinrich Hansjakob) в 1894 г. писал: «Утром я проснулся, а вместе со мной пробудилось и уныние. И уже сегодня выявилось то, что впоследствии стало правилом: за хорошей ночью наступает плохой день, и наоборот...» [130, с. 477].

Лишение сна проводится каждый раз в течение одной ночи или половины ночи (во второй ее половине) с целью достижения антидепрессивного эффекта. Так как действие держится лишь короткое время, следует проводить лечение бессонницей неоднократно, причем и этот метод недостаточен в качестве единственной терапии. Как правило, лишение сна применяется к тем пациентам, которые принимают антидепрессанты. Предпочтительнее делать это в больничных условиях, чаще всего в группе. Тогда лишение сна проходит проще, а также это удобнее для пациента. Существование нескольких гипотез, объясняющих механизм действия этой терапии, иллю-

стрирует, что механизм этот до конца не изучен. Так, например, согласно одной теории «...лишение сна вызывает ресинхронизацию нарушенного биологического ритма» [115, с. 55]. У 50–60% пациентов, подвергающихся лишению сна, наступает кратковременное улучшение настроения [115, с. 58].

Акупунктура

Акупунктура принадлежит к традиционной китайской медицине, и ей больше 2000 лет. На поверхности тела проходят так называемые меридианы, на которых находится свыше 300 классических точек. С помощью небольших игл к ним подводится или от них отводится энергия [30, с. 181]. В случае легкой депрессии или депрессии средней тяжести акупунктура должна оказать действие на депрессию и вызвать улучшение настроения. Существуют исследования, которые, по-видимому, это однозначно подтверждают [104, с. 74]. Другие авторы, как, например, Бенкерт (Benkert) [20], оспаривают специфически антидепрессивное воздействие иглоукалывания у больных депрессией. Бенкерт признает, что эффект дает «само иглоукалывание», но не согласен признать акупунктуру специфической терапией. Эффективную составляющую Бенкерт усматривает в том, что пациентом занимаются особо [20, с. 219]. О весьма обнадеживающих результатах лечения иглоукалыванием сообщает Отс [104]. Речь идет о его применении при депрессии и страхе. Правда, он вводит ограничение:

«Как единственный метод лечения больных, страдающих депрессией, акупунктура, по-видимому, недостаточна» [104, с. 76].

Масляные ванны

Особенность масляных ванн заключается в том, что в отличие от обычных ванн при добавлении ароматических масел в воду происходит усиленное поглощение действующего вещества (агента). Масса-

жист Вернер Юнге в 1937 г. начал применять ванны с добавлением масел. Эфирное масло добавляется в воду и распределяется в ней по вихревому принципу, что приводит к тому, что в воде расходятся его мельчайшие частицы. Благодаря вихревому движению происходят два важных процесса:

1. Сильно увеличивается площадь распространения агента (примерно в 5000 раз).
2. Агент активизируется вследствие вихревого движения [149, с. 32 и сл.].

Мельчайшие капельки масла могут диффузионно проникать в кровь. Частицы масляных капелек соответствует, по-видимому, размеру эритроцита.

Как правило, пациенту делают двадцатиминутные ванны при температуре воды 35 °С. После ванны следует примерно час отдохнуть. Для ванн применяются различные ароматические масла, например масло базилика, эстрагона, фенхеля, гвоздики и нероли.

Хотя применение масляных ванн не является распространенным способом лечения, все же это интересная альтернатива для таких пациентов, которые, например, плохо реагируют на лекарства или отказываются их принимать. Конечно, не следует недооценивать и тот факт, что во время таких процедур больные получают доброжелательное участие, которое, видимо, составляет важную часть лечения. Это — психотерапия в широком смысле. Защитники позитивного воздействия масляных ванн на больных депрессией объясняют его механизм следующим образом. Они считают, что депрессия приводит к «параличу ядра личности», собственной сути человека, отчуждает его от самого себя. Масляные ванны действуют успокаивающе и укрепляют психику, снимают нервозность и таким образом возвращают пациенту душевное равновесие и желание активной жизни. [149, с. 37].

Другие формы терапии

Можно привести в пример еще и другие виды терапии, но они при лечении депрессии играют лишь пограничную роль и частично используются в группах или в больничных условиях. Упомянем здесь

трудотерапию, место которой в психиатрических клиниках не стоит недооценивать, а также так называемое психическое воспитание, корни которого восходят к поведенческой терапии. Далее назовем также давно известную музыкальную терапию (которая, однако, не относится к специфическим видам лечения депрессии), терапию с помощью изобразительного искусства и танцевальную терапию. Об общепринятой и признанной в традиционной медицине светотерапии говорилось ранее в связи с сезонной депрессией и в связи с ДПДГ, которую применяют для лечения посттравматического синдрома.

В качестве альтернативного метода, также не относящегося к специфическому лечению депрессии, можно назвать цветотерапию, которую, однако, не признает традиционная медицина. Это очень давний метод лечения, известный еще древним грекам и египтянам. В основе цветотерапии лежит точка зрения, что различные виды энергии могут оказывать положительное или отрицательное влияние на организм и что свет — такая форма энергии, которая может быть разложена на несколько цветов и которую можно дозировать. В соответствии с этим болезнь рассматривается как нарушение равновесия цветов в человеческом организме. Эти цвета могут быть каким-то образом доведены до больного. Так, например, больной, одетый в белое, лежит на спине, и его освещают нужным цветом. Можно также применять ванны, снимающие напряжение, проводимые в помещении, освещенном в определенном цвете. Важную роль могут также играть сочетания цветов в одежде. Конечно, цветотерапия никогда не может заменить лечения, проводимого врачами с больными депрессией.

Традиционная медицина признает также аутогенный тренинг (АТ) — метод снятия напряжения собственными усилиями, который пациент проводит индивидуально либо в группе. Однако при острой депрессии этот вид лечения неприменим, поскольку больной неспособен к той концентрации, которая здесь необходима, да он и не в состоянии расслабиться. В случае тяжелой депрессии АТ может даже вызвать чувство своей неполноценности и чувство вины [16, с. 188]. Когда состояние и настроение больного депрессией улучшится, аутогенная тренировка может принести пользу. Она может способствовать снятию отдельных симптомов, например бес-

сонницы, головной боли, которая вызывается мышечными спазмами. А также АТ может помочь снять тревогу, ощущаемую пациентом.

Напротив, при депрессиях полезен массаж, в частности в области плеч и затылка, где особенно сильно проявляются мышечные спазмы. К тому же пациент очень ценит тактильный контакт, который оказывает стимулирующее действие и помогает ему лучше почувствовать собственное тело [16, с. 188].

Резюме

В этой главе были рассмотрены альтернативные виды терапии, которые играют определенную роль также и в лечении депрессии. Здесь идет речь как о более старых видах терапии, как, например, фитотерапия, электросудорожная терапия и лишение сна, так и о более новых видах лечения, которые еще недостаточно известны. Это, например, транскраниальная стимуляция или стимуляция блуждающего нерва. Обсуждены такие формы терапии, которые располагаются между классической традиционной медициной и альтернативной медициной.

21

Профилактические меры и общение родственников и друзей с больным

*Ужасное во мне кипит к наукам рвенье,
Хоть много знаю я,
Но все хотел бы знать.*

Гёте, «Фауст»

Для родственников и друзей общение с человеком, находящимся в состоянии депрессии, и разумное поведение по отношению к нему — отнюдь не простое дело. На первый взгляд даже кажется, что, как бы ни вели себя родственники и друзья, с точки зрения больного всё равно всё не так. Непосвященные люди, видя, что больной апатичен и бездеятелен, склонны пытаться побудить его что-то делать, «взять себя в руки», «собраться». Такие призывы не только бесполезны, но они могут даже нанести вред, так как больной почувствует, что его не принимают всерьез, поскольку он не в состоянии откликнуться на такие требования. Также и попытки преуменьшить

серьезность ситуации свидетельствуют о том, что больного не принимают всерьез. В этом случае характерны такие высказывания: «не так уж все плохо», или «все будет хорошо, надо только немного потерпеть», или «ну отвлекись немного, позволь себе что-нибудь легкомысленное!». Прежде всего необходимо осознать, что поведение друга или родственника, находящегося в состоянии депрессии, совершенно непохоже на его обычное поведение, к которому мы привыкли и которое всегда было ему свойственно. Таким образом, в первую очередь надо понять, что это — болезненное поведение, и принять его. Надо мотивировать больного обратиться к врачу. Необходимо убедить его, что болезнь, лежащая в основе его поведения, сегодня хорошо излечивается, а следовательно, его можно избавить от мучительных страданий, которые он испытывает. То же самое относится и к тем больным депрессией, которые не сидят безучастно в своем углу, а проявляют беспокойство, агитацию и которых чаще всего терзает мучительный страх. Так как такие люди подвержены сильному риску суицида, особенно важно как можно скорее убедить их лечиться.

Сегодня много говорят о пользе спорта и движения для преодоления депрессии, особенно на лоне природы, при солнечном свете. Эти сведения, однако, трудно пустить в оборот, так как больные депрессией вовсе не склонны к таким действиям и их не удастся к ним побудить, по крайней мере пока они находятся «на дне» депрессивного состояния. Спортивная деятельность становится возможной лишь тогда, когда больной, страдающий депрессией, уже прошел большую часть пути к выздоровлению либо когда уже после выздоровления он перестраивает свою жизнь. Тогда это может помочь предотвратить наступление депрессивной фазы в дальнейшем, насколько это возможно.

Один пожилой пациент, страдавший депрессией, уже находившийся на пути к улучшению состояния, спонтанно сказал мне, что ему хочется пойти в горы и несколько дней покататься на лыжах. Я поддержал его в этом намерении, и когда он через неделю снова пришел ко мне, то состояния депрессии у него уже не было, депрессия исчезла. Однако в большинстве случаев дело обстоит как раз наоборот, причем пациента надо убеждать заняться спортом и предпринять соответствующие действия. Работа по мотивированию

в значительной мере зависит от того, занимался ли больной спортом раньше, когда был здоров, или же физическая деятельность является для него чем-то новым.

Нередко больному депрессией легче, если он не должен браться за что-то в одиночку, а может совместно с кем-то из своих друзей начать соответствующую деятельность, будь то прогулка пешком или небольшая поездка на велосипеде. В принципе, можно оказать позитивную поддержку пациенту в любых подходящих для него физических видах занятий, которые он для себя выберет, таких как, например, работа в саду, колка дров или плавание. Эти занятия имеют то преимущество, что они активизируют мускулатуру и движение и отвлекают больного от заколдованного круга негативных мыслей. Человек чувствует себя при этом лучше и более осознанно, чем раньше, и перестает погружаться в размышления и мрачные мысли. Здесь важно, чтобы занятия спортом происходили регулярно, по крайней мере 2–3 раза в неделю. Целый ряд исследований подтвердил, что физическая активность оказывает антидепрессивное действие. Такие занятия положительно влияют не только на физическое состояние, но и на состояние души. Считается, что при достаточной физической деятельности выделяются эндорфины, а также собственные, присущие организму, вещества, способствующие улучшению настроения, что ведет к улучшению общего состояния, к хорошему самочувствию [30, с. 184 и 2, с. 102]. Конечно, как уже говорилось выше, такие занятия следует вводить только тогда, когда больной готов к ним, т. е. когда он ощущает охоту к ним, и если его можно убедить в том, что эти занятия принесут пользу, либо если он уже на пути к выздоровлению. Кроме того, такие меры хороши также для профилактики против депрессии (разумеется, они не всегда достаточны).

Для людей, близких больному, важно также напоминать ему, что депрессия проходит при соответствующем лечении. Больные должны принимать лекарства в течение длительного времени и регулярно. Нередко преждевременное прекращение приема антидепрессантов ведет к рецидиву, особенно в тех случаях, когда уже было в прошлом несколько депрессивных фаз.

Другой вопрос, постоянно возникающий в деле профилактики депрессии, — это питание. Имеют ли определенные формы питания

значение для профилактики? На этот вопрос не так легко ответить. Во введении уже подчеркивалось значение сахара в связи с обменом веществ, имеющим отношение к серотонину, указывалось на то, что в прежние столетия рекомендовалось питаться виноградом в ходе лечения депрессии. Сегодня вопросы диеты не считаются существенными в качестве метода лечения. Однако возможно, что разумное питание способствует профилактике депрессии. Сегодня, по-видимому, можно считать доказанным, что недостаток жирных кислот Омега-3 создает большой риск заболевания депрессией. Считается, что низкая степень подверженности депрессиям у японцев связана с большим потреблением рыбы, так как в рыбе содержится высокий процент жирных кислот Омега-3 [30, с. 183]. Предполагается, что и витамин В играет важную роль.

Большинство людей, перенесших период депрессии, в последующие годы переживают повторно фазу депрессии, если не получают никакого лечения. Следовательно, важное значение имеет терапия. Подчеркнем еще раз, что под лечением следует понимать, как правило, и психотерапию, и фармакотерапию. Будет ли в каждом отдельном случае на первом плане в большей степени стоять психотерапия или фармакотерапия — это зависит, с одной стороны, от пациента, а с другой стороны — от лечащего психотерапевта.

Значительную роль в преодолении болезни играет для пациента распорядок дня. Это значит, что больной депрессией — и прежде всего в том случае, если он уже на пути к улучшению состояния, — должен наметить себе на ближайший день что-то определенное, притом нечто, с чем он может справиться. На первый взгляд это кажется банальностью, но на самом деле для больного депрессией это очень важно.

Если он предпримет слишком много и не справится с этим, он будет разочарован, и это для него снова — негативный опыт. Распорядок дня должен включать лишь то, с чем больной в своем состоянии соответственно может справиться, чтобы он мог зарегистрировать переживание успеха, каким бы скромным этот успех ни был. В этой связи мне вспоминается пациентка, которой было около 50 лет, впавшая в депрессию и в этом состоянии целыми днями лежавшая в постели. Как только ей удастся утром встать, пообедать с родственниками и/или на короткое время выйти из квартиры —

уже она будет на пути к улучшению, т. е. в скором времени после этого депрессия исчезнет.

Не у всех больных простой режим дня дает такие хорошие результаты. Однако оказалось, что как бы ни была составлена программа, которая должна быть приспособлена для больного депрессией человека, она имеет очень большое значение. Очень велика опасность, что человек, страдающий депрессией, на пути к улучшению состояния попытается взять на себя слишком много и ему не удастся с этим справиться. После этого он снова упадет в «дыру», и спираль негативных мыслей продолжится.

Другая возможность стимулировать больного внести вклад в преодоление депрессии — это побудить его писать. Например, ему можно предложить вести дневник и в нем описывать свои ощущения, чувства либо записывать, что ему снится. Разумеется, это относится и к занятиям спортом. Больной должен быть способен снова иметь желания и волю, а это возможно лишь тогда, когда он уже выйдет из «низины», поднимется «со дна» своей болезни. В этой связи следует еще раз подчеркнуть, что у больного депрессией нет желаний и воли, он «не в состоянии хотеть». Это отсутствие желаний и воли — очень важный симптом болезни «депрессия». По этой причине ничего не дают призывы, обращенные к его воле. Вполне справедливо пишет Урсула Нубер (Ursula Nuber) [102, с. 111], что призыв взять себя в руки, собраться, столь же абсурден, как и призыв к диабетическому, чтобы его организм вырабатывал больше инсулина.

Еще труднее родственникам и друзьям общаться с людьми, подверженными также и маниакальной фазе. Поскольку диагноз возможно поставить лишь по истечении длительного времени, то в принципе является преимуществом наличие соответствующего опыта как у пациента, так и у родственников. Не лишено оснований сильное опасение, что человек впадет в маниакальную фазу снова, после того как выйдет из своего «летаргического» состояния, и тогда он будет проявлять больше интереса и больше активности, особенно если это сочетается с определенной словоохотливостью и с громкостью речи. У родственников иногда даже громкий смех больного может вызвать опасение, что «все начинается снова». Для родственников и друзей маниакальные фазы гораздо тяжелее, чем депрессивные, поскольку в случае маниакальных фаз больные не понима-

ют, в чем дело, они не воспринимают свое состояние как болезнь, особенно если они переживают такой эпизод впервые, — ведь субъективно они чувствуют себя лучше, чем когда-либо. Если больной уже раньше переживал маниакальную фазу — один раз или неоднократно, — то можно опереться на опыт прежних эпизодов и переживаний, поскольку он нередко раскаивается в том, что происходило во время пережитых ранее маниакальных фаз, и ему хотелось бы, чтобы этого не было. В общении с такими больными преимущество заключается в том, что они, как правило, лечатся у какого-нибудь врача — врача общего профиля или у психиатра — и чаще всего получают долгосрочную медикаментозную терапию. При наличии обоснованного опасения, что приближается повторная маниакальная или субманиакальная фаза, необходимо обратиться к лечащему психотерапевту. Тогда он может своевременно вмешаться и, например, скорректировать дозировку лекарств. Если большого терпения требует уже общение с больным в депрессивном состоянии и правильное обращение с ним, то гораздо сложнее обстоит дело с маниакально-депрессивными больными, поскольку приближающаяся маниакальная фаза требует от окружающих значительно большей способности к сопереживанию, выдержке и терпению, чем в случае «только» депрессивной фазы.

Родные и друзья больного по возможности должны соблюдать по отношению к страдающему депрессией человеку следующие правила:

1. Больному следует демонстрировать доброжелательное участие, но не заботиться о нем чрезмерно и не слишком ограничивать его свободу.
2. Необходимо создать определенную близость, но при этом сохранять достаточную дистанцию.
3. Предпосылкой общения с больным является терпение: терпение по отношению к себе и по отношению к больному.
4. Не следует ничего изображать притворно. Определенные желания и чувства можно выражать прямо, однако спорить с больным не следует.
5. Не следует демонстрировать больному притворный показной оптимизм, однако больному надо ясно дать понять, что его болезнь поддается лечению и что он может выздороветь.

6. Даже небольшой прогресс, достигнутый больным, следует отмечать, положительно оценивать и хвалить больного за этот успех.
7. Больного следует поддерживать и способствовать его движению вперед в той мере, в какой это допускает его состояние, — не больше, но и не меньше.
8. Следует вместе с больным планировать день и распределять нагрузки. Это следует делать либо накануне вечером, либо утром соответствующего дня, в зависимости от состояния больного (одни больные чувствуют себя лучше утром, а другие — к вечеру).
9. Родственники и друзья не должны заражаться настроением больного.

Перечисленные «правила игры» [102, с. 113] в повседневной жизни не всегда легко соблюдать. Это — почти идеал, к которому надо стремиться, но его никогда не удастся осуществить в полной мере. Так же, как в случае многих других проблем и болезней, в теории все легче, чем на практике. Важнейшей предпосылкой для всего — наряду с позитивным доброжелательным участием — является терпение.

В заключение приведем стихотворение Эриха Крайслера, в котором показано, как не следует проживать человеческую жизнь.

Курт Шмидт, вместо баллады

Человека, о котором в дальнейшем пойдет речь, звали Шмидт (полностью — Курт Шмидт).

Шмидт, как всегда, просыпался в шесть,
ложился в восемь часов.
Десять часов на здоровый сон,
четыре — дорога,
девять — работа,
один, так сказать, душе.

Каждое утро — новый куплет, но песенка та же, увы.
Каждое утро — новый куплет, но песенка та же, увы.
Впрочем, главное — это ритм.
Надо держать ритм.

В выходные он брился до синевы
и с новою барышней пил вино
нового урожая, но
песенка та же, увы.

Раз он отрезал себе большой палец.
А там фройляйн Брандт прижила с ним сына.
(Впрочем, некрепкий попался парень —
умер. Шмидт горевал не сильно.)

Время чеканило скорый шаг,
и Шмидт поспешал за ним.
Время от времени он решал
что-нибудь изменить.
Но время чеканило скорый шаг,
и Шмидт за ним поспешал.

Шмидтову песенку пел сосед,
и Шмидт подпевал в такт,
Шмидтову песенку пели все,
и Шмидт подпевал в такт,
пока он не понял, что будет так,
всегда будет только так:

десять часов на здоровый сон,
девять — работа,
четыре — дорога,
десять часов на здоровый сон,
песенка та же,
песенка та же,
есть чем занять и свободный часок —
влепить себе пулю в висок.¹

В этом стихотворении очень метко описана жизнь, которая не удовлетворяет человека. Это жизнь, в которой нет настоящих отношений с другими людьми. Работа однообразна, монотонна. Она не дает возможности «автономного развития личности человека» [83]. Со временем Шмидту становится все труднее функционировать нормально. Он оценивает жизнь и не удовлетворяющую его работу. Смерть своего ребенка он рассматривает как гибель растения. В конце этой скучной бессмысленной жизни Шмидту остается только

¹ Перевел с немецкого И. Бойцов.

самоубийство, после того как он уже раньше отрезал себе большой палец руки, причем остается неясным, при каких обстоятельствах это случилось. Но это — символ. Большой палец — важнейшая часть руки. Здесь, пожалуй, он олицетворяет все неправильные действия — в широком смысле (игра слов: в немецком, если разделить на части выражение «неправильные действия» (Fehl-Hand-Lungen), в середине будет слова «рука» — Hand).

Резюме

В этой главе говорится о некоторых предпосылках, которые должны облегчить общение с больными депрессией. Призывать такого больного «взять себя в руки», «собраться» — бесполезно. Такие призывы скорее могут причинить вред, поскольку при этом больные чувствуют, что их не принимают всерьез. Важнейшей предпосылкой является терпеливое, честное, но и последовательное поведение во время общения с больными. В любом случае страдающего депрессией человека следует поддержать и помочь ему решиться обратиться к врачу для лечения. Важными мерами, особенно когда больной уже идет на поправку, является помощь ему в составлении посильного распорядка дня, поддержка его попыток заняться физическим трудом или спортом. Очень важно, чтобы больной записывал свои чувства, эмоции. Большое значение имеет продолжение терапии и тогда, когда депрессивное состояние проходит.

Список литературы

- [1] Achté, K. (1975). Suizidalität und Suizidverhütung. *MW* 117, (6), S. 189–192.
- [2] Ackerknecht, E. H. (1967). *Kurze Geschichte der Psychiatrie*. Ferd. Enke, Stuttgart.
- [3] Aichhorn, W. (2005). Transkranielle Magnetstimulation. In: *Depressions-therapie*, Hrsg.: Lehofer, M. & Chr. Stuppäck, Thieme Verlag, Stuttgart, S. 38–42.
- [4] Alexander, F. G. & Selesnick, S. T. (1969). *Geschichte der Psychiatrie*. Diana Verlag, Konstanz.
- [5] Althaus, D.; Schäfer, R. & Hegerl, U. (2005). Das „Bündnis gegen Depression“: Suizidprävention durch Depressionsprävention. *Suizidprophylaxe* 32, S. 141–144.
- [6] Althaus, D.; Hegerl, U. & Reiners, H. (2006). *Depressiv?* Kösel Verlag, München.
- [7] Angst, J. (1973). Die larvierte Depression in transkultureller Sicht. In: *Die larvierte Depression*, Hrsg.: Paul Kielholz, Verlag Hans Huber, Bern, S. 276–281.
- [8] Anonym (2006). Psychiater von Stalkern heftig terrorisiert. *Medical Tribune* 41, Jg. Nr. 37, 15. September 2006, S. 3.
- [9] Anonym (2006). Depression in der Schwangerschaft – kein Tabu. *Psyche und Soma* 11, S. 8.
- [10] Arnetz, B. B. et al. (1987). Suicide patterns among physicians related to other academics as well as to the general population. *Acta psychiat. Scand.* 75, S. 139–143.

- [11] Arolt, V; Dilling, H. & Reimer, C. (2004). *Basiswissen Psychiatrie und Psychotherapie*, 5. aktualisierte Auflage, Springer Verlag, Berlin.
- [12] Bäumayr, A. & Feurlein, W. (1984). (Über den Selbstmord von 119 Ärzten, Ärztinnen, Zahnärzten und Zahnärztinnen in Oberbayern von 1963–1978. *Crisis* 5/2, S. 91–107.
- [13] Barocka, A. (1997). Depression und Suizidalität. *Fortschr. Med.* 115, S. 29.
- [14] Barth, R. (2006). Antidepressiva und Suizid – Langzeittherapie reduziert das Risiko. *Leading Opinions Neurologie und Psychiatrie* 1, S. 20–22.
- [15] Battegay, R. (1977). *Narzissmus und Objektbeziehungen*. Hans Huber Verlag, Bern.
- [16] Battegay, R. (1991). *Depression – Psychophysische und soziale Dimension*, 3. Auflage, Therapie Hans Huber, Bern.
- [17] Battegay, R. (2005). *Grenzsituationen*. Kreuz Verlag, Stuttgart.
- [18] Beautrais, A. L. (2005). Women and suicidal behavior. Editorial, *Crisis*, 27, Herder Verlag, Stuttgart, S. 153–156.
- [19] Benkert, O. (2005). *Stressdepression – Die neue Volkskrankheit und was man dagegen tun kann*. Verlag C. H. Beck, München.
- [20] Benkert, O. (2005). *Stress Depression*. Verlag C. H. Beck, München.
- [21] Berg, S. (2005). Irgendwann ist's gut. *Das Magazin* 51/52, S. 46–50 (Beilage zur Basler Zeitung).
- [22] Blachly, P. H.; Disher, W. & Roduner, G. (1968). Suicide by physicians. *Bull. Suicidol.* Dec, S. 1–18.
- [23] Blum, D. (2003). Die Liebe, der Forscher, das Stofftier. *NZZ Folio* Nr. 8, S. 48–51.
- [24] Brunnert, K. (1984). *Nostalgie in der Geschichte der Medizin*. Triltsch Verlag, Düsseldorf.
- [25] Bryois, C.; Golaz, J.; Bondolfi, G.; Aubry, J.-M. & Bertschy, G. (2002). Psychiatrie. *Médecine et Hygiène* 60, 16. Januar 2002, S. 135–140.
- [26] Bühring, P. (2006). 11000 Tote sind zu viel. *Deutsches Arzteblatt* 103, 22. September 2006, S. 2444.
- [27] Bürisch, M. (1989). *Das Burnout-Syndrom – Theorie der inneren Erschöpfung*. Springer Verlag, Berlin.
- [28] Caplan, M. (2005). *Berühren heisst Leben*. Verlag Via Nova, Petersberg.
- [29] „Deutsches Arzteblatt“ (2004). In: Welttag zur Suizidprävention. *Schweiz. Arztezeitung* 85, Nr. 39, S. 2063.
- [30] Dinner, P. (2005). *Depression – 100 Fragen, 100 Antworten*. Huber Verlag, Bern.
- [31] Dressing, H. & Gass, P. (2005). *Stalking! – Verfolgung, Bedrohung, Belästigung*. Verlag Hans Huber, Bern.

- [32] Ernst, F. (1949). *Vom Heimweh*. Fretz u. Wasmuth Verlag, Zürich.
- [33] Faust, V. (1997). *Depressionsfibel*, 3. erweiterte Auflage, Gustav Fischer, Stuttgart.
- [34] Faust, V. (2005). Das Burnout-Syndrom. *Hospitalis*, 75, Nr. 2, S. 59–64.
- [35] Fengler, J. (1991). *Helfen macht müde*. Pfeiffer bei Klett-Cotta, Stuttgart.
- [36] Fiedler, P. & Fydrich, T. (2007). Stalking – Prävention und psychotherapeutische Intervention. *Psychotherapeut*, 2, S. 139–151.
- [37] Gaab, J. & Ehlert, U. (2005). *Chronische Erschöpfung und Chronisches Erschöpfungssyndrom*. Hogrefe Verlag, Göttingen/Bern.
- [38] Gabrysch, W. (2005). Parche, Günter. *NZZ Folio* Nr. 12, S. 56.
- [39] Gasselsberger, K. (1982). Depressionsfördernde soziale und territoriale Faktoren von Heimweh-Reaktionen. *Ztschr. klin. Psychologie, Forschung und Praxis*, 11, S. 186–200.
- [40] Gathmann, P. & Semran-Liniger, C. (1996). *Der verwundete Arzt*. Kösel Verlag, München.
- [41] Geretsegger, C. (2005). Elektrokonvulsivtherapie. In: *Depressionstherapien*, Hrsg.: Lehofer, M. & Chr. Stuppäck, Thieme Verlag, Stuttgart, S. 59–64.
- [42] Gerste, R. D. (2004). Wenn der Schlaf keine Erholung bringt. *NZZ*, 08. September 2004.
- [43] Goldney, R. D. (2000). The privilege and responsibility of suicide prevention. *Crisis* 21/1, S. 8–15.
- [44] Grobe, T; Bramesfeld, A. & Schwartz, F.-W. (2006). Versorgungsgeschehen. In: *Volkskrankheit Depression?*, Hrsg.: Stoppe, G. et al., Springer Verlag, Berlin, S. 39–98
- [45] Grom, B. (1996). *Religionspsychologie*. Kösel/Vandenhoeck & Ruprecht.
- [46] Haack, H.-R (1985). Häufigkeit der larvierten Depression, *medwelt*, 36, S. 1370–1373.
- [47] Haenel, T., Kielholz, P. (1982). Larvierte Depression und Suizidalität. *Hexagon Roche* 10, Nr. 5, S. 2–7.
- [48] Haenel, T. (1982). *Zur Geschichte der Psychiatrie – Gedanken zur allgemeinen und Basler Psychiatrie-Geschichte*. Birkhäuser Verlag, Basel.
- [49] Haenel, T. (1986). Zur Geschichte der Depressionsbehandlung. *Schweiz. med. Wschr.* 116, S. 1652–1659.
- [50] Haenel, T. (1989). *Suizidhandlungen – Neue Aspekte der Suizidologie*. Springer Verlag, Berlin.
- [51] Haenel, T. (1993). Infusionstherapie mit Antidepressiva bei depressiven Patienten. *Schweiz. Rundschau Med. (PRAXIS)* 82, S. 213–216.

- [52] Haenel, T. (2001). *Suizid und Zweierbeziehung*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.
- [53] Haenel, T. (2002). Nach einem Suizid. Newsletter: Informationen der SGKS. *Soziale Medizin* 1, S. 29–30.
- [54] Haenel, T. (2003). Jakob Klaesi zum 120. Geburtstag. *Nervenarzt* 74, S. 471–475.
- [55] Haenel, T. (2005). *Keine Angst vor der Couch! Warum Religion Psychotherapie verträgt*. Kösel Verlag, München.
- [56] Hättenschwiler, J. (2004). Die Psychiatrie wird immer wichtiger! Editorial, *Neuroscience*, März/April 2004, S. 1–2.
- [57] Harbauer, H.; Lempp, R.; Nissen, G. & Strunk, P. (1974). *Lehrbuch der speziellen Kinder- und Jugendpsychiatrie*. 2. überarbeitete Auflage, Springer Verlag, Berlin/Heidelberg.
- [58] Harder, F. & Tschan, W. (2004). Die posttraumatische Belastungsstörung in der hausärztlichen Praxis. *Schweiz. Med. Forum* 4, S. 392–397.
- [59] Harlow, H. S. & Harlow, M. K. (1967). Reifungsfaktoren im sozialen Verhalten. *Psychie* 21, S. 193.
- [60] Hegerl, U.; Althaus, D. & Reiners, H. (2005). *Das Rätsel Depression – eine Krankheit wird entschlüsselt*. C. H. Beck Verlag, München.
- [61] Hell, D. (1992). *Welchen Sinn macht Depression?* Rowohlt Verlag, Reinbek bei Hamburg.
- [62] Hochstrasser, B. (2006). Der Zwang zur Gewinnsteigerung setzt alle unter Druck. *Gesundheit Sprechstunde* Nr. 23, Dezember 2006, S. 8–10.
- [63] Hochstrasser, B. (2007). Raubbau an den eigenen Kräften verursacht Burnout. *Wendepunkt* 1, S. 5–6.
- [64] Hofecker Fallahpour, M. et al. (2001). Gruppentherapie für depressive Mütter. In: *Psychische Erkrankungen bei Frauen – Für eine geschlechtersensible Psychiatrie und Psychotherapie*, Hrsg.: Riecher-Rössler, A. & Rhode, A., Karger, Basel, S. 307–320.
- [65] Hofecker Fallahpour, M. & Riecher-Rössler, A. (2003). Depression in der frühen Mutterschaft – Erschöpft, gereizt und überängstlich. *Neurotransmitter Sonderheft* 2, S. 35–39.
- [66] Hoffmann, J. (2006). *Stalking*. Springer Medizin Verlag, Heidelberg.
- [67] Hoffmann, K. & Ebner, G. (2006). Psychotherapie: Langzeitbehandlung versus Kostenneutralität. *Schweiz. Ärztezeitung* 87, 23, S. 1046–1047.
- [68] Hoffmann-Richter, U. (2000). *Psychiatrie in der Zeitung – Urteile und Vorurteile*. Psychiatrie Verlag (Edition Das Narrenschiff), Bonn.
- [69] Jockers, K. Die Entdeckung eines Syndroms – *Medical Tribune*, Nr. 47, 25. November 2005.

- [70] Josephy, S.; Haenel, T. & Ritz, R. (1995). Katamnese bei 109 Patienten nach Suizidversuch. *Intensivmed.* 32, S. 205–213.
- [71] Kielholz, P. (1974). Ergebnisse der Umfrage in der Schweiz. In: *Die Depression in der täglichen Praxis*, Hrsg.: ders., Hans Huber Verlag, Bern, S. 150–151.
- [72] Kielholz, P. (1978). Weihnachten – die programmierte Depression? *Basler Magazin* Nr. 51, 23. Dezember 1978.
- [73] Kielholz, P. (1983). Heutige Depressionsbehandlung. *Ther. Umschau* 40, S. 788–796.
- [74] Kiev, A. (1970). New directions for suicide prevention centers. *Am. J. Psychiatry* 127, S. 78–88.
- [75] Kittl, B. (2006). Guter Stoff. *NZZ Folio: Zucker*, Zeitschrift der Neuen Zürcher Zeitung, März 2006.
- [76] Kind, H. (1982). *Psychotherapie und Psychotherapeuten – Methoden und Praxis*. Thieme Verlag, Stuttgart.
- [77] Klaesi, J. (1952). Psychotherapie in der Klinik. *M Schr. Psychiat. Neurol.* 124, S. 334–353.
- [78] Knecht, T. (2005). Psychiatrische Aspekte des Internets. *Schweiz. Arztzeitung* 86, Nr. 29/30, S. 1806–1811.
- [79] Knecht, Th. (2005). Die posttraumatische Belastungsstörung – Erlebnisse als Krankheitsursache. *Hospitalis*, 75, Nr. 6, S. 255–260.
- [80] Knecht, T. (2005). Stalking – Erotomanie im neuen Gewand? *Schweiz. Med. Forum* 5, S. 171–176.
- [81] Knoller, R. (2005). *Stalking – wenn Hebe zum Wahn wird*. Schwarzkopf und Schwarzkopf Verlag, Berlin.
- [82] Kreilhuber, A. (2004). Bericht der American Psychiatric Association: Tagung vom 1. 6. Mai 2004, New York. *Leading Opinions Neurologie und Psychiatrie* 4, S. 36.
- [83] Kutscher, K. (2004). Werther u. Co. – Notizen zum Thema „Suizid in der Literatur“. *Suizidprophylaxe* 31, S. 104–116.
- [84] Lamnek, S. & Tretter, E (1991). Psychisch Kranke und Psychiatrie im Meinungsbild der Münchner. *Krankenhauspsychiatrie* 2, S. 1–5.
- [85] Leweke, E; Milch, W.; Horning, C. R.; Brosig, B.; Klett, R. & Reimer, C. (2001). Ein Patient mit Golfkriegs-Syndrom? – Zur Diskussion eines unklaren Krankheits-Bildes. *Nervenarzt* 72, S. 541–545.
- [86] Loevenich, A.; Schmidt, R. & Schifferdecker, M. (1996). Ärzte als Patienten – zur Problematik des psychisch kranken Arztes. *Fortschr. Neurol. Psychiat.* 64, S. 344–352.

- [87] Luban-Plozza, B. & Pöldinger, W. (1972). *Der psychosomatisch Kranke in der Praxis*. Editiones Roche, Basel.
- [88] Maslach, C. & Leiter, M. P. (2001). *Die Wahrheit über Burnout*. Springer Verlag, Wien/New York.
- [89] Maercker, A. (2004). Die Psychologie der Erschütterung und ihre therapeutischen Konsequenzen. In: *Festschrift der Dr. Margrit Egner-Stiftung: "Psychotraumatologie"* Hrsg.: Dr. Margrit Egner-Stiftung, 11. November 2004.
- [90] Mäulen, B. (2002). Warum bringen sich so viele Ärzte um? *MMW-Fortschr. Med.* Nr. 10, S. 4–10.
- [91] Meincke, U. (2004). Was hellt die Stimmung sicher auf? Depression bei Herzkranken behandeln. *Nervenheilkunde* 23, S. 588–592.
- [92] Meyer, A. (1957). *Psychobiology: A Science of Man*. Charles C. Thomas, Springfield.
- [93] Meyer, T. D. (2005). *Manisch-depressiv? Was Betroffene und Angehörige wissen sollten*. Beltz Verlag, Weinheim/Basel.
- [94] Michel, K. (2006). Psychiatrie und Psychotherapie sind (endlich) auf das Gehirn gekommen. *Schweiz. Med. Forum* 6, S. 569–575.
- [95] Michel, K. (2006). Persönliche Mitteilung vom 30. Oktober 2006.
- [96] Mikoteit, T. & Hatzinger, M. (2006). Angststörungen – Diagnostik, ätiopathogenetische Modelle und Therapieansätze. *Psychiatrie u. Neurologie* 3, 29. September 2006, S. 11–19.
- [97] Modestin, J. (1985). Antidepressive therapy in depressed clinical studies. *Acta Psychiatr. Scand.*, 71, S. 111–116.
- [98] Müller-Spahn, F. & Eckert, A. (2005). Psychopharmakotherapie im Alter. *InFo Neurologie und Psychiatrie* 3, S. 34–38.
- [99] Müller-Spahn, F. (2006). *Die larvierte Depression*. Symposium in Graz, 12. und 13. Mai 2006.
- [100] NN (2006). Studieren nur noch Trinker Medizin? *Medical Tribune*, 24.03.2006.
- [101] NN (1999). *Das Beste aus Readers Digest*. September 1999, S. 17.
- [102] Nuber, U. (1991). *Die verkannte Krankheit Depression*. Kreuz Verlag, Zürich.
- [103] Nutt, D.; Davidson, J. R. T. & Zohar, J. (2002). *Posttraumatic Stress Disorder – Diagnosis, management and treatment*. Martin Dunitz, London.
- [104] Ots, T. (2005). Akupunktur. In: *Depressionstherapien*, Hrsg.: Lehofer, M. & Chr. Stuppäck, Thieme Verlag, Stuttgart.
- [105] Pathé, M. & Mullen, P. E. (1997). The impact of stalkers on their victims. *Brit. J. Psychiatr.* 170, S. 12–17.

- [106] Peters, U. H. (1997). *Wörterbuch der Psychiatrie und medizinischen Psychiatrie*. Bechtermunz Verlag im Weltbild Verlag, Augsburg.
- [107] Pöldinger, W. (1968). *Die Abschätzung der Suizidalität*. Verlag Hans Huber, Bern.
- [108] Pöldinger, W. (1981). Der therapeutische Zugang zu depressiven und suizidalen Patienten. *Schweiz. Ärztezeitung* 62, S. 1113–1118.
- [109] Pöldinger, W. (1991). Das Antlitz der Depression. *Schweiz. Rundschau Med. (PRAXIS)* 80, S. 961–965.
- [110] Reimer, C. et al. (2005). Suizidalität bei Ärztinnen und Ärzten. *Psychiatr. Prax.* 32, S. 381–385.
- [111] Reimer, C.; Jurkat, H. B.; Vetter, A. & Raskin, K. (2005). Lebensqualität von ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten. *Psychotherapeut* 2, S. 107–114.
- [112] Rickenbacher, P. & Krapf, R. (2006). Herzinfarkt durch Stress – die individuelle Prädisposition entscheidet. Editorial, *Schweiz. Med. Forum*, 6, S. 711.
- [113] Riecher-Rössler, A. & Hofecker Fallahpour, M. (2003). Depressive Erkrankungen in der Postpartalzeit. *Die Hebamme* 16, S. 52–57.
- [114] Riecher-Rössler, A. & Hofecker Fallahpour, M. (2003). Die Depression in der Postpartalzeit: eine diagnostische und therapeutische Herausforderung. *Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat.* 154, S. 106–115.
- [115] Riemann, D.; Voderholzer, U. & Berger, M. (2005). Schlafentzug und Schlaf-Wach-Manipulation. In: *Depressionstherapien*, Hrsg.: Lehofer, M. & Chr. Stuppäck, Thieme Verlag, Stuttgart, S. 54–58.
- [116] Ringel, E. (1953). *Der Selbstmord, Abschluss einer krankhaften psychischen Entwicklung*. Mandrich, Wien.
- [117] Ringel, E. (1969). *Selbstmordverhütung*. Hans Huber, Bern.
- [118] Ringel, E. (1984). Der Arzt und seine Depressionen. In: *Somatisierte Angst und Depressivität* Hrsg.: Pöldinger, W., Karger Verlag, Basel, S. 109–136.
- [119] Ross, M. (1973). Suicide among physicians. *Dis. Nerv. Syst.* 3, S. 145–150.
- [120] Rutter, M. (2006). Die psychischen Auswirkungen früher Heimerziehung. In: *Kinder ohne Bindung*, Hrsg.: K. H. Brisch & Th. Hellbrügge, Klett-Cotta Verlag, Stuttgart.
- [121] Schäfer, U.; Rütther, E. & Sachsse, U. (2006). *Hilfe und Selbsthilfe nach einem Trauma*. Vandenhoeck u. Ruprecht, Göttingen.
- [122] Schäfer, U. & Rütther, E. (2006). *Psychopharmakotherapie*. Vandenhoeck u. Ruprecht, Göttingen.

- [123] Schaub, B. (2005). Erschöpfte Patientinnen. *Medical Tribune*, Nr. 45, 11. November 2005.
- [124] Schelosky, S. (2005). Ursachen und Therapie des Chronic-Fatigue-Syndroms — Wie Sie die „leeren Batterien“ wieder aufladen. *Info Neurologie u. Psychiatrie* Vol. 3, Nr. 4, S. 48–49.
- [125] Schmid-Cadalbert, C. (1993). Heimweh oder Heimmacht. *Schw. Arch. Volkskunde* 89, S. 69–85.
- [126] Schmidbauer, W. (1977). *Die hilflosen Heifer*. Rowohlt, Reinbek bei Hamburg.
- [127] Schmidtke, A. & Hafner, H. (1986). Die Vermittlung von Selbstmordmotivation und Selbstmordhandlung durch fiktive Modelle — Die Folge der Fernsehserie „Tod eines Schülers“. *Nervenarzt* 57, S. 502–510.
- [128] Schnyder, U. (2004). Psychosoziale Nothilfe: warm, wie und wozu? In: *Festschrift der Dr. Margrit Egner-Stiftung: „Psychotraumatologie“*, Hrsg.: Dr. Margrit Egner-Stiftung, 11. November 2004.
- [129] Schöpf, J. (2003). *Bipolare affektive Krankheiten*. Steinkopff Verlag, Darmstadt.
- [130] Schott, H. & Tölle, R. (2006). *Geschichte der Psychiatrie*. C. H. Beck Verlag, München.
- [131] Schuppli, St. (2004). Schlecht motiviert ist die Regel. *Basler Zeitung*, 11. November 2004.
- [132] Sivojelezova, A.; Shuhaiber, S. & Sarkissian, L. (2005). Citalopram use in pregnancy: prospective comparative evaluation of pregnancy and fetal outcome. *Am. J. Obstet. Gyneco*, 193, S. 2004–2009.
- [133] Spitz, R. A. (1974). *Vom Säugling zum Kleinkind*. 4. Auflage, Klett-Verlag, Stuttgart.
- [134] Starobinski, J. (1960). Geschichte der Melancholiebehandlung von den Anfängen bis 1900. *Acta psychosomatica, Documenta Geigy*, J. R. Geigy AG, Basel.
- [135] Strike, P. C.; Magid, K. & Whitehead, D. L. (2006). Pathophysiological process underlying emotional triggering of acute cardiac events. *Proc. Nat. Acad. Sci. USA* 103, S. 4322–4327.
- [136] Stronegger, P. (2007). Persönliche Mitteilung vom April 2007.
- [137] Stumpfe, K. D. (1973). *Der psychogene Tod*. Hippokrates Verlag, Stuttgart.
- [138] Sullivan, H. S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. Norton, New York.
- [139] Taverna, E. (2006). Auf der Couch. *Schweiz. Ärztezeitung* 33, 16. Juni 2006, S. 1432.

- [140] Thurber, C. A. (1995). The experience and expression of homesickness in preadolescent and adolescent boys. *Child Development* 66, S. 1162–1178.
- [141] Tschan, W. *Posttraumatische Belastungsstörungen im Praxisalltag: Erkennen – Verstehen – Behandeln*. Unveröffentlichtes Manuskript.
- [142] Tschan, W. (2005). *Missbrauchtes Vertrauen*. 2. neu bearbeitete u. erweiterte Auflage, Karger Verlag, Basel.
- [143] Uhl, M. (2004). PTSD bei Holocaust-Überlebenden – Zwischen Trauer und Schuldgefühl. *Leading Opinions, Neurologie u. Psychiatrie*, 5/2004, S. 16–17.
- [144] Uslucan, H. (2007). Heimweh und neue Heimat: Psychische Adaptionsprobleme türkischer Migranten. *Suizidprophylaxe* 34, S. 33–37.
- [145] Vaillant, G. E.; Sobowale, N. C. & Mc Arthur, C. (1972). Some psychological vulnerabilities of physicians. *New. Engl.J. Med.* 287, Nr. 8, S. 372–375.
- [146] Van Tilburg, M. A. & Vingerhoets, A. J. (1996). Homesickness: a review of the literature. *Psychological Medicine* 26, S. 899–912.
- [147] Verschuur, M.; Eurelings-Bontokoe, E. & Spinhoven, P. (2004). Associations among homesickness, anger, anxiety and depression. *Psychological Reports* 94, S. 1155–1170.
- [148] Vollmer, H. (2005). Melatonin – Hormon der Dunkelheit. *Medizin – Anti-aging news* (Sonderdruck) 11, S. 2–8.
- [149] von Rottenburg, T. (2005). Oldispersionbäder. In: *Depressionstherapien*, Hrsg.: Lehofer, M. & Chr. Stuppäck, Thieme Verlag, Stuttgart, S. 32–37.
- [150] Wäffler, M. (2006). Psychotherapieverordnung: Offener Brief an einen Kollegen. *Schweiz. Arztezeitung* 33,16. August 2006, S. 1402.
- [151] Werder, A. (2006). Update Angsterkrankungen. *Aktuell, Psychiatrie u. Neurologie*, 6, S. 10–11.
- [152] Werneke, U; Horn, O. & Taylor, D. M. (2004). How effective is St. Johns Wort? The evidence revisited. / *Clin. Psychiatry* 65, S. 611–617.
- [153] Wiese, A. (1999). Die Tötung des eigenen Kindes als erweiterter Suizid. In: *So habe ich doch was in mir, das Gefahr birgt*, Hrsg.: Fiedler, G. & Lindner, R., Göttingen.
- [154] Willi, J. (1983). Higher incidence of physical and mental ailments in future psychiatrists as compared with future surgeons and internal medical specialists at military conscription. *Soc. Psychiatry* 18, S. 69–72.
- [155] Winkler, D. & Pjrek, E. (2005). Lichttherapie. In: *Depressionstherapien*, Hrsg.: Lehofer, M. & Chr. Stuppäck, Thieme Verlag, Stuttgart, S. 48–53.
- [156] Wirz-Justice, A. & Graw, P. (2000). Lichttherapie. *Therapeut. Umschau* 57, S. 71–75.

- [157] Wirz-Justice, A. (2004). Chronopharmakologie. Schweiz. *Arztezeitung* 85, Nr. 36, S. 1911–1912.
- [158] Wolfersdorf, M. (2000). *Der suizidale Patient in Klinik und Praxis*. Wissenschaftl. Verlagsgesellschaft GmbH, Stuttgart.
- [159] Wolfersdorf, M. (2006). *Suizidalitat*. Hrsg: Stoppe, G. et al. Springer Verlag, Berlin.
- [160] Zapotocky, H. G. (2003). Psychotherapie. In: *Psychiatrie u. Psychotherapie*, Hrsg.: Gastpar, M.; Kasper, S. & Linder, M., 2. Auflage, Springer Verlag Wien/New York, S. 385–399.
- [161] Zerbini-Rüdin, E. (1969). Zur Genetik der depressiven Erkrankungen. In: *Das depressive Syndrom*, Hrsg.: Hippus, H. & Selbach, H., Urban und Schwarzenberg, München/Berlin/Wien, S. 37.
- [162] Ziehlmann, J. (2005). Die Zeitschrift „Beobachter“ sucht junge Patientinnen. *Schweiz. Arztezeitung* Nr. 22, 01. Juni 2005.
- [163] Zohar, J. (2004). Posttraumatische Belastungsstörung – Experte trennt Mythen von Fakten. *Medical Tribune Kolloquium*, Nr. 11, S. 12–13.
- [164] Zweig, St. (1984). Untergang eines Herzens. In: *Verwirrung der Gefühle*, Hrsg.: ders., Fischer Taschenbuchverlag, Frankfurt am Main.



Профессор Томас Хэнел (Базель, Швейцария) — успешно практикующий психотерапевт, психиатр, автор многочисленных научных работ.

В книге известного швейцарского специалиста Томаса Хэнела описаны все формы депрессии, а также методы диагностики и коррекции. Особое внимание уделено маниакально-депрессивному психозу, депрессии ларвированной, сезонной, анаклитической, stalkingу, ностальгии и синдрому хронической усталости.

Книга представляет собой великолепное пособие для психотерапевтов, психиатров, клинических психологов, а также студентов профильных вузовских факультетов.

Спрашивайте в книжных магазинах или заказывайте по почте
КНИГИ ИЗДАТЕЛЬСТВА «ПИТЕР»



 ПИТЕР

Заказ книг:

197198, Санкт-Петербург, д.я. 619
Тел.: (812) 703 73 74, postbook@piter.com
e1093, Халыков 93, д.я. 9130
Тел.: (812) 788 41 49, 751 10 02, piter@halikov.piter.com

ISBN 978-5-49807-196-1



9 785498 071961

www.piter.com — вся информация о книгах и веб-магазин