



ИЗБРАННЫЕ ЛЕКЦИИ
ПО ПСИХИАТРИИ
ДЛЯ ВРАЧЕЙ-КАРДИОЛОГОВ



Соложенкин В.В.

КЫРГЫЗСКО-РОССИЙСКИЙ СЛАВЯНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

МЕДИЦИНСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ

Кафедра медицинской психологии,
психиатрии и психотерапии

В.В. Соложенкин

**ИЗБРАННЫЕ ЛЕКЦИИ ПО ПСИХИАТРИИ
ДЛЯ ВРАЧЕЙ-КАРДИОЛОГОВ**

Учебное пособие

*Допущено Министерством образования
и науки Кыргызской Республики
в качестве учебного пособия для студентов,
преподавателей, врачей-кардиологов*

Бишкек 2011

УДК 616.1
ББК 54.10
И 32

Рецензенты: *Ким А.С.* – канд. мед. наук, доцент;
Тен В.И. – канд. мед. наук, доцент

Редколлегия: *А.Г. Зарифьян*, профессор;
Е.С. Молчанова, канд. мед. наук, доцент;
Т.А. Нелюбова, канд. мед. наук, доцент;
А.В. Вичкапов, канд. мед. наук,
врач-психотерапевт

Рекомендовано к изданию Ученым советом КРСУ.

В.В. Соложенкин

И 32 ИЗБРАННЫЕ ЛЕКЦИИ ПО ПСИХИАТРИИ ДЛЯ ВРАЧЕЙ-КАРДИОЛОГОВ: Учеб. пособие. Бишкек: Изд-во КРСУ, 2011. 134 с.

ISBN 978-9967-05-704-3

Книга была создана для людей, стремящихся понять взаимосвязь сердца – тела и сердца — души, записана в форме свободных бесед. Это не только память об учителе, но и прекрасный теоретический материал для подготовки профессионала любой врачебной специальности.

И 4108040100-10

УДК 616.1
ББК 54.10

ISBN 978-9967-05-704-3

© КРСУ, 2011

СОДЕРЖАНИЕ

Несколько слов вместо предисловия... (Е. Молчанова).....	4
Из воспоминаний (А. Брудный).....	5
Лекция №1. Общение в практике врача-кардиолога.	
Коммуникация с «трудным» больным.....	8
Лекция №2. Депрессия в практике врача-кардиолога.....	33
Лекция №3. Тревога в практике врача-кардиолога	47
Лекция №4. Соматизация.....	60
Лекция №5. Понятие стигмы и стигматизации.	
Процессы стигматизации в психиатрии и кардиологии	75
Лекция №6. Введение в психофармакологию.....	92
Трициклические антидепрессанты (ТЦА).....	96
Ингибиторы моноаминоксидазы (ИМАО)	97
Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС)	98
Другие антидепрессанты	99
Лекция №7. Психология фармакотерапии.....	103
Лекция №8. Свободные размышления пожилого психиатра о вреде и пользе психотропных препаратов	113
Лекция №9. Выбор препаратов для лечения тревоги и депрессии у кардиологического больного.....	120
Лекция №10. Концепция психосоматической медицины	124

НЕСКОЛЬКО СЛОВ ВМЕСТО ПРЕДИСЛОВИЯ...

Начало двадцать первого века оказалось для нашей страны переломным – практически все сферы деятельности общества, включая и медицину, хаотично самоорганизовывались, по пути теряя лучших своих представителей. Подобная судьба не миновала и психиатрию, которая в нашей республике была представлена Валерием Владимировичем Соложенкиным и его школой.

После ухода учителя, осиротевшая киргизская психиатрия потеряла не просто лидера, или, как сейчас принято говорить, «знаковую фигуру». Валерий Владимирович был полновластным стержнем сложной, многоплановой, конкурентной и порой конфликтной профессиональной семьи, с четко распределенными ролями и функциональными обязанностями. Отголоски вполне закономерного кризиса интеллигентности слышны и поныне, но «личностно-средовое взаимодействие» (термин В.В. Соложенкина) в профессиональной среде специалистов в области психического здоровья начинает возрождаться. Пусть не столь быстро, как этого бы хотелось, но оптимистично прогрессирующе.

Одним из позитивных знаков движения вперед является публикация этой книги. Ее долго ждали. Она была надиктована Валерием Владимировичем для людей, стремящихся понять взаимосвязь сердца–тела и сердца–души, записана в форме свободных бесед, без цензуры и редактирования простого, ироничного и, порой, безжалостного языка автора. Это надо было сделать для предотвращения канонизации живого и очень сложного человека.

Таких книг немного. Это не только память об учителе, но и прекрасный теоретический материал для подготовки профессионала любой врачебной специальности. Книга, несомненно, принесет неоценимую пользу студентам медицинских вузов, врачам и широкому кругу читателей, интересующихся проблемами психосоматики.

*Елена Молчанова,
ассоциированный профессор
Американского университета
в Центральной Азии*

ИЗ ВОСПОМИНАНИЙ

Валерия Владимировича я знал много лет. Он учился в группе, которую я вел, внимательно изучил философские аспекты психологии, и я был очень рад, когда, много лет спустя, он, выступая на конференции, посвященной 100-летию учения Фрейда, упомянул о том, что его увлечение психиатрией началось именно с философских ее истоков, столь оригинально освещенных отцом психоанализа. Вообще наш медицинский институт в ту пору (потом все изменилось) был рассадником идей, которые полагалось критиковать, но одновременно изучать, с марксистской точки зрения разумеется. Все это отдаленно напоминает мне современные «13 опытов о Ленине» Славоя Жижека.

Валерий был очень смел: «как-то, по поводу семейного праздника, я получил телеграмму от «группы анархистов», находящихся на сельскохозяйственных работах (это была довольно опасная шутка Валерия, но все обошлось).

Сельхозработы в те, уже позабытые, времена служили поводом для бесконечных шуток, хотя и были довольно утомительны. Мы с Валерием нашли тогда то ли у Кампанеллы, то ли у Мора (скорее, у Мора) обоснование периодического участия горожан в сельской жизни, и Валерий процитировал это со всей серьезностью то ли на семинаре, то ли на каком-то официальном мероприятии в доказательство того, что утопии сблизилась с современностью и мы на пороге их полного осуществления.

Валерий был не только даровит — он, несомненно, обладал врожденным обаянием, прекрасно сочетавшимся с деятельным умом и даром сардонической насмешки. Все это я оценил, хотя одобряли его ироничность немногие. Впрочем, в уме и способностях Соложенкина никто не сомневался, и даже завистники (их у него хватало) признавали его успехи заслуженными. Этих людей раздражало нескрываемое презрение к глупостям, которые зачастую носили общепринятый характер, — их Валерий никогда не повторял и не поддерживал.

Вступая в дискуссии на острые и необычные темы, Валерий Владимирович говорил очень хорошо, толково разъяснял себе-

седникам непростые гипотезы, бывало, раздражался, когда его не понимали, но ворчлив никогда не был, даже потом, в годах, скорее, тверд и саркастичен. Это только добавляло ему уважения со стороны коллег.

Требовательность его к себе и другим была очень высока. Случалось, что на него обижались, не понимая, что он болезненно реагирует не на человека, а на какую-то его отличительную черту или поступок.

Был в нашей жизни период, когда мы являлись близкими друзьями, но постепенно стали расходиться в наших размышлениях и замыслах. Замечу, однако, что и на съезде психиатров в Москве, где мы делали совместный доклад, и в Тбилиси мы всегда поддерживали друг друга в острых дискуссионных ситуациях, за что я ему и посейчас благодарен. Несмотря на совершенно различное отношение к отдельным людям (он многое воспринимал всерьез, я же был склонен не придавать значения тому, что меня непосредственно не касалось), мы имели общие вкусы в мире литературы и кино. Нашим любимым английским романом был «Счастливый Джим», и героев его мы немедля начали сравнивать с коллегами — и были тому основания, что скрывать. Сейчас переводят Мартина Эллиса, но мы с Валерием в грош его не ставили по сравнению с Кингсли Эллисом, его отцом, если не ошибаюсь. Разумеется, мы высоко ценили братьев Стругацких, и я храню один из их киносценариев, который Валерий мне подарил.

Валерий был неизменно гостеприимен, и я с удовольствием вспоминаю часы, проведенные вместе с ним и Цезарем Короленко, известным психиатром, замечательно рассказывавшем о диэтиламиде лизергиновой кислоты; прекрасно говорил в тот вечер о своем клиническом опыте и молодой профессор Соложенкин. Мне было тепло их слушать — и я «уютно» промолчал весь вечер. Прощаясь, Валерий отвел меня в сторонку и осторожно спросил, не задел ли он меня ненароком.

— Конечно, нет.

— Ну вот, ты меня успокоил, а то я смотрю — ты все молчишь...

Эта деталь меня очень тронула.

В последние годы жизни Валерия мы встречались редко, а когда выпадал случай поговорить, затрагивали именно литературные и общие (неполитические) темы.

Сегодня мне грустно о нем вспоминать, мне крайне не хватает такого друга и собеседника.

*Арон Брудный,
профессор, доктор философских наук,
действительный член Российской
академии естественных наук, член-
корреспондент НАН КР, руководи-
тель лаборатории психологии АУЦА*

Лекция №1. ОБЩЕНИЕ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-КАРДИОЛОГА. КОММУНИКАЦИЯ С «ТРУДНЫМ» БОЛЬНЫМ

Лекция будет посвящена выполнению вашего, коллеги, заказа. Вы просили рассказать о том, как нужно общаться с так называемыми «трудными» больными. Позволю себе заметить, что работа с «трудными» пациентами является всего лишь разделом сложной науки коммуникации. К сожалению, до недавних пор такой предмет отсутствовал в программе подготовки медицинских специалистов. Это, согласитесь, парадоксальная ситуация, так как примерно 80% успеха работы врача-терапевта с больными определяется как раз его коммуникативными навыками. Безусловно, в хирургии и в реанимации ситуация совершенно иная – там врач работает не с личностью, а с телом человека. Хотя и этот аргумент сейчас представляется спорным. Уже доказано, что человек, находящийся в коме, способен отражать эмоциональную окраску речи. Говорят и о возможности осуществления коммуникации с эмбрионом, и даже – об эмбриональной психологии. Одним из аргументов, которые выдвигают противники абортов, является то, что уничтожается не просто кусочек биологической ткани, но живое существо, обладающее зачатками психического реагирования. Наша жизнь – это, по своей сути, постоянное общение с миром, с собой, с другими людьми. Логично предположить, что если успех твоей работы определяется навыками общения, то этому стоит учиться.

Это простая истина, и тут стоило бы поставить большой восклицательный знак. Я убежден в том, что пациенты оценивают не качество наших рецептов – оценка идет совсем по другим критериям. Я знал одного врача, который считался посредственным специалистом, назначающим весьма банальную терапию, он был не очень искусен в диагностике, но являлся прекрасным коммуникатором. Все старушки нашего города ходили к нему лечиться. Для данной категории пациентов он был идеален. Каждому клиенту требуется свой стиль коммуникации, и врачи должны иметь разнообразный коммуникативный репертуар. Но это вовсе

не означает, что мы должны превращаться в безликих обслуживателей, всегда подстраиваясь под «Я» своего пациента. Не нужно этого делать, иначе вы погибнете. У Рэя Бредбери есть рассказ «Марсианин», который я очень люблю и который, уверен, знаком многим из здесь сидящих. Речь в нем идет о том, что колонисты, прилетевшие на Марс, встречают аборигена-марсианина, который мог превращаться в того, кого хотели видеть его собеседники. Например, мать, потерявшая сына, хотела видеть в нем сына – и в марсианине оживал погибший ребенок. Новелла заканчивается печально, так как прилетело множество колонистов с множеством желаний, которые и разорвали марсианина.

Мне бывает смешно, когда я вижу, что мои ученики курят так, как я, ерничают так, как я. Многие из них очень серьезные люди, у них нет такого внутреннего хулиганства, которое есть во мне, они другие. Когда мои формы поведения повторяются моими учениками, то я думаю: ой, ребята, что-то у меня с вами не получилось. Не надо этого. У каждого из нас есть и свои плюсы и свои минусы. И в работе с больным будьте естественны.

Как научиться правильной коммуникации с пациентом? В ряде университетов США и Западной Европы подобные курсы существуют. У нас же каждый учится сам, и ваш покорный слуга является тому примером. В свое время мы подражали преподавателям, сами находили какие-то методы взаимодействия с больными, копировали работу авторитетных коллег. Но этот путь был стихийным, а подражание – не всегда самым лучшим. Таким образом, на протяжении нескольких десятилетий сформировалось целое поколение врачей, не знающих, как общаться с пациентами, и постигающих этот нелегкий опыт путем проб и ошибок. Конечно, за одну лекцию я не смогу сделать из вас профессионалов высокого класса, но научить вас базовым принципам представляется мне вполне возможным. Я, к сожалению, не могу вам дать серьезный список литературы – на русском языке подобные работы являются большой редкостью. Могу сослаться на руководство Всемирной организации здравоохранения, выпущенное в 1994 году, в котором даются некоторые положения по построению грамотной коммуникации в диаде «врач – больной». Признаюсь, что, готовясь к нашей сегодняшней встрече, я испытал серьезные затруднения, еще раз убедившись в труднодоступности материала. Я всегда стараюсь разобраться в причи-

нах происходящих событий и, кажется, нашел этому объяснение. Это мое объяснение, и, конечно, вы можете с ним не согласиться. Я думаю, что дефицит руководств по коммуникации между врачом и пациентом объясняется и простотой и сложностью этой проблемы одновременно. Написав подобное руководство, объясняющее простые в целом вещи (как подойти к больному, с чего начать беседу, какой вопрос задать первым, какие вопросы задавать вообще не стоит), ты легко превратишься в объект для критики. Ты напишешь о том, что является близким для всех и в чем каждый может почувствовать себя экспертом. Неважно, если до чтения подобного руководства будущий критик ничего о предмете не знал. Критиковать приятно и легко. Приятно потому, что поднимаешь свою самооценку, а легко потому, что ничего нового в процессе критики ты не создаешь. А вот находить что-то позитивное очень трудно. Мои коллеги по перу поэтому и не пишут на эту тему, отделяваясь общими фразами, например: «Работа с трудными больными требует особых навыков коммуникации». Это, согласитесь, предложение из разряда советов о необходимости взять себя в руки, расслабиться, не волноваться и соблюдать режим. Вроде все правильно, но следовать им трудно. У меня есть анекдот как раз по стратегии нашей с вами лекции. Пришли мыши к умной сове за советом и спросили, что им делать, чтобы их, таких маленьких и сереньких, хищники не пожирали. Сова им сказала: «А вы, как ежики, будьте, с колючками». Мыши ее спросили: «А как нам отрастить колючки?», на что мудрая Сова ответила: «О, я даю только стратегию, а тактику разрабатывайте сами». У меня сегодня будет почти как у Совы – я дам вам стратегию, то, что сам считаю работающим и правильным.

Итак, кто такой «трудный» больной? Тут прозвучало уже много определений, и все основываются на вашем собственном профессиональном опыте, давайте попробуем их подытожить. Трудный пациент – это больной человек, с которым врачу сложно взаимодействовать. Ясно, что у каждого из нас свои собственные трудные больные. Определение, согласитесь, вышло банальным, но, тем не менее, точным. Еще одна простая фраза: работа с трудными больными – трудная работа. Вдумайтесь: это не должно вызывать у вас усмешки или иронии. Это банальное утверждение дает нам право на возможную ошибку. Но вовсе не означает, что я призываю вас ошибаться. Естественно, нет.

Но если у нас с вами не идет работа с трудным больным, мы можем сделать несколько простых вещей: найти причину проблемы и поменять стратегию, или, что сложнее, признаться себе в том, что ты не справился, и попросить о помощи. Может быть, я и доживу до того времени, когда у вас будут организованы Балентовы группы. Это группы, в которых несколькими врачами обсуждается не диагноз, а трудности работы с пациентом по принципу «одна голова хорошо, а три лучше, потому что они по-разному устроены». Ну, если это, конечно, голова, а не орган, подобный прямой кишке. Нужно уметь признаваться в том, что у тебя что-то не получается, и разрешить себе право на ошибку. Оставьте надежду на то, что существует ключик, открывающий дверь в волшебную страну чудес, где все просто и легко. Это сказка про Буратино. Забавно, что когда я показал это своей жене, очень хорошему психотерапевту, она сказала: «А вот здесь я с тобой не согласна. Если оставить так, как ты написал, то покажется, что у Буратино все было просто: нашел золотой ключик и открыл дверь. А на самом деле он прошел через очень многие страшные испытания. Золотые ключики всегда даются только после тяжелых испытаний». Я с этим согласен полностью. Золотой ключик не найдется сразу, он рождается в результате трудного опыта. Только очень одаренному человеку, прирожденному коммуникатору, это дается легче, чем другим, но далеко не сразу все получается удачно. Я многому научился у вашего учителя, профессора М.М. Миррахимова. Я не умел работать с больными, занимавшими ответственные посты, это всегда такие величественные люди. Кстати, не я один. Недавно вышла американская книга под названием: «Моя работа с VIPами». Автор делится простым наблюдением: ему никогда не удавалось работать с «очень важным человеком» так, как с простым смертным, потому что тот врачом либо командует, либо пренебрегает, либо врач его боится. Под VIPами автор подразумевал миллиардеров, президентов крупных компаний, значимых лиц государства, звезд кино и шоу-бизнеса. Так вот, я не умел работать с «очень важными персонами» и с удовольствием учился у профессора Миррахимова его простоте, естественной доброжелательности, умению сохранять достоинство в самых сложных ситуациях. Мне не было стыдно этому учиться, будучи уже совершенно взрослым человеком. Сам профессор не знал, что он в этом от-

ношении очень психотерапевтичен. Поучитесь у него, потому что кому-то из вас придется работать с VIPами.

Я начал с того, что коммуникация «врач–пациент» – это краеугольный камень хорошей медицинской практики. Это тезис Всемирной организации здравоохранения. Если вы будете успешным коммуникатором, то и ваша жизнь в медицине будет успешной.

Как понять, насколько удачной является ваша коммуникация с пациентом? Я задал сегодня своим ординаторам вопрос, задам его и вам. Представьте себе, что ваш пациент уже во время второй беседы рассказывает вам о своей агрессивности. Причем делает это спонтанно, без дополнительных вопросов с вашей стороны. О чем это свидетельствует? О тревоге, о доверии. Подобная открытость может являться маркером успешной коммуникации. Таким образом, об успешности коммуникации мы можем судить по специальным маркерам, и первый из них – это открытость. Второй – открытость в отношении личных проблем, когда вас начинают рассматривать не как кардиолога, а как человека, с которым можно посоветоваться, невзирая на разницу в возрасте. Когда я был еще совсем зеленым аспирантом, то периодически испытывал ужас, осознавая, что сидящей передо мной женщины уже далеко за пятьдесят, а она советуется со мной о том, как ей выстроить отношения с мужем. А я-то еще холостой, всего этого кошмара пока еще не прошел, для меня это абстракция... Я всегда задавал себе вопрос: кого же она перед собой видит – умудренного опытом старика? Что же мне сделать, чтобы она не смотрела на меня как на человека, с которым можно советоваться по поводу жизненных проблем? Сейчас я знаю, как нужно было бы поступить в такой ситуации. Нужно было сказать: «Знаете, а вот тут я некомпетентен. А вот здесь, как мне кажется, можно вот так поступить, а можно – так». Если с вами начали советоваться не только об одышке, или тахикардии, или болях за грудиной – следует, что вы для этого человека стали значимым лицом и приобрели особый статус.

Две категории людей в христианском мире имели подобный статус – это священники и врачи. И перед теми и перед другими исповедовались. Я часто думаю о том, что врачу, возможно, не стоит брать на себя функции священника, потому что к священнику приходят не только излить душу, но и получить отпущение грехов. Мы с вами не священники и грехи не отпускаем, но душу

нам изливают и будут изливать. Дело в том, что любая, особенно хроническая, болезнь всегда приводит к одиночеству. У вас может быть любящая жена, внимательные дети, но с болезнью вы взаимодействуете один на один. Как бы не любили вас ваши близкие, как бы вы не были для них важны, вы все равно умираете. Смерть – это нечто глубоко личностное, индивидуальное, что создает ситуацию одиночества пациента. Причем любого пациента. В этой ситуации врач разделяет одиночество другого человека. Степень этого одиночества бывает разной. Иногда она максимальна. Шестьсот тысяч русских стариков в Киргизии брошено своими детьми и не знают адреса российского посольства. И это не только максимальное одиночество, но одиночество еще и с чувством вины: что же я сделал не так, раз меня бросили? Формы одиночества бывают весьма многообразными: например, одиночество жителей больших городов – это почти обязательный атрибут современной цивилизации. Брак порой: ... тоже форма одиночества. Когда формально у тебя кто-то рядом, а фактически ты на необитаемом острове. Итак, наш с вами пациент всегда одинок, в большей или меньшей степени. Отмечаемое стремление пациента открыться, довериться врачу и таким образом снизить уровень своего персонального одиночества – один из важнейших маркеров успеха коммуникации.

Другой очень важный признак успешного взаимодействия – это возрастающее согласие пациента следовать плану лечения. Если вы видите, что ваш пациент аккуратно следует схеме лечения, – значит вы достигли согласия, ваши слова для него авторитетны, вы играете на одном поле. Вы создали единое коммуникативное пространство. Очень важно не перепутать маркеры успешной коммуникации с маркерами влюбленности пациента в своего врача. Наверняка у вас есть пациенты, которые буквально «обливают» вас счастьем. Они говорят, что вы самый умный, самый красивый и что без вас их жизнь была бы глубоко несчастной. Чаще всего это делают женщины. Задумайтесь, правда ли это? Если вам расскажут, что вы одновременно самая красивая, самая умная, самая, самая, самая, то засомневайтесь в этом. Конечно, если в вас влюбится ваш пациент, то коммуникация переходит из сферы врачебной в сферу просто человеческую. Что здесь необычного? Мы что, даем какую-то клятву никогда не выходить замуж или не жениться на своих пациентах? Другое дело – сексу-

альные отношения, которые являются одной из главных проблем западной психотерапии. За этим этические комиссии западных психотерапевтических и психиатрических ассоциаций следят просто как волки, доходя в данной борьбе до абсурда. Вот не понравились вы какой-то пациентке, и она напишет, что вы к ней приставали. И это трудно опровергнуть. У нас в этом плане таких проблем нет ... пока нет ... (смех в зале).

Для врача очень важно получать информацию о собственных ошибках. Я в этих целях использовал курилки, когда самому приходилось лежать в больницах. Боже мой, как иронично говорят о нас наши пациенты, как ничего нам не прощают, сколько пренебрежительных высказываний в адрес врачей мне приходилось выслушивать... Многое было несправедливым, но именно при подобном неформальном общении выясняются наиболее грубые ошибки взаимодействия врачей с пациентами.

Но есть еще и другая категория ошибок коммуникации – это проблемы коммуникации с собой. Ты ставишь перед собой вопросы и отвечаешь на них порой так, как тебе удобно. У меня есть один вопрос подобной категории, которым я хотел бы с вами поделиться. Когда я не достигаю успеха в работе с пациентом, то спрашиваю себя: это я не могу помочь пациенту или уровень медицины в Киргизии не может ему помочь? Если уровень медицины не позволяет в данном случае оказать помощь, я не обязан предъявлять к себе никаких претензий, а должен оставаться по-прежнему уверенным в себе. Ну а вдруг это я не дотягиваю, а? Вот, например, сейчас у меня тяжелая пациентка с нервной анорексией, и я уже в пяти книжках прочитал, что в этой стадии расстройства помочь практически невозможно. Но я, по-прежнему мучаясь, ищу, роюсь в журналах и постепенно теряю уверенность в себе. Меня не успокаивают статьи о терапевтической резистентности подобных случаев – дело в том, что эта девочка мне доверяет, мы с ней играем на одном поле. Если ваша коммуникация с пациентом успешна, могут возникнуть проблемы с собственной уверенностью. Я думаю, что подобная проблема возникает у всех врачей, за исключением двух категорий: первая – это люди, немотивированные на лечебную работу, случайно попавшие в медицину, но тогда неуверенность возникает в сфере выбора прически, ботинок, галстука. Вторая – просто недостаточно умные врачи.

Сейчас я естествен и говорю то, что думаю, выступая перед благодарной аудиторией. Будьте честны и естественны со своими пациентами, понимайте их страдания, но постарайтесь чувствовать, кто перед вами, и введите для себя ряд ограничений. Приведу один пример. Сегодня, во время лекции с клиническими ординаторами, мы говорили о тревоге и ее роли в развитии цивилизации. Я рассказывал ребятам о том, что когда первобытный человек приносил жертвы богам, он это делал для того, чтобы получить от них помощь или избежать наказания. По-русски это называется взяткой, подобная система существовала еще в первобытном обществе, и все комитеты по борьбе с коррупцией вряд ли смогут искоренить столь древний ритуал. Как, например, шли к вождю племени? Со шкуркой, причем не кролика, а леопарда... После того как мы обсудили эту «взяточную» тему, я ребятам заявил: «А седьмого февраля у нас экзамены». Когда мои ординаторы отсмеялись, я тут же задал им вопрос: «Мог бы я себе позволить пошутить подобным образом в Гейдельберге или в Оксфорде?» Да ни в коем случае, потому что там такого рода шутки просто недопустимы! А у меня с моими ребятами комплайнс, и я знаю, что они ничего не принесут, а мой «треп» воспримут правильно – как шутку. Где-то и с кем-то я могу себе позволить вести себя подобным образом, а с кем-то – нет. Вы спрашиваете, как понять, когда это можно делать, а когда – не стоит? Я не знаю... Здесь скорее интуиция ваша поможет. Не какой-то компьютер в голове. Вы можете подумать: если шутить опасно, так, может быть, вообще от шуток воздержаться? Ну и представьте себе, что вы никогда не хохмите с пациентом, так вас и будут воспринимать как робота ходячего. А если вы чуть-чуть повернетесь иронической стороной, шутливой и веселой, то ничего, кроме уважения, не получите, потому что покажете свою многогранность.

Психиатр не должен быть нудным – тем более, если он еще и психолог. Способен, например, кардиолог, написать о своей жизни книжку с названием «Внутри и вне помойного ведра»? А великий гештальт – терапевт Фриц Перлз – написал такую книжку; я очень советую вам ее прочитать, она опубликована на русском языке. В этой книге иронично и жестоко описана жизнь этого человека, со всеми его ошибками, глупостями, промахами. Правда, он поставил условие, что книга должна выйти только после его смерти. Это очень честное и беспощадное к самому себе пове-

ствование, и Перлз отказался от привлекательной возможности выглядеть в глазах других лучше, чем был на самом деле. Это – великое мужество! Человек, работающий с механизмами психологической защиты, не может быть нудным. Хотя в Германии мне приходилось видеть просто эталонных зануд (возможно, это просто национальная специфика).

У меня нет готового рецепта весов, на которых можно было бы отвесить меру юмора, серьезности или иронии для каждого из ваших пациентов. Эти весы у каждого из нас свои. Ваше чувство вкуса, ваша одежда, помада, ваше настроение – все это создает тот особенный человеческий образ, который целостно воспринимается вашим пациентом. Создать этот образ поможет интуиция. Нет рецептов, есть только общие правила. Мне очень нравится выражение, которое я придумал сам, но моя жена услышала эту же фразу на семинаре крупного американского психотерапевта Дона Брандта. Вот это выражение: «Коммуникация с пациентом есть ходьба по минному полю». Я бы еще добавил, что это совместная ходьба, потому что, если я подрываюсь на противопехотной mine, я подрываю и своего пациента, ведь тогда он теряет своего врача. Врач может сделать один неверный жест, сказать одно неосторожное слово, произнести одно неудачное выражение – и это способно вызвать к нему недоверие. Не стоит забывать еще и о том, что наши пациенты слышат то, что хотят услышать, а не то, что мы говорим. Помните, я вам цитировал закон Мерфи в медицине? Вспоминаете высказывание, что никогда ни один пациент не воспроизведет вас правильно? Я иногда слышу от своих больных какие-то странные фразы, а потом они добавляют, что это я им говорил. Я тогда думаю, что я в это время был в говорящей коме, или у меня случилось временное полное безумие, или мой пациент что-то перепутал, потому что такую ахинею сказать нельзя, да и не моя это стилистика. Поэтому каждое ваше слово должно быть взвешено, чтобы его не истолковали неправильно.

Ваши трудные пациенты – больные, которые находятся в реанимации, испытывают сильный болевой синдром, плохое физическое состояние, им трудно разговаривать. Это также больные, которые негативно относятся к врачу. Не думайте, что вам все понятно. Например, у больного может быть сильный болевой синдром, но трудность коммуникации заключается не в болевом синдроме, а в том, что вы задали пациенту два лишних вопроса,

которые вызвали у него агрессию и раздражение. Да, ему плохо, да, у него сильные боли, да, он находится в реанимационном отделении. А его спрашивают о том, какие инфекции он перенес в детстве. И если вы после этого получите ответ «иди ты к такой-то маме», то не удивляйтесь. Вполне очевидно, что для этого человека сейчас не важен ваш профессиональный ритуал и не важна последовательность сбора сведений для заполнения истории болезни. Вы спрашиваете меня о ситуациях, когда соблюдение ритуала является необходимым? Например, вопрос о наличии медицинской страховки, если вы поступаете в американскую клинику. Если страховки нет, пациента отвезут в ту больницу, которая принимает граждан без страховки. Такой вопрос, хотя и является частью ритуала, не воспринимается пациентом в качестве формального.

Попытайтесь определить достоверные признаки негативного отношения к вам. Можем мы ошибаться в том, что пациент негативно к нам относится? Можем, и вот вам пример. У меня давние дружеские отношения с одним человеком. Мы много раз делами доказывали друг другу искренность наших отношений. У меня сейчас есть основания считать, что этому человеку сказали про меня гадость, и я даже знаю, кто это мог сделать. И вот этот человек долго мне не пишет... Я понимаю, что сейчас он относится ко мне негативно. И я могу написать ему письмо, в котором спрошу его о причинах такого отношения. А он ответит, что у него умер отец, а он не хотел мне об этом рассказывать, зная, что у меня есть свои проблемы. Может такое случиться? Может! Помните психотерапевтический анекдот, когда встречаются два психотерапевта на съезде, один подходит к другому, бьет его по лицу, а тот встает и говорит: «Боже, какие у него проблемы!» Тот, кого ударили, подумал о проблемах этого человека, а не о том, что тот его ударил, он не захотел считать это агрессией.

Вот вы спросили меня о том, как я распознаю отношение ко мне пациентов. Я задаю им вопрос о том, какие чувства они испытывали, когда шли на консультацию, и какие чувства испытывают после консультации. Я слышу разные ответы. Как вы думаете, больные всегда будут утверждать, что им стало гораздо легче жить после встречи с вами? Наверное, только от встречи с Господом Богом всегда легко. Поэтому я слышу чаще такие ответы: «У меня появилось больше вопросов. У меня появилось

огорчение. Я думал, что моя болезнь может быть вылечена через две недели, а вы сказали, что мне придется принимать лекарство около года». Поэтому выясняйте, а действительно ли вы правильно поняли, что к вам негативно относятся. А, может быть, никакой негативной реакции нет. Просто ему вообще плохо. Вот болит что-то сильно, плохое настроение, рядом умер пациент из его палаты. Причин очень много. Дочь вышла замуж. Вы тут ни при чем. Выясняйте. Это полное ваше право. Может быть, это вы его боитесь. И у вас есть негативные чувства, и вы их перенесли на него. Были у вас случаи, когда вы кому-то задавали вопрос: «А за что ты на меня сердишься?» А если быть до конца откровенным, то это вы на него сердитесь. И приписали ему те чувства, которые вы сами испытываете.

Наиболее достоверный признак негативного отношения – вербальная агрессия: «Я у вас, доктор, лечиться не хочу» или «Мне не нравится ваше назначение. Я могу поговорить с заведующим отделением, чтобы мне поменяли врача?» Менее достоверный признак – невербальная агрессия (это поза, мимика жесты). Читать позу и мимику непросто. Нужно быть очень изощренным профессионалом, чтобы научиться такому чтению, или же это должна быть очень выраженная поза: например, поза сгибателей при депрессии или непрерывное шевеление руками, ерзание в кресле, перебирание чего-то – при тревоге. Далеко не всегда невербальные признаки так очевидны. Однако если вы научитесь читать невербальные признаки, это может оказаться гораздо более информативным, чем слова. Приведем пример. Вот вы, уважаемая коллега, – врач, я – пациент. Скажите, как бы вы прочитали эти мои движения? Да, верно, это стремление к отказу от общения. Я (пациент) отодвинулся. А вы как врач можете спросить: «Вы что, не хотите со мной разговаривать?» И пациент ответит: «Нет, доктор, просто мне так удобно, я вас лучше вижу». А как вы узнаете, что он действительно не хочет с вами общаться? Скажите, что я должен сделать, чтобы подтвердить, что я не хочу с ней общаться? Правильно, я еще дальше отодвинусь, а потом еще больше увеличу дистанцию между нами. И вот теперь уже никаких угадаек. Все ясно – человеку неприятно с вами общаться. Но мы пока не знаем причины. Мы можем констатировать только один факт, что наш пациент стремится к разобщению. Причин тому может быть легион: пациент недоволен вами, он хочет иметь

другого врача; вы надушились какими-то агрессивными духами, а он плохо переносит запах, но сказать неудобно; да мало ли что может быть! Я сказал как-то одной своей пациентке: «Если ты надушишься еще раз этой сексуальной дрянью, я не пушу тебя на беседу, у меня начинается истерическая одышка». Человек может испытывать индивидуальную неприязнь. Я, например, могу понимать людей, которые не переносят запах табака, и они от меня могут отодвигаться. Но, друзья, не стоит относить все возникающие трудности коммуникации с пациентом только на свой счет. В общении участвует еще и другой человек – об этом тоже не стоит забывать. Наш с вами пациент может быть застенчив. Например, ему кажется, что у него изо рта неприятный запах. Может у пациента с печеночными расстройствами быть резкий запах? Может мужчина или женщина стесняться этого? Да, может. И именно стеснение, а не агрессия отодвигает его от вас. Или – мужчина забыл застегнуть брюки. При враче делать это неудобно, он полагает, что если примет какую-то более закрытую позу, то доктор не заметит. Мы оказываемся в ситуации, которая называется «угадайка», а в ней работать нельзя. Если вы второй раз общаетесь с пациентом и повторяется то же самое поведение, задайте простой вопрос: «Скажите, вот в первый раз, когда я беседовал с вами, вы несколько раз отодвинули свое кресло. И сейчас вы тоже отодвигаете свое кресло. Скажите мне, почему?» Вы можете предложить варианты выбора. Например: «Я вызываю у вас какие-то неприятные чувства?», «Вы меня боитесь?», «Я вам неприятен?» Если поведение пациента в этот раз отличается от предыдущего, спросите его о причинах. Если получите ответ: «Вы знаете, доктор, у меня тогда туалет был не в порядке», – не удивляйтесь. Это веская причина. Все разъяснилось, а мы ему уже приписали, что он нас не любит, что он агрессивен. Поэтому, отслеживая невербальное поведение пациента (мимику, позу, наклон тела), мы не всегда можем определить причину напряженных отношений, а способны только установить факт их наличия. Причиной напряжения между врачом и пациентом может быть разница в возрасте или расовый предрассудок. Совместно с пациентом найдите возможность решить возникшую проблему или хотя бы уменьшить ее выраженность. Например, если он скажет: «Я не доверяю молодым врачам», задайте ему вопрос: «А почему не доверяете? У вас уже был опыт, когда вы получали лечение и оно оказалось

неудачным из-за того, что врач был молод?» Вы можете также сказать, что помимо вас в этом отделении есть консультант, который обязательно будет контролировать вашу работу. Или же он говорит: «Знаете, мне бы врача мужчину, мне перед женщиной неудобно». И вы объясняете, почему использовать понятие «неудобно» в больничной палате не стоит, так как это не скамейка у черемухи или под березкой. Вы можете проработать несколько вариантов, чтобы уменьшить эти неудобства. «Знаете, я тогда буду с вами подольше работать и чаще к вам приходить, чтобы компенсировать тем самым свой небольшой стаж». Не порицайте старых врачей, не говорите, что у них вместо мозгов – труха. Есть целый ряд вариантов, как эту проблему решить.

Но есть неразрешимые проблемы. Есть люди, которые говорят о том, что они не могут быть откровенными с женщинами, хоть убейте. Тогда вы ему скажете: «Ну что ж делать, дружище, вам не повезло в этой жизни, у нас в отделении нет мужчин». Подумайте, не стоит ли за недоверием к вам какой-то иной феномен, например тревога. Возможно, пациент испытывает тревогу – не агрессию, а тревогу. Я твердо убежден, что, за исключением психотерапевтов, присутствующих здесь, ни один из вас весь набор этих советов при работе с человеком, которого вы считали агрессивным, не использовал.

Очень важно во время общения с пациентом четко формулировать свои цели. Возьмем того же самого реанимационного больного – нужно ли мне собирать у него весь анамнез? Ясно, что нет. Но если вы предполагаете, что у этого человека есть признаки промышленной интоксикации, задайте вопрос о том, с какими вредными веществами ему приходится работать на производстве. Начиная общаться с пациентом, всегда четко формулируйте цель встречи, ставьте перед собой вопрос: что я хочу на сегодня получить? Если у вас на этого пациента сегодня двадцать минут, то вы не можете его попросить рассказать историю жизни, ведь через двадцать минут вы уйдете, сказав, что остальное он расскажет завтра. А вдруг завтра он уже не захочет с вами общаться, потому что ему неважно, сколько раз он был женат, неважно, сколько лет он учился в школе, так как в его картине мира это не имеет отношения к его болезни. Отложите на время вопросы, которые к страданию этого человека не имеют непосредственного отношения. Да, у вас есть определенный стандарт, согласно которому вы

заполняете историю болезни, но этот стандарт не является абсолютным правилом, никто вас не убьет за то, что вы не запишите все во время первой встречи с пациентом. Невозможно в первый же день собрать всю информацию о больном. Определите, что именно в сегодняшней коммуникации для вас наиболее важно, а когда вы станете задавать свои вопросы, то по ответам пациента поймете, что важно для него. Я вам открою один секрет: для наших пациентов важно одно – установить причинно-следственные связи. Например: «Я заболел, потому что съел что-то не то». Наш пациент ориентирован не на рассказ о том, что болит, а на то, от чего болит. Исключений нет. Даже травматологу рассказывают о том, как разлили гель, кто виноват и что надо было делать, чтобы предотвратить травму. Мы устроены так, что хотим жить в причинно-следственном мире. Так проще и понятнее. Заболевший хочет, чтобы врачу стало ясно, от чего он заболел, забывая при этом, что для врача важнее всего симптомы болезни. Наличие одного лишь симптома, для пациента неважного, но для вас принципиально важного, может изменить весь диагноз. Я считаю, что «синица в руках лучше, чем журавль в небе». Это я говорю специально для молодых специалистов, присутствующих здесь: не пытайтесь за один день понять все, лучше сосредоточьтесь на самом главном. А самое главное, на мой взгляд, заключается в следующем: старайтесь получить набор симптомов путем спонтанного рассказа и вашего целенаправленного расспроса и, что также ценно, определить отношение пациента к этим симптомам. Чрезмерный страх может перейти и в наплевательское отношение к своей болезни (наверняка кто-то из вас с такими больными сталкивался). Мы с вами являемся пока еще представителями советской культуры и долго таковыми останемся. Советский человек привык так: чем хуже, тем лучше. А, плевать! Он может в час ночи есть сало с луком, хотя доктор предупреждал, что там холестерин и это вредно. Советский человек знает, что он неправильно ел последние двадцать лет, и, осознавая это, убирает свое чувство вины парадоксальным и совершенно неприемлемым для западного человека способом: опять делает то, что делать нельзя: «поем-ка я еще раз сало».

Понимание эмоциональной реакции пациента на болезнь способно оказать неоценимую помощь в налаживании контакта. Я люблю рассказывать о личном опыте – то, что ты сам пере-

жил, обычно очень хорошо запоминается, да и шутить над собой проще, чем над другими. У меня когда-то давно была серьезная проблема с сосудами, и тут пришел мой ученик, который классно психотерапевтически работал с больными. Он пришел, а у меня строгий постельный режим. Веселый молодой человек, с улыбкой до ушей. «Что, решили похалаявить?» А от меня только что уехала бригада четвертого главного управления, которые, приехав, сказали мне: «Ну что, Валерий Владимирович, собирайтесь». – «Куда?» – «Туда». – «Не поеду». – «Нет, поедем». Заходят два мужика с носилками в халатах. «Куда поедем?» – «К нам в стационар». – «Зачем? Все, что надо, я получаю дома». – «Валерий Владимирович, я не могу, главный врач сказал. У нас и так два смертных случая в больнице, не хватало, чтобы еще и профессор загнулся. Он мне сказал без вас не приезжать. А вдруг тромб оторвется, тогда что будет!» Я говорю: «Помру». – «О, а у нас реанимация». Я снова: «Не поеду!». – «Ну, тогда пишите». – «Что писать? Давай я позвоню главному врачу и скажу, что вы сделали все, что нужно». Когда эта страшноватая компания отбыла, заходит мой веселый ученик вот с такой улыбкой. Я на него смотрю и убеждаюсь, что они меня уже все похоронили. Начинаю злиться. Потом понял, что он так улыбался от смущения. Не знал, как разговаривать с учителем. Он знал, как разговаривать с простыми больными, но представления не имел, как вести себя со мной. Я для него в это время был слишком трудным больным. Не в диагностическом плане – здесь как раз все было предельно ясно. В коммуникативном. Когда вы сталкиваетесь со сложным случаем, подумайте: в чем я сейчас могу быть неестественным? Вот приду я к вам на прием и попрошу меня обследовать. Вы, доктор, смущаться будете? Вдруг вы не так что скажете, вдруг неправильно диагноз поставите, а я – пациент – смотрю на вас и оцениваю.

Так что определите, что вы можете сделать. Скажите, что сейчас у вас нет времени расспрашивать обо всем, давайте мы договоримся: я все, что вас интересует, расскажу в течение последующих нескольких дней, но на сегодня самое важное для меня – это знать все проявления вашей болезни. Вот это та самая синица в ваших руках, которая дороже журавля в небе. Думайте о трудностях пациента, а не о своих проблемах. Это вы каждый день сюда приходите, это для вас стало простым и естествен-

ным делом зайти в отделение, а для любого человека на земле оказаться даже не в реанимации, а в кардиологическом отделении – вещь экстремальная. Думайте об этих трудностях. Думайте о тех людях, которые даже не знают больничного распорядка дня. Я вспоминаю, как на третьем курсе мне сгоряча поставили диагноз – столбняк. Всю ночь я лежал сам по себе; естественно, пижаму мне не выдали (на кой черт ему пижама, если завтра он дуба даст?!). Мне выдали нижнее белье, но все без пуговиц – кальсоны и рубашечка смертная. Всю ночь меня долбили какой-то сывороткой и говорили: «Вот жалко, такой молодой. Не пожил, не пожил, не пожил». Я как-то смирился с судьбой: ну не пожил и ладно. Но поскольку я из врачебной семьи, то моя сестра подняла всех на ноги, прибежал утром профессор и говорит: «Ну что, гад, симулируешь столбняк?» У меня тогда был просто холодовой спазм в сочетании с грязной раной на руке. Он сказал, чтобы я полежал еще денек, что сделают еще пару анализов, чтобы удостовериться в том, что все в порядке. Ну, и я пошел гулять. Я же не знал, как ходят в больницах, может, в стационарах положено гулять в кальсонах без пуговиц. Идет старшая медсестра и говорит: «Ну что за безобразие!» А мне тогда было не до пижамы. Это было время, когда мы только что с хлопка вернулись и, может быть, всего два-три занятия у нас в клинике было, я и не обратил внимания, что люди в пижамах ходят. Ну, не хватило для меня пижамы. Ну, завтра дадут. Зачем я вам все это рассказываю? Вы должны понять, что ситуация пребывания в больнице может человека сделать как бы слабоумным. Вы можете сорваться на него, нагрубить ему, потому что он таких очевидных для нас с вами вещей не знает. Не сердитесь! В нормальных больницах больной до поступления проходит инструктаж. В наших – не всегда.

В общении мелочей не бывает. Как вы думаете, в зубах поковыряться – это плохо? Да нет, ну подумаешь, ну застряло что-то. Но если я увижу это, я не пойду к такому врачу. Еще раз напоминаю вам, что коммуникация – это как ходьба по минному полю. Мы можем забыться и, не имея носового платка, использовать силу своих легких. И какой-то пациент скажет: «Я к такому врачу не пойду – его не научили платком пользоваться». Я хочу вдолбить в вас одну простую вещь: коммуникация – вещь настолько деликатная, настолько трудная, что в ней мелочей не бывает. Трудности могут быть обусловлены языковыми или половыми различия-

ми. Легко ли молодому мужчине рассказать красивой женщине, своему врачу, скажем, о геморрое? Не очень. Помогите ему в этом. Знаете, когда врач обследует пациента, то временами становится бесполом. Вы можете сказать своему пациенту: «Не рассматривайте меня как молодую женщину. Я знаю, у вас бывают кровотечения из прямой кишки, давайте об этом спокойно поговорим, потому что я – врач и обязана об этом знать, чтобы вам помочь».

Я вам так легко об этом рассказываю, но вспоминаю сейчас, как не смог убедить одного моего пациента с выпадением прямой кишки показаться хирургу. Хотя это был мужчина и отправлял я его к мужчине. А пациент так стыдился этого, что мне пришлось прибегнуть к хитрости, чтобы заставить его показаться проктологу. Не снижайте в этих случаях свою самооценку, тогда вы не будете испытывать агрессии к пациенту.

Бывали ли у меня пациенты, к которым я испытывал агрессию? Конечно, да. Противные больные есть у каждого врача. Я встречал людей неделикатных, хамски разнузданных и грубых, предъявляющих такие формы поведения, что даже болезнь не могла их оправдать. Вы киваете головой... Вы тоже с этим сталкивались? Помните, как трудно было диссоциироваться от личности пациента и воспринимать его просто как больного? У меня были и другие случаи – приходилось работать со своей агрессией к тем пациентам, которым я не мог поставить диагноз. Тогда это агрессия на себя, которая переносится на своего больного. Если вы в этих случаях испытываете агрессию, осознайте: вы сейчас на себя злитесь, это неразумно. Подумайте, посмотрите умные книжки, посоветуйтесь с авторитетными коллегами – и, помните, я вам говорил: признайте свое право на ошибку, обратитесь к тому, кто умнее вас.

Другая категория моих трудных пациентов – это те, которые никак не хотят поправляться. А так хочется, чтобы он пошел на поправку, а ему не лучше... Естественно, сначала возникает чувство вины, но долго с чувством вины ходить ни один из нас не хочет, и у нас возникает защитная реакция – агрессия. Мы пытаемся найти причины отсутствия эффекта и находим, причем не в нашем лечении, а в личности пациента. Все, что я вам сейчас тут говорю, предназначено не для того, чтобы сделать вас равнодушными к неудаче. Напротив, всегда ищите ее причину.

И еще одна важная вещь: не притворяйтесь. Я хорошо помню служащую Амстердамского аэропорта, которой я очень сочувствовал, но помочь ничем не мог. Я попросил ее дать мне кресло для курящих пассажиров, но она дала мне кресло для некурящих. Я пошел ей компостировать мозги. И ей пришлось весь компьютер перелопатить, чтобы всем поменять места. При этом у нее была приятная улыбка, но в глазах я прочел себе смертный приговор. Она не могла мне ничего ответить, у них там безработица, она вынуждена была притворяться и демонстрировать радушие. Я ее очень жалел тогда и думал, что есть ситуации, когда непритворное равнодушие гораздо лучше, чем притворная любовь.

Наши пациенты – очень неглупые люди, очень чуткие. Словами «золотко», «золотой мой» вы уважение пациента не купите. Вы можете позволить себе иногда рассердиться на пациента, сказать «Я вами недоволен», и объяснить, почему недоволен, вы можете рассказать о своих чувствах. Пару раз я говорил своим больным о том, что какие-то их убеждения, не связанные с болезнью, мне отвратительны (например, это были идеи фашизма, который я ненавижу). Я сказал тогда: «Я не собираюсь перед тобой притворяться, что мне нравится фашизм. И когда ты говоришь, что все русские – свиньи, а немцы – великие люди, то я хочу тебе напомнить о том, что тех, кто так говорил в сорок первом, потом повесили. Тебя, к сожалению, нет. С этого дня я не твой лечащий врач». Иногда встречаются ситуации, когда врач может проявить свою личную позицию. Но если я на судебно-психиатрической экспертизе обследую насильника, который изнасиловал и убил девочку, я не имею права проявлять к нему агрессию до тех пор, пока не решен вопрос о том, здоров он или болен. Но есть ситуации, когда мы вправе высказать свою точку зрения, быть открытыми и искренними. Ведь мы с вами не являемся великими актерами, нас порой легко прочитать, распознать фальшь и преувеличенное дружелюбие.

Я понимаю, как трудно быть дружелюбным и естественным с тяжелым пациентом. Настройтесь на работу с таким больным. Но когда уже подошли к нему, четко скажите, что вы понимаете, как ему сейчас тяжело и, возможно, трудно беседовать с вами. Однако есть вопросы, которые вы обязаны задать, чтобы ему помочь. При этом у вас должно быть два-три вопроса, не больше, которые помогут вам прояснить диагноз. Если вам все понятно,

то вопросы вообще не нужны. Просто выразите свое сочувствие и скажите, что сделаете все, чтобы помочь пациенту. Все, одна фраза.

Сейчас я сделаю несколько манипуляций, вы испытаете боль, но не очень сильную. Но если это очевидный случай и ваши вопросы не изменят ни диагноза, ни терапии, то их и не нужно задавать, потому что перед нами человек, который умирает. Или ему очень плохо, и он думает, что умирает. А мы задаем вопрос, который ему кажется просто варварским, безобразным, потому что он, на его взгляд, совершенно не нужен. Например, если вы человеку, который дышит так, как я сейчас показал, зададите вопрос: «Вам трудно сейчас говорить?» Это очевидно, и ничего, кроме усталой агрессии, вы в ответ не получите. Предложите ему лучше кивнуть вместо ответа и объясните, что это важно. Помните общее правило: не притворяйтесь, не играйте. Ведь на самом-то деле за этим расспросом стоит другое ваше желание – желание заполнить историю болезни. Это не означает, что я даю вам право на «халяву», предполагая, что у любого тяжелого больного можно ничего не спрашивать. А если он сам хочет рассказать, если он рвется на эту беседу? Иногда умирающие люди в состоянии агонии пытаются что-то сказать, и не только своим близким, но и врачу, потому что надежда у человека всегда есть. Только при тяжелой депрессии ее нет, а в остальных случаях она сохраняется. Не рассуждайте о смысле жизни с таким пациентом, но и не смотрите в потолок; не будьте веселы рядом с ним, но и не рыдайте; будьте деловиты, сосредоточенны и доброжелательны. Вот где одиночество, так это в таких случаях. И, может быть, самое главное, что вы сможете, – это записать в стандартную историю как дополнение: вам удалось добиться снятия у пациента агрессии или тревоги. И это, может быть, станет самым большим вашим достижением, потому что и то и другое резко ухудшает любое соматическое состояние человека. Согласитесь, очень часто больные сердятся на нас и становятся агрессивными, потому что понимают, что это нужно нам для какой-то отчетности, а отнюдь не для того, чтобы их вылечить. И часто они бывают правы...

А сейчас я хочу поделиться с вами вот какой идеей: «трудными» пациентов делают порой сами врачи. Представьте себе гипотетическую ситуацию – такого быть не может, я преувеличиваю, но проблема вам станет ясной. Например, женщину обидел муж,

и в этот момент она ненавидит всех мужчин. Для того чтобы извести все это гадючье семя, она назначает своим пациентам мужского пола по 80 мг атенолола в день, но на рецепте пишет по 25 мг два раза в день. Мне приходилось видеть врачей, которые решали свои проблемы за счет пациентов. Более того, психоаналитики считают, что ни один из нас не может пройти мимо этой проблемы. Поэтому настоящий врач, прежде чем получить диплом, должен поработать со своими проблемами. Если ты признал важность коммуникации, готов к изменениям профессионального и личностного роста, тогда работа врача для тебя – творчество. Во всех остальных случаях – нет. Это может быть слишком категорично, слишком утрированно, но это моя точка зрения.

Я много могу говорить о важности коммуникативных навыков, но давайте разберем возможные трудности коммуникации на примере ролевой игры. Я буду пациентом, страдающим, к примеру, артериальной гипертензией. Кто хочет быть доктором? Вы? Вперед!

Даю вводную: мне за 60 лет, я работаю, работа мне нравится, она достаточно ответственная – работа с людьми, иногда бывает много сложностей, рабочий день не нормирован, время определяется объемом работы, я женат, мы живем вдвоем с женой, наши дети живут в других странах.

Доктор (далее Д.): Ваши жалобы?

Валерий Владимирович, играющий пациента (далее – **В.В.**): В последнее время я замечаю следующие вещи: иногда, даже не пойму отчего, хотя это можно связать с погодой, у меня начинает болеть голова, я измеряю давление, давление невысокое (140 на 90), но голова болит. Я стал замечать, что если у меня болит в этой области (показывает), то принимаю атенолол, но пока заметного улучшения не вижу. А иногда мне становится легко, я становлюсь веселым, но одновременно у меня появляется какой-то дискомфорт в голове, я иду измерять давление, и оно оказывается 170–180.

Д.: Как часто это бывает?

В.В.: Не часто. Просто не всегда есть возможность измерить давление.

Д.: Какое у вас рабочее давление?

В.В.: Когда я был молодым, лет до сорока, у меня всегда было пониженное давление.

Д.: Каким было самое низкое давление?

В.В.: Самое низкое было 70 на 40, когда я был студентом и работал на практике в Кызыл-Кия; там очень жарко, и я вдруг заметил, что нет никаких сил. (А обычным было 90 на 60).

Д.: Что тогда случилось, какие жизненные события произошли?

В.В.: Я много работал, часов по 12. Работа была интеллектуальной, мало двигался, мало ел. Трагических событий не было. Как и во всякой интеллектуальной работе, случались и успехи, и неудачи. Но серьезных жизненных событий не произошло.

Д.: Какие у вас были чувства при изменении давления?

В.В.: Никакой особой тревоги или напряжения это не вызывало. Я считал, что с возрастом у всех людей должно быть повышение. Но я посчитал, что раз это происходит постоянно, надо идти к врачу.

Д.: Как часто Вы обращались к врачам?

В.В.: К врачам я обращался очень редко. Лежал в хирургическом отделении по поводу аппендицита, обращался к травматологу по поводу перелома: один раз – руки, другой раз – ноги.

Д.: Алкоголь употребляете?

В.В.: Последние годы нет. Иногда позволяю себе выпить кружку пива или хорошее сухое вино.

Д.: В вашей семье были случаи заболевания гипертонической болезнью?

В.В.: Да, у меня мама болела гипертонической болезнью.

Д.: Страдали ли Вы заболеваниями почек?

В.В.: Со стороны почек все в порядке, у меня неважный желчный пузырь, я легко реагирую на жирное, крепкий алкоголь, пиво... Иногда болит в правом подреберье, но это бывает в период серьезных стрессов.

Д.: В период серьезных стрессов вы замечаете подъем давления?

В.В.: Может, оно и поднимается, я его просто не измеряю. Я измеряю давление, если у меня появляется боль. Когда врач назначил мне атенолол, он сказал, что нужно регулярно измерять давление.

Д.: Что еще Вы можете рассказать о своем здоровье?

В.В.: Я уже лет 15 как стал пользоваться очками. Сначала мне было трудно читать рукописный текст. А сейчас я читаю только с очками.

Д.: Делали ли вы анализ сахара крови, холестерина?

В.В.: Здесь все нормально. Знаете, я выйду сейчас из игры — мы зашли в тупик. Если врач не знает, что делать с больным, он отправляет его на как можно большее количество анализов. Исследование должно ошеломить пациента. Если вы жалуетесь на головную боль, а вас направляют к проктологу, то пациент должен прийти в такое изумление и уважение к врачу, что после этого контакт обеспечен.

Давайте разберем продемонстрированное взаимодействие. Может считаться этот пациент трудным? Да, может. И я благодарен своему партнеру по коммуникации за ее терпение и вежливый расспрос. Скажите, коллега, какой вопрос крутился у Вас в голове все то время, пока Вы со мной возились? Правильно — почему этот пациент сейчас рядом со мной, если диагноз ему установлен, лечение назначено и состояние удовлетворительное? А почему не спросили? Неудобно? Давайте вместе подумаем, как вести себя в подобных ситуациях.

Первое, о чем я бы спросил: «Вот вы уже более трех лет ходите по врачам, обследуетесь. Как часто вы посещаете врача? В какие моменты? Что заставило Вас обратиться именно сейчас?» Если бы мой пациент затруднился с ответом, я бы предложил ему несколько возможных вариантов: стало хуже; подошло время, назначенное врачом для посещения; и, наконец, назначенный врачом препарат ничего не поменял в его жизни. Этот препарат создает ему трудности экономического характера, он должен бегать по городу в поисках не украинского и не российского, а итальянского или английского препарата, что затрудняет жизнь. Он пришел с недоумением и беспокойством по поводу неэффективности моей терапии. Ничего в его жизни после не изменилось. Вот ответ на вопрос, почему мы с ним встретились. Его проблема: «Доктор, может быть, мне нужны другие дозы препарата или вообще другой препарат?»

Запомните, друзья, что очень важно узнавать мотивацию появления пациента на приеме. Дальше я бы спросил: «А вот когда у вас поднимается давление, у вас болит сердце, вы пьете лекарство, но боли все равно продолжают, как вы себя ведете? Вас не беспокоит, что ваши коллеги не всегда могут вас воспринять адекватно?» Такой вопрос вполне уместен. И еще я бы спросил: «Скажите, а чем вы увлекаетесь, кроме работы? Вы сказали, что

хотите и дальше работать и что она вам нравится. Вы не боитесь, что ваша болезнь может помешать вам через год-два?» И вот тут он бы ответил: «Боюсь». И вот это главная причина его прихода к вам. Мне хвалили этот препарат, но мне он не помогает, и я могу потерять то, что для меня самое главное – работу». Наконец, третий вопрос, который бы я обязательно задал: «Что радует вас в вашей жизни и что печалит?» Можно о таком спрашивать? Нет. Почему? Что здесь запретного? Почему же тогда пациенты мне отвечают? Вы можете проследить это. Позиция, которая была занята вашей коллегой, обозначала следующее: ничего, кроме твоего тела, меня не интересует. На самом же деле к нам приходят не только с телесными проблемами, поймите это. Поэтому ваша небрежная поза, разговор... разрушает этот заказ. Мы приходим к своим врачам, преодолевая одиночество этой жизни, потому что когда я болен, я с болезнью один на один. Даже если у меня любящая жена и дочь, которая звонит каждые три дня и спрашивает меня о здоровье. Все равно умирать буду я один. И смерть – это всегда одиночество, и болезнь – это всегда одиночество. И к нам с вами (не важно, психиатр вы, гинеколог, кардиолог) приходят из-за одной проблемы – проблемы преодоления одиночества, помощи в ситуации, когда ты оказываешься один на один с болезнью. Как бы вас не любила мама, муж, друг, как бы вас не любили ваши дети, они не могут прожить вашу жизнь; они не могут изменить ваш сосудодвигательный центр. Единственное, что они могут сделать – это дать деньги вам на лекарство, найти самого квалифицированного врача, чтобы он вам помог. Но все равно даже сильно родные люди не способны серьезно вмешаться в эту ситуацию. И ваш пациент всегда один на один с болезнью, и только вы можете и должны помочь ему преодолеть это одиночество, потому что вы воспринимаетесь им как эксперт по его проблеме. Потому что только вы можете заменить одно лекарство на другое, только вы в состоянии сделать так, чтобы мои подъемы давления стали реже и я меньше стал беспокоиться о том, останусь ли я на работе или нет. Вам будут отвечать на эти вопросы, когда вы станете их задавать. Повесьте себе на дверь кабинета табличку «чистый кардиолог», тогда вы увидите иную систему взаимоотношений с пациентом. Нельзя разговаривать с пациентом через вопросы, которые касаются только того, как реагирует его тело. Я вышел бы из такого кабинета не раздраженным, не злым, а с

ощущением полной бессмысленности своего прихода. Так частного клиента не зарабатывают, а я учу вас обращению с частной клиентурой, потому что на нашу государственную зарплату не проживешь. Я зарабатываю деньги тем, что учу, и от того, как я вас научу, зависит мой заработок. Всем понятны ошибки «моего врача»?

А теперь давайте разберем мои ошибки в данной коммуникации. Для меня это значимо, потому что когда ты неправильно что-то делаешь и пытаешься перенести ответственность на другого человека, то человек этот рано или поздно должен взять на себя эту ответственность. А второе, что для меня важно, – это постоянная учеба на собственном опыте, которую вы сейчас наблюдали. В чем заключалась моя ошибка? Она состояла в очень типичной позиции врача и вообще человека. Дело в том, что коммуникация «врач – пациент» – это всего лишь часть общечеловеческого общения. И все ошибки, которые происходят в общечеловеческом общении, происходят в общении профессиональном. Вначале я выступал в качестве пациента, а потом – в качестве комментатора. В качестве пациента я мог позволить себе все, что угодно, но был достаточно вежливым. А вот как комментатор я допустил ряд серьезных ошибок. Первая ошибка, которая присуща всем нам, – это когда мы бессознательно чувствуем какие-то свои огрехи, то начинаем искать их не в себе, а в своем собеседнике. Главной моей претензией к доктору было одно: вы рассуждаете как «чистый» кардиолог. А я не хочу, чтобы вы рассуждали как кардиолог, а хочу, чтобы вы рассматривали пациента целостно. На самом же деле, показывая ей ошибки в расспросе, я рассуждал с позиции не просто врача, а психиатра, который снисходительно указывает своей ученице на что-то, что она не знает. Хотя в то же время я был столь же невежествен в тех вопросах, в которых она компетентна как специалист. Вторая моя ошибка заключается в том, что наш разговор изначально был неравноправным, неравноправным было и наше ролевое взаимодействие. Это был разговор майора с генералом. А на генерала майору гавкать не положено. А генералу на майора положено. Так же в точности мы рядом с нашим пациентом часто ведем себя как генерал с рядовым. Лучше всего учить людей не на их ошибках, а на своих собственных: может быть, это предотвратит и их от повторения ошибок.

Давайте вспомним свой третий курс. У меня это самое страшное, что происходило в моей студенческой жизни. Приходишь в палату, ассистент дает задание идти вот к этому больному. Спрашиваешь, как зовут, сколько лет, когда поступил, на что жалуетесь. Дальше забываешь, что спросить. Я помню одного ехидного старика, который спросил меня: «Ну что, молодой доктор, попался?» – «В каком смысле?» – «Вот ты меня уже постучал, послушал, при этом у тебя был такой умный вид...» Тут я честно сказал, что вид умный был у меня потому, что я ничего не понял. Дальше он говорит: «Ну, давай поговорим, как ты учишься, кто у тебя в семье?» Получилось, что не я, а он мне задавал вопросы. Потом я стал приходить к нему, разговаривать о жизни, но спрашивал меня он, а не я его – видимо, ему было скучно.

Вы вспомнили свой третий курс? Какие бы новые технологии не создало человечество, какие бы замечательные методы исследования не появились в кардиологии, я хочу, чтобы вы осознали: ваша личность, ваше отношение к больному не как к объекту медицинского исследования, а как к человеку будет всегда перевешивать ваши диагностические возможности. Поверьте, что за 40 лет своей работы и наблюдений за работой других врачей я убеждаюсь в этом все больше и больше. Вы полагали, что пациент не будет отвечать вам на те вопросы, которые кардиолог обычно не задает, а задает психиатр. Это глубоко ошибочная идея, и я рекомендую вам завтра же начать задавать данные вопросы своим пациентам – проверьте, как это работает. Вот вопросы, которые можно и нужно задавать: «Как вы реагируете на симптом?», «Часто ли у вас бывает какое-то волнение?», «Возникает ли у вас чувство страха?», «Что нового принесла в вашу жизнь болезнь, как она ее изменила?». Эти вопросы абсолютно нормально будут восприниматься вашими пациентами. Это отнюдь не вторжение в запретные зоны жизни, а вполне нормальный подход.

Вы утверждали, что только психиатру это могут рассказать. Но вы ошибаетесь по одной простой причине: каждый из нас, став пациентом, хочет иметь рядом с собой врача, но в первую очередь – человека. Поэтому, когда пациента воспринимают как человека, а не как объект медицинского наблюдения, вы вряд ли в этом случае натолкнетесь на агрессию с его стороны.

Начните задавать новые для себя вопросы, уже буквально с завтрашнего дня. Выберите одного человека и поговорите с ним о

том, что привнесла болезнь в его жизнь, что – в жизнь близких ему людей. Постарайтесь начать новую жизнь. Вначале вы это будете делать неумело, иногда ошибаться. Давайте вместе обсуждать эти трудности, рассказывать друг другу о своих успехах, а также о провалах и неудачах. Я задал «такой вопрос» и получил «такой ответ». Почему, как вам думается, я получил «такой ответ»?

В общении не бывает мелочей. Будьте естественными. Я надеюсь, что вы не очень обидчивые люди, поэтому могу сейчас применить довольно грубый прием. Я, например, могу сказать пациентке фразу: «Убери свою задницу» разным тоном: в одном случае я стану ее врагом, во втором – она будет приходить ко мне, если ей чуть меньше 97 лет. Если ты хочешь, чтобы она была здорова, то даже ругательное слово может превратиться в мостик взаимодействия, если тебе действительно важна ее судьба. Иногда я говорю своим пациентам: «Приходите в следующий раз, потому что я сегодня здорово устал и все будет у меня мимо ушей пролетать. Сегодня я не вработаюсь. Не сердитесь, я же тоже могу уставать». Пациенты это нормально воспринимают. Обучение коммуникации «врач – пациент» обязательно для каждой врачебной профессии, за исключением, может быть, врача клинической лаборатории, да и это спорно...

Лекция №2. ДЕПРЕССИЯ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-КАРДИОЛОГА

Депрессия сейчас является чуть ли не самой модной темой, обсуждаемой в психиатрии и смежных с ней областях. На днях у меня был разговор с невропатологом, который мне заявил: «Валерий Владимирович, у нас проблема. Согласно мировой статистике, у 60% пациентов, перенесших инсульт, наблюдается депрессия. Аналогичная ситуация с инфарктом миокарда. А мы депрессию у наших пациентов не диагностируем». Перед самыми разными аудиториями я говорю о том, что в тех областях, где достоверно должны быть частые случаи тревожных и депрессивных расстройств, существует проблема их диагностики. Потому что нельзя рядом с каждым пациентом посадить психотерапевта – это слишком дорого. Подобное можно сделать только в дорогих частных клиниках, где всегда есть и психотерапевт, и пси-

холог. Выходом из сложившейся ситуации может стать создание мультидисциплинарных бригад. Депрессия – одна из тех мишеней, которая предназначена для работы мультидисциплинарной бригады.

Давайте попробуем разобраться в том, что такое депрессия. Существует, как минимум, три различных значения, которые скрываются за одним и тем же понятием. Во-первых, депрессия – сниженное, тоскливое, подавленное настроение. Помните у Пушкина: «... грусть-тоска меня съедает»? Так старые люди говорят. Им бы чуть-чуть побольше здоровья, любви и внимания близких, заботы со стороны государства, которое их использовало, а потом выбросило, выжав все, что только можно. А иногда и молоденькие девушки твердят ту же фразу, когда им хочется сказочного принца. Но сразу хочу сказать, что здесь возникает серьезная проблема языкового характера. В кыргызском языке нет слова, эквивалентного международному понятию «депрессия». В русском языке этот термин так прижился, что сейчас порой используется вместо понятия «тоска». Ко мне приходят пациенты, хорошо знающие русский, и говорят: «Я пришел к вам с депрессией». В восточных языках вообще редко встречается слово «тоска». Я уже приводил вам пример из японского языка. Тоска изображается двумя иероглифами: солнцем и облаком. Солнце за облаком... Подумайте, как это красиво!

Второе значение слова депрессия – это синдром, включающий ряд объединенных между собой симптомов. И третий вариант – это диагноз. В рамках Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) данный диагноз звучит как депрессивный эпизод. А в американской Классификации психических расстройств (DSM-IV) **та же совокупность признаков называется большой депрессией.**

Когда я читаю лекции семейным врачам, то при слове «депрессия» обычно слышу хор голосов, которые кричат: «У нас у всех депрессия!..», а потом начинают объяснять, почему они так сказали. В принципе, это достаточно серьезное основание для того, чтобы говорить о возможной этиологии депрессивного эпизода. Какие причины депрессивного эпизода можно обнаружить у наших семейных врачей? Это и низкий заработок, и тяжелая работа, и личная неустроенность (развод или отсутствие брака), с детьми не всегда все в порядке, муж выпивает. Когда мы на-

чинаем проводить скрупулезную диагностику психического состояния тем, кто заявлял о своей депрессии, то выясняется, что депрессии в клиническом смысле у них нет, а есть частые колебания настроения в сторону снижения. В этом зале, думаю, не найти ни одного человека, у которого было бы всегда одинаково ровное настроение. Часто мы говорим: «Как хорошо быть глупым. Глупые люди не задумываются над сложностью жизни, у них всегда хорошее настроение». Это грубая ошибка! Когда речь идет о действительно сниженном интеллекте – о ментальной ретардации, то расстройства, связанные со стрессом, встречаются у них в десять раз чаще, чем у здорового человека. На самом деле такие люди более чувствительны к стрессу, еще и потому у них не очень большая продолжительность жизни. Для всех людей характерны те или иные колебания настроения, но у кого-то периоды сниженного настроения отмечаются чаще. Например, у человека может быть неудачной жизнь, у него больше проблем экономических, социальных, личностных, уязвимый характер, меньшая, чем у других, устойчивость к стрессу. Однако далеко не всегда при колебаниях настроения мы выставляем диагноз «депрессия».

Запомните, что для диагностики депрессии очень важным признаком является временной фактор. Минимальный срок для постановки диагноза депрессивного эпизода – две недели беспроблемно сниженного настроения. Если в этот период отмечались кратковременные просветы, то диагноз депрессивного эпизода становится сомнительным. В кардиологии, вероятно, тоже есть расстройства, где временной фактор занимает в диагностике одно из первых мест. Однако я не думаю, что врачи-кардиологи в скором времени начнут ставить диагноз рекуррентного депрессивного расстройства или, к примеру, депрессивного эпизода. Для врача-интерниста достаточно диагностировать наличие депрессивного синдрома у своего пациента. А определить депрессивный это эпизод либо би- или монополярное расстройство – это уже забота психиатра.

Для того чтобы вы могли диагностировать депрессию как синдром, вам нужно обнаружить у пациента, как минимум, два симптома. Какой из симптомов почти никогда не предъявляется спонтанно человеком нашей с вами культуры? Кто ответит?

Правильно, это рассказ о сниженном настроении. Не умеют наши люди описывать настроение. Это очень непросто. Чаще

всего, отвечая на просьбу описать свое настроение, больной описывает другую симптоматику, например утомляемость или отсутствие желания что-либо делать. Но вот жалобы на тоску, грусть, печаль и вы услышите крайне редко, хотя именно этот признак при депрессии является главным. Мне часто приходится выявлять этот симптом по косвенным маркерам. Как-то раз у меня в гостях был американский коллега, который в своей частной клинике работает исключительно с депрессивными пациентами. Мы с ним беседовали об особенностях депрессии в Киргизии, и когда я рассказал о том, что слово «тоска», как правило, не используется нашими жителями при описании своего состояния, то он заметил, что подобное положение вещей для американского психиатра стало бы трагедией, так как американцы свое настроение описывать умеют. Такое мы видим и слышим в американских фильмах, где герои даже самого примитивного боевика так порой описывают свое настроение, что просто заслушаешься. Пусть это кино, но кино всегда отражает какую-то часть реальной жизни. Если бы для американцев это было непонятно, они бы такое кино не смотрели. Тот американский доктор тогда заявил мне: «А как же Вы диагностируете депрессию, если вам пациенты ничего не рассказывают о своих чувствах?» Да, нам с вами приходится выявлять этот признак по невербальному поведению. Наблюдая за своим пациентом, вы увидите грустное выражение лица, позу сгибателей, характерную мимику. Нелишним будет поспрашивать родных вашего пациента о том, изменилось ли его поведение, характерные для него мимические реакции в последнее время. Может быть, он всю жизнь ходил с таким трагическим лицом? У каждого из нас своя преобладающая мимика. Пациент может вам рассказать о том, что он стал плохо выглядеть, как будто бы за месяц быстро постарел. Запомните, что если у вас есть пациентка, которая не смотрит на себя в зеркало на протяжении месяца, то это практически полная гарантия того, что у нее депрессия. Конечно, при том условии, что раньше она это все-таки делала, а сейчас перестала.

И вот здесь мы с вами переходим ко второму симптому, о котором наши пациенты рассказывают почти всегда, если им чуть-чуть в этом помочь, – это снижение интереса к жизни. Здесь помогает целенаправленный расспрос. Например: «Скажите, пожалуйста, то, что вам раньше нравилось (красивая одежда, вкус-

ная еда, работа), сейчас стало менее интересно? Вы делаете это по обязанности? Например, вам не очень важно, в каком платье вы сегодня пойдете. Одежи, что под руку подвернулось, хотя раньше вам нравилось красиво одеваться?» Для того чтобы объяснить состояние пациента с начинающейся депрессией, я привожу в пример бег петуха с отрубленной головой. Когда птице рубят голову, то она может еще некоторое время бежать, совершая автоматические движения. Так и пациент в депрессивном состоянии: он ходит на работу, совершает какие-то действия, но не получает от этого никакого удовольствия. Надо сказать, что в нашей популяции этот симптом выявляется тоже не так-то легко. Мы провели симпозиум, участие в котором приняли российские и грузинские психиатры. Коллеги из Грузии сказали, что этот симптом легко диагностировать у гедонистов – грузины стараются получать удовольствие от жизни: от застолья, теплой компании, красивой женщины, от великолепно сказанного тоста. А вот мой русский коллега привел следующий пример: к нему пришел пациент с одной-единственной жалобой: «Уже год, как водка не доставляет мне удовольствия. Я ее пью, но удовольствия нет». Народ, который не понимает, что такое удовольствие, плохо описывает этот симптом.

Третий симптом легко диагностировать – это повышенная утомляемость. Но, к сожалению, это не самый специфический признак, потому что он встречается и при многих других расстройствах. Не так давно я услышал от одного очень энергичного человека: «Ну что ты хочешь – возраст. Пять лет тому назад, когда мои сотрудники говорили мне, что они устали, я этого не понимал. Орал на них, повторяя, что они лентяи. Мне было непонятно даже само это слово: “усталость”». Вид у него при этом был очень грустный, невеселый, вид очень уставшего человека с серым, постаревшим лицом.

Запомните эти три симптома, два из которых обязательны для постановки диагноза депрессии. Остальные симптомы считаются дополнительными, и здесь вам необходимо набрать не менее четырех из семи. Давайте разберемся.

Первый – снижение самооценки и уверенности в себе. Что это значит? Спросите у своего больного о том, легко ли ему принимать решения по сравнению с тем, как это было раньше? Или ему стало это трудно делать? Раздражают ли его какие-то ситуа-

ции, когда нужно менять принятое ранее решение? Например, ты наметил сегодня себе какую-то работу, но вдруг возникла другая работа и тебе нужно решить, какую из них выполнить. И иногда больные отвечают: «Да, это стало трудно делать».

Что такое самооценка? Я знал одного доктора, женщину, которая внешне из себя ничего не представляла, но я знал, что она самая умная и самая талантливая. Она просто так себя вела. Знаю множество людей, которые считали ее таковой, уверяя самих себя в том, что они просто не видят в ней то, что замечают другие. Раз человек так себя ведет — значит он такой и есть. Иметь завышенную самооценку неплохо для политика. Важно, чтобы другие видели, что вы, хотя и являетесь лейтенантом, оцениваете себя маршалом. Тогда через некоторое время и окружающие начинают говорить вам «Ваше Превосходительство».

Плохо иметь заниженную самооценку. Во-первых, вы будете страдать сами; во-вторых, будете помнить о своих неудачах, о которых все уже давно забыли, еще очень долгие годы. У каждого из нас бывают ситуации, в которых ты выглядел некрасиво, в которых не повезло, что-то плохое сделал и это видели другие люди. Я часто говорю своим пациентам: «Давайте подумаем об одной простой вещи: вам кажется, что вы некрасивы и неумны. А что вы могли бы рассказать о других людях, которые работают рядом с вами? Как они одеты, как выглядели сегодня утром, во что была одета ваша коллега по кабинету?» Часто для моих пациентов это оказывается абсолютно невозможным. «А что она говорила?» — продолжаю допытываться я. И вдруг оказывается, что и этого человек не помнит. И тогда я добавляю: «Скажите, а почему вы думаете, что весь мир только тем и занимается, что разглядывает вас? Мир занимается самим собой, а мы думаем, что мир смотрит на нас неодобрительно, пренебрежительно и плохо. Мир начинает на нас смотреть тогда, когда мы сами демонстрируем свою несостоятельность. Приходим и говорим: какой же я дурак!».

Для человека, которого мы называем устаревшим, но пока еще хорошо работающим понятием «невротик», характерны зигзаги самооценки: от «ах, какой я хороший!» до «фу, какой я скверный!». Для таких людей очень важно, что о них будут говорить другие. Если о них отзываются хорошо, то и они почувствуют себя хорошо. Спросите своего пациента, почему он считает себя неумным, некрасивым, несильным или еще каким-то не... Мы

не должны быть «самым, самым, самым». Мы не должны быть успешными всегда. Мы не рождаемся для того, чтобы стать королевами красоты или чтобы обязательно быть Эйнштейнами; мы не рождаемся для того, чтобы жить 150 лет или быть абсолютно здоровыми. Мы должны чувствовать себя уютно в своем собственном теле, даже если оно и не совсем совершенно. Мы должны понимать, что не всегда сможем написать хорошую статью. Ну и что. Мы должны понимать, что можем быть неудачливыми в какой-то работе или в личной жизни. Но если ваш больной перечисляет только неудачи и рассказывает о них как о настоящей трагедии, то он повествует вам о своей депрессии.

Например, одна моя пациентка обвиняет себя в смерти своей матери. Страшно? Безусловно. У ее матери было онкологическое заболевание и вряд ли кто-нибудь мог ей помочь. Но эта женщина рассказывает о том, что была порой неласкова и нетерпелива со своей матерью, срывалась на нее. Кто ей сказал, что от этого развивается рак? Моя пациентка – женщина с высшим образованием, она знает, что рак вроде бы не бывает от этого. Но тут же говорит, что если у человека хорошее настроение, он легче справляется с болезнью. Или же другой пациент скажет, что у него инфаркт оттого, что он неправильно жил. У меня была пациентка, которая винила себя за то, что в момент, когда врачи «скорой помощи» были рядом с ее умирающей матерью, у пациентки возникло непреодолимое чувство голода. Она вытатила из кастрюли кусок мяса и съела его во время последних минут жизни матери. Она говорила об этом как о своей страшной вине. Но ответственные ли мы за непроизвольное мочеиспускание во время катастрофы? Это то же самое, что говорить: «Я чувствую себя слабым и виноватым, потому что, когда началось землетрясение, я обмочился». Семьдесят процентов солдат американской морской пехоты реагируют подобным образом на свой первый бой. То есть человек достаточно традиционно реагирует на смертельную опасность. И это нормально.

Еще один признак депрессии – это повторяющиеся мысли о смерти, желание смерти. Суицид – это самоубийство, что считается одним из самых тяжелых последствий депрессии. Но я хочу дать вам информацию и о другой возможной трансформации суицидальных мыслей. Наши пациенты порой говорят: «Чем так жить, лучше умереть». – «Вы хотите покончить с собой?» – «Нет,

не хочу, но вот если бы умереть просто во сне. А вот что-то сделать с собой – мне страшно». Это так называемая пассивная суицидальность. Но иногда бывает парадоксальная суицидальность, когда человек боится умереть. Боится умереть оттого, что на него наедет автомобиль или внезапно случится мозговой инсульт, потому что мать умерла от этого, хотя у данного человека нет гипертонической болезни или выраженного атеросклероза. Но такие часто повторяющиеся страхи смерти – это своеобразная замаскированная суицидальная настроенность. Скрытая. Это даст вам возможность предположить: уверенность, что он будет правильно принимать лекарство, весьма невысока до тех пор, пока вы не снимете депрессию. Для кардиолога знать о парадоксальной суицидальности очень важно, потому что когда ваш пациент признается в страхе смерти от инфаркта миокарда, с которым он и поступил в отделение, вы можете себя успокоить, решив, что вот этот-то точно будет принимать препараты. Но нет, вы вскоре сможете заметить, что пациент курит, хотя вчера он обещал вам бросить курить. Вы замечаете, что иногда он забывает принимать лекарства. Забыл купить препарат, а сегодня утром ему нечего принимать.

Следующий признак депрессии – это снижение концентрации внимания. Больные говорят: «Знаете, в голове какая-то каша. Я поглупел. То, что я раньше делал легко, сейчас просто мука!» В принципе, это не чисто депрессивный синдром, это еще и симптом тревоги, потому что депрессия без тревоги встречается крайне редко. Если ваш пациент еще и двигательно беспокоен (это называется ажитацией), то тогда вы точно можете сказать, что это комбинация с тревогой. Для чего вам нужно выяснить эту комбинацию? Для выбора правильного препарата. Противоположным ажитации является признак, который сами больные именуют «ленью»: ходить трудно, двигаться не хочется, хочется или лежать, или сидеть. Такой больной будет немногословен в своих жалобах.

Следующий симптом – нарушение сна любого типа. Это может быть и бессонница, которая проявляется укорочением сна и трудностью засыпания или ранним просыпанием, и, напротив, сонливость.

Классическим симптомом депрессии является снижение веса. Наши с вами пациенты крайне редко взвешиваются. Когда меня госпитализировали в институт кардиологии, я обнаружил,

что не знаю свой вес. Последний раз я взвешивался лет пятнадцать назад. Как определить изменения веса в таком случае? Мне подсказывают женщины – по одежде. Если пациент – мужчина, то он вам скажет, что на ремне приходится делать новые дырочки. Но так бывает не всегда. Иногда отмечается повышение веса, причем тоже связанное с тревогой. Подобный симптом не является признаком «чистой» депрессии – это комбинация тревоги и депрессии.

Вы можете во многих учебниках прочитать, что депрессия всегда сочетается с тревогой. Для меня одним из существенных недостатков этих учебников является то, что в них не описаны признаки микста – смешения депрессии и тревоги. И поэтому я считаю важным поговорить сейчас именно об этих микстовых симптомах. Нарушение сна и изменение веса – это микстовые признаки тревоги и депрессии. Если у вашего пациента выраженная тревога, то вы обязаны учитывать эту особенность при выборе препарата. В этих случаях, возможно, вам потребуется или комбинация из анксиолитика и антидепрессанта, или антидепрессант, не вызывающий усиления тревоги.

В литературе часто встречается термин «соматический синдром при депрессии». Помните, что это условное название, и, по-моему, термин «биологический синдром» является здесь несколько более удачным. Можно ли считать расстройство сна исключительно соматическим синдромом? Нет, ведь это же нарушение биологических часов, это же не телесное нарушение в прямом смысле этого слова. Или, например, колебания настроения в зависимости от времени суток. Депрессия по утрам обычно тяжелее – это проявление работы биологических ритмов. Депрессия вообще тесно связана с биологическими часами: например, зимняя депрессия, возникающая вследствие нехватки солнца, считается национальным бедствием для Скандинавских стран, Аляски, севера США и Канады. Около 10% населения страдают сезонными расстройствами настроения – зимней депрессией. Лечить ее, кстати, не так уж и сложно. Одного часа в солярии утром и вечером оказывается достаточно. К сожалению, в соматические проявления депрессии, описанные в МКБ-10, не вошли такие признаки, которые ранее были очень хорошо известны любому практикующему психиатру. Я не могу ничего менять в МКБ-10, но могу рассказать об этих признаках вам.

Одним из них является болевой синдром. В подобных случаях врачу трудно определить, почему боль не снимается обычными средствами, почему пациент не реагирует на классические анальгетики, почему не поддается стандартной, хорошо подобранной терапии. Мы начинаем в этих случаях действовать традиционно. Если мы съели один пирожок и не утолили голод, что мы делаем? Берем еще. Что делает врач, когда он видит, что пациенту стало немножко лучше, но не совсем хорошо? Он увеличивает дозу. Это классический стандарт нашего мышления. Хотя очень часто мы должны действовать нестандартно. Нам стоит подумать о том, что, может быть, здесь не совсем то, что мы лечим. Это не обычное заболевание, а маскированная, или ларвированная, депрессия. К огромному моему сожалению, эта депрессия не вошла на сегодняшний день в стандартные классификации. Раньше она называлась «депрессия без депрессии», «ларвированная депрессия», «вегетативная депрессия». Вы не находите многих симптомов, традиционных для депрессии. Но когда я спрашиваю у своего пациента о его настроении, то получаю в ответ следующее: «Дорогой доктор, а какое бы было у вас настроение, если бы у вас каждый день болела голова и никакое лекарство вам не помогало? И что вы спрашиваете меня про мои интересы? Какие могут быть у меня интересы, за исключением желания снять эту головную боль?» Пациент уверен в подобной причинно-следственной связи: головная боль порождает плохое настроение. Но, может быть, наоборот? Может быть, симптомы депрессии сами рожают эту головную боль? И вот когда ты начинаешь долго и нудно работать с пациентом, ты все-таки обнаруживаешь, что до этой боли возникли другие симптомы. Готовьтесь к тому, что об этих признаках вам не расскажут по одной простой причине – пациент нашел им объяснение.

Скажите, с чего начинается ваш обычный разговор с пациентом? Он вам перечисляет все симптомы? Нет. Если мы откроем школу пациентов, то преподавателю такой школы придется тяжело. Кстати, психотерапевтическая работа как раз и напоминает порой школу для пациента, его обучение маркировке симптома. Вы можете представить коронарного пациента, не имеющего маркера своей ишемии? Вероятность его инфаркта резко увеличивается. Он не принимает нитроглицерин. Подобное справедливо и в отношении других расстройств. В случае пациента с

ларвированной депрессией вы получаете рассказ не о симптомах, а о причинах их возникновения. Он расскажет вам, что у него был озноб, болело горло, болела голова, ломало суставы, потому что на работе все болят. Дальше начнет рассказывать про свои неприятности, объяснит про иммунитет. Вам не рассказывают о том, что считают вполне объяснимым следствием. Если у него было сниженное настроение и он объяснил это тем, что у него имели место небольшие неприятности на работе, то о настроении вам не скажут ничего. А эти неприятности, как мы выяснили, были связаны с тем, что он не успевал вовремя сдавать материал, если он журналист, или еще что-то не успевал делать, за что начальник начинал его ругать. Скажите, в этих случаях нормально иметь сниженное настроение? Нормально. Наши пациенты, найдя приемлемое объяснение, уже не считают нужным предъявлять это врачу как симптом, вытесняя, убирая из памяти то, что уже неважно. Для того чтобы вытащить это «неважное», нужно задавать целенаправленные вопросы. Это касается не только депрессии, но и расспроса классических кардиологических пациентов.

Многие художники, музыканты, писатели, композиторы страдали депрессией. Назовите своему пациенту, страдающему депрессией великих: Ван Гога, Шопена, Хемингуэя (покончившего с собой во время очередного эпизода), Уинстона Черчилля... Черчилль, к примеру, называл депрессию «черным псом, ждущим момента, чтобы показать свой оскал»; Хемингуэй высказывался о своей депрессии грубо, называя такие дни «черножопыми». У музыкантов группы «Роллинг Стоун» есть следующие слова: «Я вижу красную дверь и хочу перекрасить ее в черную дверь». Одна моя пациентка называла свою депрессию «черной тучей». Я рассказывал уже о том, что в одну из частных американских клиник по лечению депрессии персонал набирается только из людей, перенесших саму депрессию, потому что эти люди будут всегда сочувствовать пациенту – они сами знают, что это такое.

У кого чаще встречается депрессия? Кто является группой риска? У кого чаще приходится искать депрессию? Это больные с соматическими заболеваниями: ишемическая болезнь сердца; больные, перенесшие острый инфаркт миокарда и мозговой инсульт; больные с сахарным диабетом; с паркинсонизмом; онкологические больные. Распространенность депрессии в этих группах достигает 40–60%. Это те заболевания, которые коморбидны с де-

прессией. Группой риска также становятся женщины, у которых депрессия встречается чаще, чем у мужчин, а также подростки и пожилые люди. Наибольшее количество суицидальных попыток и завершенных суицидов приходится как раз на эти две возрастные группы. Когда-то в Латвии был показан потрясающий документальный фильм, называвшийся «Трудно быть молодым». Действительно, трудно быть молодым, но есть и еще один возраст, в котором очень трудно: трудно быть пожилым. Пожилому тяжело мириться с потерями, а молодежи очень трудно жить в загадочном мире, мире взрослых, мире, который вызывает неприязнь и отвращение, мире, который часто порождает нежелание в нем существовать. Это два возраста, которые наиболее подвержены депрессии. Расовых различий пока не отмечено, хотя считают, что евреи чаще болеют депрессией, чем люди других национальностей. Иногда депрессию связывают с экономическим положением: она чаще встречается у людей или с низким экономическим статусом, или же с очень высоким. И наверху быть трудно – сквозняков много, да и внизу нелегко – холодно и голодно.

На сегодняшний день этиологию большинства депрессий объясняют наличием генетической предрасположенности, поэтому вам нужно расспросить родственников о депрессиях. Совсем необязательно, чтобы депрессией болели мама или папа, гораздо чаще она передается по боковым линиям. Вот пример того же Хемингуэя: отец покончил жизнь самоубийством, у дяди была депрессия, у внучки Хемингуэя – тяжелейшая депрессия. Длительный стресс или острый тяжелый стресс тоже являются предрасполагающими для депрессии факторами. Помните, что соматические заболевания – это не только биологический полом, но еще и психологический стресс. Представьте себе острый инфаркт миокарда у сорокалетнего человека, работоспособного и растущего по карьерной лестнице, ощущавшего себя прежде совершенно здоровым. Для него это не просто соматическая болезнь – это еще и психологический удар, причем очень тяжелый. Любое хроническое соматическое заболевание создает дополнительную психологическую нагрузку.

Трудно жить со словом «нельзя», каждый это ощущал на себе. Перед нами всегда будет слово «нельзя», вызывающее необходимость очень непростой психологической работы с нашими пациентами. Я приведу вам один забавный пример... Один мой

коллега много летает, недавно ему нужно было лететь в США, а он ныл, что плохо переносит трансатлантические перелеты – два дня в самолете туда, два обратно, и только два дня в Соединенных Штатах. Я его утешил, сказав: «Подумай о другой вещи. Представляешь, каково мне лететь двое суток и не курить? Нигде нельзя покурить, ни в самолете, ни в аэропорту! В туалете американского аэропорта, если закуришь, заплатишь штраф в полторы тысячи долларов. Поэтому нормальный человек не рискует это делать, даже если и погибает от абстиненции. Единственный выход из ситуации – выйти из аэропорта и накуриться до посинения, а потом вновь подвергнуться досмотру: снимать ботинки, терпеть руки чужого человека на всех своих местах... После этого уже думаешь о том, что стоит бросить курить. Когда я ему это рассказал, то он стал по-другому относиться к своей поездке. Я ему так живо описал свои страдания: ощущения никотиновой абстиненции, унижение от того, что тобой манипулируют, как марионеткой, чувство своей «третьесортности». Мой знакомый сказал мне, что после моего душещипательного рассказа ему стало проще думать о будущем полете.

Вот и вы расскажите что-нибудь подобное своему пациенту. Сколько у людей проблем, но всегда есть кто-то, кому хуже нас. Это неправда, что чужая беда не утешает. Утешает! Религиозный взгляд на депрессию очень прост – это испытание за наши грехи. Христианская церковь считает, что вмешательство врача в этом случае дозволено. Правда, в католической церкви появились сейчас священники с психиатрическим образованием. Я считаю обязательным говорить об этом в самых разных аудиториях, так как некоторые священники в Киргизии убеждают моих пациентов в том, что лечить депрессию нельзя, поскольку ты, дескать, хочешь избежать божьего испытания. Бог тебе дал испытание, а ты хочешь его избежать! Сходи к врачу, убедись, что это болезнь, но не ходи к нему лечиться. Это – неверная позиция, и, насколько я знаю православие, это – позиция нарушения его канонов, потому что православная психотерапия разрешает и даже поощряет лечение депрессии. Многие люди в состоянии депрессии идут в храм.

Как вам, врачам-кардиологам, диагностировать депрессию? Я сейчас далек от мысли, что каждый из вас будет часами просиживать со своими пациентами, тщательно выясняя наличие

депрессивных переживаний. Я дам вам простой опросник, состоящий всего из восьми утверждений. Этот опросник составлен Институтом психиатрии Министерства здравоохранения Российской Федерации и определяет уровень риска в отношении депрессивных и тревожных расстройств. Затем пациент, попавший в группу риска, обследуется с помощью госпитальной шкалы Гамильтона.

Если вы выявили у своего пациента признаки депрессии, то имеете полное право назначить ему соответствующее лечение. Для применения в кардиологии наиболее адекватными сейчас считаются селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС). Дозы этих препаратов должны быть минимальными. Начинайте лечить с минимальных доз, но не останавливайтесь на них, потому что опасно не дойти до индивидуальной терапевтической дозы. В этом случае вы просто не долечите пациента и депрессия будет носить затяжной характер.

Итак, почему нам невыгодно деление на кардиологов и психиатров? Мировая статистика демонстрирует так называемый феномен айсберга. У психиатров, к сожалению, лечится только около 3% депрессивных пациентов, и несложно понять почему. Что говорит пациент с депрессией самому себе? Какой же я слабый, почему я не могу взять себя в руки, почему люди могут выходить из таких трудностей, а я такой неспособный. Почему мне надо пить лекарства, вместо того чтобы справиться самому? Но стоит рассказать о своих переживаниях другому специалисту (не психиатру) – и лечение антидепрессантами станет рассматриваться как часть комплексной терапии, назначенной этим врачом. Подобная терапия не воспринимается как что-то связанное с сумасшествием, поэтому наши пациенты охотнее будут лечиться у вас, кардиологов. Я могу вам сказать, что слухи о том, что все американцы ходят к психотерапевту, – это бредни. Один из виновников этого мифа сидит перед вами. А как еще можно убедить правительство давать деньги на лечение аффективных расстройств? Но стоит сказать, что в Америке все так делают, сразу же возникает реакция: раз так делают американцы, значит, это правильно.

Я прошу вас сейчас накрепко запомнить одну простую вещь: человек, пришедший к вам на прием, может оказаться пациентом с депрессией... Или с тревогой, которой, кстати, будет посвящена наша следующая лекция.

Лекция №3. ТРЕВОГА В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-КАРДИОЛОГА

Определений тревоги – бесчисленное множество, практически в каждой монографии дается свое определение. Некоторые ее симптомы представляются симптомами соматического ряда. Например, тахикардия, повышение артериального давления, спазм гладкой мускулатуры в виде чувства сжатия, гипервентиляция (одышка) – это все то, что сразу же предъявляется врачу-интернисту. Общаясь с кардиологом, или, к примеру, с эндокринологом, больной будет прежде всего ориентирован на рассказ, который соответствует названию отделения. Если это отделение артериальной гипертензии, то пациент расскажет о подъемах давления, головной боли, головокружении. И вы станете детально расспрашивать его о головной боли, об изменениях сердечного ритма, о всех тех симптомах, которые надо обнаружить по определению, так как вы – врач отделения артериальной гипертензии. Вряд ли вы будете задавать вопросы о чувствах, да и пациент не станет про них говорить, поскольку прекрасно осознает, где находится и что конкретно интересует врача. Согласитесь, странно, сидя на приеме у стоматолога, рассказывать о своих чувствах, а не о зубной боли.

Целенаправленный расспрос позволит вам дифференцировать тревожное расстройство от кардиологической патологии. Тревожное расстройство может оказаться у любого из ваших пациентов, рассказывающих об учащенном сердцебиении, потливости, треморе, сухости во рту, затруднении дыхания, чувстве удушья, боли или дискомфорте в груди, тошноте или абдоминальном дистрессе.

Теперь представим себе вашего классического пациента, который находится на лечении в отделении артериальной гипертензии. Про сердцебиение будет говорить? Да, может. Про потливость? И да, и нет. Про тремор? А какое отношение имеет кардиолог к дрожанию рук? Никакого. Сухость во рту? Про сильную сухость во рту скажет. Про затруднения в дыхании? Скорее всего, да. Про чувство удушья? Безусловно. Одышка? Это не стандартный симптом по МКБ-10. Про боли в груди? А вот с этого пациент и начнет. Как часто определяется эта боль? Если она локализуется слева, ваши пациенты назовут ее «болью в сердце».

Вот здесь с самого начала важно дать этой боли более широкое определение. Например, вы можете предложить своему пациенту называть эту боль «болью в левой части груди». Почему? Потому что не всегда она может быть признаком сердечной патологии, иногда это – признак тревожного расстройства. Слово – великое чудо! Слово нередко управляет всем нашим поведением. Молодой человек произносит фразу «любимая моя» – и девушка тает, да если еще и нежно это произнести... Но если сюда добавить ругательное слово – и все меняется, объяснения в любви уже нет. Если пациент определяет свою боль как «боль в сердце», то при боли определенного происхождения он тянется к соответствующему лекарству и, скорее всего, это будет нитроглицерин. Однако данный препарат при тревожной боли не только не помогает, но, наоборот, может даже ухудшить состояние. Хорошо, что мы живем на постсоветском пространстве, где от боли коронарного характера еще пьют валокордин, корвалол и валидол. В 30-е годы во всем мире валидол давали больным с кардионеврозом, но не с ишемической болезнью сердца.

В замечательной книге Б.Е. Вотчала «Клиническая фармакология» написано о том, что во всех странах мира, за исключением Советского Союза, валидол применяют как транквилизирующее, успокаивающее средство. В нашей же стране пациенты применяют валидол для снятия коронарной боли, что, конечно, не является адекватным, так как препарат не подходит для купирования истинной ишемической боли. В принципе, реакция на валидол несет определенную диагностическую нагрузку. Я недавно был в аптеке, куда зашла женщина и громким голосом попросила скорее дать ей валидол, потому что ей плохо. Я спросил: «Помогает?» «Все снимает», – ответила она. Больной же с настоящей коронарной болью кричать не станет – для этого у него просто не будет сил.

Сразу советую определять вместе с пациентом один термин – боль в левой части груди, убрав слово «сердце». Пациент может сказать и так: «Вот здесь у меня болит, за грудиной». Многие ли из ваших пациентов, встретившись с кардиологом, будут соотносить загрудинную боль с болью в сердце? У меня было около ста больных, перенесших инфаркт миокарда, и 50% из них полоскали горло фурациллином или содой, оценивая это как простуду, часть же этих пациентов считала, что у них проблемы с желудком.

Расскажут ли врачу-кардиологу про тошноту? Могут, но гораздо охотнее заявят об этом в отделении гастроэнтерологии.

Дереализация, деперсонализация – об этом вам точно не расскажут из-за страха выглядеть сумасшедшим. И даже тщательный расспрос не всегда способен выявить данный симптом. А про страх умереть, страх потери контроля? Про это чаще всего расскажут – либо спонтанно при резкой выраженности такого симптома, либо при хорошем, доверительном контакте с врачом, когда пациенту хочется открыться и получить поддержку. В других случаях данный симптом выявляется только при целенаправленном расспросе.

Для меня в определении тревоги очень важен следующий признак: тревога – это постоянное или частое ощущение опасности, причем опасности неопределенной. Скажите, легко ли описать неопределенное чувство? Трудно, поэтому оно и трудно предьявляется, и трудно описывается – оно размыто. Легко сказать «я боюсь переходить дорогу, поскольку опасаясь попасть под автомобиль», так как это понятный страх. «Я боюсь остаться на ночь дома с выключенным телефоном, потому что мне никто не поможет» – и это вполне конкретный страх. А то, что не вербализовано, не осознано, то, что не понятно, какой-то неопределенный дискомфорт... Согласитесь, это описать трудно. Когда начинаешь спрашивать больного с алекситимией или с плохим знанием языка про тревогу, то во время описания состояния пациент начинает показывать чувства руками – словами их определить очень трудно.

Приливы или ознобы. Если это женщина в возрасте 28–30 лет, она вряд ли будет про это говорить, а женщина 45 лет расскажет о своих приливах и ознобах гинекологу. Рекордсменкой по возрасту с диагнозом «ранний климакс» была моя пациентка девушка – 21 года. Лечиться она пришла и по поводу депрессии, и по поводу патологически раннего климакса, и по причине нарушений менструального цикла. Была уверена, что у нее не будет детей. Нарушения менструального цикла характерны для тревоги и депрессии, но они могут встречаться и у 15-летней девочки. Я говорил с тем доктором, который поставил диагноз раннего климакса, и он пояснил мне, что встречаются индивидуальные особенности. Да, встречаются, но не до такой же степени!

Такой симптом, как онемение или ощущение покалывания в конечностях, вряд ли предьявят врачу-кардиологу, скорее – не-

вропатологу. Мышечное напряжение или боли маловероятны в предъявлении, а симптом «чувство психического напряжения, раздражительность» трудно выявить даже при целенаправленном расспросе, потому что «раздражительность» является социально осуждаемым признаком поведения. «Знаете, доктор, я очень раздражительный». – «И на домашних своих можете сорваться?». – «Да, очень». А в глазах написано: «Зря ты меня считаешь раздражительным, я просто прибегаю к воспитательным мерам воздействия, которые иногда дают неплохие результаты». Это симптом социально ненормативный, поэтому вы его должны «вытягивать» осторожно. Вы должны показать эмоционально, что вы не судья, а врач. Правильней сказать: «Да, человек может быть раздражительным, агрессивным, это может быть его проблемой, и помощь в ее решении может оказать лишь врач».

Еще один симптом, также выделяемый в группе тревожных признаков, звучит как «усиленное реагирование на небольшие сюрпризы». К примеру нас с женой пригласила приятельница, которую мы знаем давно; это люди, которых мы очень любим, но вчера мы долго решали, ехать или нет, потому что не было времени. Я мучился тем, что нужно было звонить и отказываться от приглашения. Наконец я позвонил, объяснил ситуацию, после чего совсем успокоился. Казалось бы, это пустяк, и человек, который нас приглашал, прекрасно знает, что я могу себя неважно чувствовать. Но у меня сейчас такой период, когда по ряду обстоятельств уровень тревожности повышен. Из-за чего мне было трудно работать над правкой книги. Вот вам пример «реагирования на небольшие сюрпризы».

Я-то могу рассказать вам об этом, но подобное довольно сложно сделать вашему пациенту. Какой диагноз вы бы поставили, основываясь на этих симптомах? Поставили бы диагноз, скажем, вегетососудистой дистонии? Да. Чем хорош этот диагноз? А вот чем: покажите мне врача, который вылечил хотя бы одного пациента с вегетососудистой дистонией! Даже знаменитый А.М. Вейн утверждает, что вегетососудистая дистония может быть врожденной. Хотя он первым ввел понятие «паническое расстройство», перечеркнув тем самым свою же монографию о вегетососудистой дистонии. Чем хороши такие диагнозы? Они снимают с кардиолога ответственность, перенося ее на невропатолога, или дают возможность поставить «хороший» комбинированный диагноз.

Если выставлен «чистый» диагноз нейроциркуляторной или вегетососудистой дистонии, у врача спокойно на душе. Если у пациента гипотония, то он окажется на приеме в поликлинике, где ему назначают лимонник, женьшень и прочие эффективные или не очень эффективные вещи. Если при отсутствии артериальной гипертензии у пациента есть хотя бы часть этих симптомов плюс гипотония, то он получает препараты, которые способны резко ухудшить его состояние в последующем, даже если его состояние несколько улучшилось сразу же после начала их приема. Почему? Потому, что мы не умеем лечить по-китайски. Истинная китайская медицина – это медицина, построенная на совершенно другом понимании физиологии человека, на соотношениях Инь и Янь, на многих других принципах, непонятных нашим докторам. Их лечение направлено на достижение баланса, нельзя работать в сторону стимуляции или в сторону седации. Это совершенно другая медицина, научиться которой весьма непросто. У нас же она «продается» в упрощенном варианте. Самолечение китайскими травами и препаратами может нанести только вред.

То же самое происходит, когда врач назначает больному с генерализованным тревожным расстройством стимулирующие препараты. Тогда на определенный (обычно короткий) период времени у него возникает улучшение состояния за счет дополнительной лекарственной стимуляции. Он чувствует себя активнее и бодрее. Но это то, что мы делаем с загнанной лошадью, когда вонзаем в нее острые шпоры и бьем кнутом, тем самым лишая ее «адаптационной энергии». Это понятие в свое время ввел Ганс Селье, и его никто не отменял, хотя оно довольно расплывчатое. Мы заставляем организм с помощью стимуляторов вычерпывать последние ресурсы, после чего наступает ухудшение состояния. И тогда этого пациента нужно передавать другому врачу.

Есть еще ряд специалистов, к которым я испытываю, возможно, необоснованное недоверие, – это те, кто занимается мануальной терапией и иглоукалыванием. Чехи, которые первыми начинали в Европе мануальную терапию, учили врачей три года. Сейчас, если пациент идет к мануальному терапевту, то предъявить сертификат обычно не требует. Если вам «открутят голову», вы даже не успеете удивиться.

Тревожные пациенты относятся к категории «трудных» больных: вместо генерализованного тревожного расстройства тако-

му пациенту может быть поставлен диагноз нейроциркуляторной дистонии, артериальной гипертензии и даже бронхиальной астмы. Основным методом диагностики является тщательный расспрос. Вы не ограничены списком только ваших, исключительно «кардиологических», признаков. Врач-психиатр может спросить о стуле пациента, поговорить с ним о любых болях. Врач-кардиолог может поговорить с пациентом о чувстве неопределенной опасности. Пусть перед вами лежит список симптомов генерализованного тревожного расстройства, и, как только вы засомневаетесь в том, что у вашего пациента кардиологическое расстройство, пройдите по всем симптомам списка. Обязательно расспросите своего пациента про чувства: раздражительность, чувство ожидания какой-то беды и др.

В тех случаях, когда вы наталкиваетесь на сочетание тревожного расстройства с церебральным атеросклерозом или, например, с артериальной гипертензией, вы либо выставляете диагноз органического тревожного расстройства, либо указываете два диагноза. Симптомы тревоги существенно снижают качество жизни. К нам приходят пациенты не для получения больничного листа – чаще болезнь скрывают, чтобы остаться на работе. Но если к вам уже пришли, значит, пришли с проблемой, хотя предъявлять ее будут выборочно. Поэтому вам лучше пройти по всем симптомам, делая акцент на признаках измененного психического реагирования. И если из расспроса пациента выяснится, что именно эти признаки несут основную нагрузку в снижении качества жизни пациента, что именно они доминируют в клинической картине, то вы получите полное право выставить диагноз органического тревожного расстройства, а артериальную гипертензию поставить на второе место. Если же симптомы гипертонии доминируют, то ставьте двойной диагноз: гипертоническая болезнь и органическое тревожное расстройство. Когда перед вами молодой пациент, у которого нет признаков органического расстройства, но есть признаки гипертонической болезни, а тревога началась за 5 лет до первых подъемов артериального давления, то это, скорее всего, пациент с генерализованной тревогой, которая явилась фактором риска в возникновении артериальной гипертензии.

Первое место в терапии генерализованного тревожного расстройства (ГТР) сейчас занимают не транквилизаторы. На первом месте стоят селективные ингибиторы обратного захвата серото-

нина: флуоксетин, пароксетин (рекситин), сертралин (золофт). Такие препараты, как золофт и пароксетин, более эффективны в лечении генерализованного тревожного расстройства, чем флуоксетин, но и стоят дороже. Скоро появится у нас еще один препарат – флувоксамин. Он давно используется врачами Казахстана, но не очень приоритетен по отношению к названным мной препаратам. Наконец, вы можете использовать гетероциклический антидепрессант тиалептин (коаксил). При лечении ГТР эти препараты являются препаратами первого выбора. Сколько времени вы должны лечить пациента? Около восьми-двенадцати месяцев. Поэтому подбирайте препарат с хорошей переносимостью.

Вторая группа препаратов, которая может быть использована при лечении ГТР, – это атипичные анксиолитики. У нас пока есть один препарат – клоназепам (ривотрил, антелепсин), который мы активно рекламируем и используем. Суточная доза клоназепама составляет от 2 до 4 мг/сут., а при хорошей переносимости ее можно увеличить до 6 мг/сут. Работающим людям мы назначаем 2/3, иногда 3/4 дозы на ночь, потому что одним из симптомов ГТР является расстройство сна. Как видите, никаких стимуляторов! Побочный эффект, который позволяет регулировать дозу, – это седация, сонливость. Если вашим пациентом является пожилой человек, то надо знать, что доза должна быть меньше обычной терапевтической примерно на 1/3. Если это больной с выраженным церебральным атеросклерозом, то дозы должны быть еще меньше. Переносимость бензодиазепинов у больных с выраженным церебральным атеросклерозом значительно хуже. Наш стандарт стационарной терапии генерализованного тревожного расстройства – это внутривенное введение диазепама с винпоцетином в течение десяти-двенадцати дней в тех случаях, если у больных нет нарушения ритма.

Позволю отметить, что биология тревоги приводит к нарушению микроциркуляции, что, в свою очередь, вызывает гипоксию мозга. А гипоксия сама усиливает нарушения микроциркуляции. Вот такой патологический круг. Вряд ли вы встретите в своей практике хотя бы одного «сосудистого» больного без нарушения микроциркуляции. Рискну предположить, что не бывает ни одного больного с сосудистым заболеванием мозга без тревоги. Если у вас есть пожилые больные с сосудистым заболеванием мозга, не удивляйтесь, что они у вас по пять раз переспрашивают

одно и то же. Это не следствие плохой памяти: на первом месте стоит тревога, которая и приводит к первичному нарушению внимания и запоминания. Попробуйте что-нибудь запомнить в состоянии тревоги – и вы убедитесь, насколько это трудно сделать. Психическая работоспособность в состоянии тревоги резко снижается. Мы иногда говорим о таких пациентах: ну что с него взять, он же склеротик. И если вы спросите у такого пациента о памяти, то он пожалуется на плохую память. Но задайте ему вопрос: «Вам трудно сосредоточиться?» – и он наверняка ответит утвердительно. Суетливые старушки суетливы не только от склероза, но еще и от тревоги. Для пожилых людей тревога – это облигатный симптом.

Принятая в нашем отделении схема – комбинация диазепама и кавинтона – неплохо себя зарекомендовала у пациентов с тревожными расстройствами. Кавинтон, как показали наши исследования, усиливает действие анксиолитиков, что позволяет нам снизить дозы диазепама. Почему так важно уменьшать дозы диазепама? Прежде всего из-за страха угнетения дыхания. Диазепам, кроме того, может вызвать нарушение сознания, особенно у пожилых людей. Лучше всего подбирать дозы диазепама индивидуально и вводить его капельно – в вашем кардиологическом центре струйное введение анксиолитиков должно быть запрещено! Если ваш больной засыпает через пятнадцать-двадцать минут после начала капельного введения препарата и спит после окончания введения еще полтора часа – это показатель излишней дозы. Начинайте с небольших доз. Выраженная седация – показатель необходимости уменьшения дозировки. В нашем отделении мы делаем капельницы утром и вечером, тогда сонливость после вечерней капельницы переходит в естественный ночной сон. После того как пациент с ГТР в течение десяти-пятнадцати дней получает такую интенсивную терапию, вы постепенно снижаете дозу и присоединяете или клоназепам, или антидепрессанты (если он получал терапию 10 дней, то снижайте дозу с 7-го дня; если 14 дней, то с 12-го). Резкий обрыв приема диазепама возможен только в случае возникших осложнений (например, нарушения ритма дыхания, непроизвольных мочеиспусканий, нарушений сердечного ритма). После отмены диазепама начните подбор дозы СИОЗС.

Флуоксетин – прежняя дозировка была всегда 20 мг, сейчас западные психиатры переходят на дозу 40–60 мг. Неудобство ис-

пользования флуоксетина заключается в том, что он выпускается в капсулах, а капсулу трудно разделить на части. Дозировки сертралина в вашей практике составляют 25–50 мг, коаксила – 50 мг, что составит 4 таблетки при хорошей переносимости. Коаксил менее удобен тем, что его обычно назначают в течение 8–12 месяцев (такую длительность одни исследователи считают оправданной, другие рекомендуют более короткие курсы). Мы поступаем следующим образом: переводим пациента с препарата на препарат. Например, на первых порах флуоксетин может усиливать тревогу, поэтому в первые три месяца назначаем коаксил, затем меняем препарат на флуоксетин. Винпоцетин даем таблеточный до 20 мг.

Одно из самых частых расстройств, с которыми вам придется встретиться в своей практике, – это паническое расстройство. Раньше его называли неврозом с эмоционально-вегетативными кризами. Еще раньше в среде невропатологов бытовал термин «гипоталамический синдром». Я захватил то время, когда множество больных лечились с диагнозом диэнцефального или гипоталамического синдрома.

Не неврологи начали борьбу с этим неясным диагнозом, а психиатры, и в результате оказались правы. Было время, когда каждому третьему пациенту с паническим расстройством выставляли этот диагноз. Вообще, в медицине существует несколько очень удобных для врачей диагнозов. Они все объясняют и позволяют доктору особенно не стараться помочь пациенту, так как излечить, например, церебральный арахноидит достаточно сложно. Я приведу вам примеры своих пациентов, которым в свое время был выставлен диагноз «травматический церебральный арахноидит», – судите сами, насколько оправдан был диагноз в их случаях. У меня лечилась женщина с типичными головными болями напряжения, у которой был диагностирован травматический церебральный арахноидит. В ее амбулаторной карте врачами постоянно переписывалась одна фраза: «Пациентка заболела после перенесенной черепно-мозговой травмы». Начинаю ее расспрашивать и выясняю, что эту пресловутую травму она перенесла, когда, находясь в автомобиле с любовником, случайно увидела проезжающего мимо мужа и неудачно попыталась спрятаться, несильно ударившись головой. Головная боль развилась через два часа после описанных событий, а все два часа пациентка пы-

талься понять, увидел ее муж в автомобиле с другим мужчиной или нет.

Вторая история – рассказ о девочке, в которую одноклассник бросил учебник. По стечению обстоятельств, учебник попал ей в голову. Девочка потеряла сознание, но это был обморок психогенного свойства. После произошедшего события развились интенсивные головные боли. Девочка перестала ходить в школу, занималась дома, многократно была обследована и в результате заслужила ярлык «церебральный арахноидит». Я встретился с этой пациенткой тогда, когда она уже закончила школу. Собирались поступать в институт, но была неуверенна в том, сможет ли там учиться – ведь в институте нет индивидуального обучения. К диагнозу я отнесся спокойно, однако сказал, что это заболевание неврологического характера. Мама девочки просила меня поработать с трудным характером своей дочери. Оказалось, что девочка чрезвычайно обидчива, ранима, плаксива, нелюдима. Это заставило меня всерьез задуматься о правомерности когда-то выставленного диагноза. Зачем я все это вам рассказываю? Прежде всего для того, чтобы вы не были загипнотизированы предыдущими диагнозами и подвергали сомнению и критике даже то, что до вас повторялось многократно.

Знаете, что особенно интересно? Вот уже четвертый год мы обучаем семейных врачей тому, как диагностировать и лечить расстройства, которые наиболее часто встречаются в их практике. Врачи с удовольствием ходят на занятия, задают много вопросов; видно, что занятия им нравятся. Но ни один из них не использует диагноз генерализованного тревожного расстройства даже после интенсивного тренинга. Уверен, что подобное положение вещей будет отмечаться и в вашем центре до тех пор, пока не будут созданы мультидисциплинарные бригады. Как только вы поймете, что с пациентом может быть что-то еще, к вам на помощь придет психотерапевт, а потом и вы сами научитесь лечить такие расстройства, которые прежде не умели даже распознавать. Система обучения врача-интерниста во всем мире показывает, что единственный реальный способ добиться подобной гибкости в диагностике и терапии – это мультидисциплинарные бригады.

В настоящее время паническое расстройство часто диагностируется у вас в центре как «вегетососудистая дистония, пароксизмальный вариант». Что такое паническая атака? Давайте рас-

шифруем. Паника – чрезмерное беспокойство; атака – внезапное нападение. Как правило, первая паническая атака ничем не провоцируется. Описаны, правда, случаи провокации первой атаки так называемым «отпускным алкоголизмом». Это не синдром алкогольной зависимости, а нечто другое. Представьте себе человека, который долго и напряженно работал. Уезжает в отпуск с намерением расслабиться. И расслабляется... алкоголизируясь. Если последнее для него непривычно, то это значительная стрессовая нагрузка. Через несколько дней непрерывной алкоголизации у такого человека может развиваться паническая атака. Ну, а далее панические атаки развиваются по собственному сценарию и уже без дополнительных провокаций. Человек, как правило, после двух атак бросает употреблять спиртное. Паническая атака – тяжелое субъективное расстройство, снижающее качество жизни, но, формально говоря, для жизни неопасное. Это вы можете прочитать в любой монографии. Но я с таким постулатом не совсем согласен. Представьте себе человека, у которого в момент панической атаки артериальное давление поднимается до 200–220 мм рт. ст. – это симптоматика классического гипертонического криза. Кто сказал, что это неопасно?! Опасной для жизни может быть и простуда, если вы заболели в неподходящем месте и в неподходящее время. Что рассказывает пациент при типичной панической атаке? Что у него в груди внезапно начинает «что-то переливаться», «что-то сжимается, сердце тарыхтит». И дальше он описывает все вегетативные симптомы, включая одышку, но не описывает чувство страха. Мне чаще приходится наблюдать панические атаки у женщин, потому что мужчины очень редко поступают в стационар: они тоже болеют, но стесняются обращаться за помощью. Или, что обычно бывает, лечатся у врачей других специальностей. Либо, что еще чаще, пытаются снять тревогу алкоголем. Недавно я видел пациента, который превратился в человека с алкогольной зависимостью из-за того, что у него были частые панические атаки. Непонятно, что лечить – алкогольную зависимость или паническое расстройство, либо одно усиливает другое. Рассказывая о панической атаке, люди стесняются говорить, что им было в этот момент страшно. Задайте же направленный вопрос, спросите пациента, боялся ли он в это время умереть? Скорее всего, вам ответят утвердительно. Дальше я обычно спрашиваю: «Как бы вы назвали чувство, которое вы испытывали во время этого присту-

па?» – «Страх». «Какой страх?» – «Сильный страх». – «Скажите, а что вы делали в это время?» Бывают две реакции во время панической атаки: первая – замирание, вторая – борьба. Пациенты с преобладанием второй реакции на опасность обычно мечутся. Если вам приходилось испытывать сильную тревогу, то вы можете определить свою типологию поведения во время тревоги. Одним хочется свернуться в клубочек, замереть и ничего не делать, вторым – двигаться; у одних теряется аппетит, у вторых повышается. Очень характерный для тревоги признак – так называемый «плавающий» аппетит. Тревога повышается – и аппетит усиливается, или наоборот – отсутствие аппетита во время тревоги и появление его при ее снижении. Попробуйте определить уровень сахара в крови у того пациента, который реагирует на тревогу повышенным аппетитом. Вы убедитесь в том, что уровень сахара у него при тревоге снижается, – отсюда и волчий голод.

Если мы выясним, что больная во время атаки не может найти себе места и мечется, то мы получаем хороший узелок, который поможет нам создать со своим пациентом общее семантическое пространство. Я многократно сталкивался с ситуациями, когда мои пациенты с паническими атаками жаловались на «гипертонию». Очень важно называть такие состояния приступами паники, а не «гипертонией» и не «припадками». Вы можете поссориться с молодой красивой женщиной, если назовете ее панические атаки словом «припадки». После успешного поиска термина я объясняю своим пациентам, насколько распространено это расстройство в мире. Знаете, очень важно порой осознавать, что таких бедолаг, как ты – много... По разным данным, паническое расстройство встречается у 6–12% населения. Согласитесь, что даже 6% – это очень высокий уровень.

Тревогу и депрессию врачу-интернисту диагностировать достаточно сложно. Но врачу-кардиологу приходится гораздо тяжелее, когда он имеет дело с соматизацией тревоги и (или) депрессии. Современная психиатрия описывает резкое увеличение количества пациентов с соматизированными расстройствами, и, в первую очередь в странах Азии и Африки. Еще 15 лет назад предполагалось, что в Африке депрессия практически не встречается. Причина подобного оптимизма была достаточно простой: депрессивные расстройства не выявлялись. Когда же были развернуты целенаправленные популяционные исследования, то

оказалось, что депрессия у жителей Африки встречается с той же частотой, с какой она распространена в странах Европы. Это 8–9% среди населения. Африканский пациент с депрессией шел к целителю, а с физическим недугом – к врачу. Но если у него была депрессия, проявляющаяся физическими симптомами, он обращался все-таки к врачу-интернисту, который не диагностировал у него депрессию, поскольку он не был этому обучен. Низкая выявляемость депрессии у жителей африканского континента привела к необъяснимой диссоциации между уровнем депрессии у африканцев и у афроамериканцев. Депрессия среди афроамериканцев встречается даже чаще, чем у представителей других рас, проживающих в США. Это показалось странным, так как американцы африканского происхождения по-прежнему генетически близки к тем племенам, которые проживают в Африке. Результатом подобного парадокса явилось появление достаточно интересной теории. Долгое время считалось, что у африканских негров нет депрессии, потому что у них нет стрессов. Климат хороший, зимы нет, в дополнительном отоплении не нуждаются, люди не избалованные, одежда самая минимальная, банан сам упадет. Идеализировали исследователи жизнь африканцев, но, согласитесь, их существование далеко не такое безоблачное. А вот в Америке африканцам приходится довольно трудно: они имеют низкий уровень образования, переживают наследие расизма, количество стрессов у них гораздо больше. Отсюда был сделан, казалось бы, логичный вывод: главной причиной депрессии является не генетика, а стресс. Когда обнаружили и описали депрессию африканских аборигенов, то идея стрессогенного происхождения депрессии подверглась значительной трансформации.

В азиатской культуре депрессия также протекает в соматизированной форме. С пациентом, которому я впервые для себя выставил диагноз соматизированной депрессии, я встретился двадцать пять лет назад. Это был молодой человек, с увлечением читавший журнал «Здоровье» и вызывавший ужас участковых терапевтов. Вы помните такой журнал? Он был чрезвычайно популярен у пожилых людей (что было для них вредно), но уровень некоторых статей был такой, что журнал вполне могли читать и студенты медицинского института. Так вот, в журнале «Здоровье» появилась статья о маскированной депрессии. Пришел ко мне студент политехнического института с этим журналом в руках и сказал:

«Валерий Владимирович, я два раза лежал в терапевтическом отделении. Один раз мне лечили язву желудка, но через два месяца лечения этот диагноз сняли. На следующий год в то же самое время я попал в больницу с ревматоидным артритом. Потом и этот диагноз сняли. Сейчас у меня начались головные боли и боли в области сердца. Не маскированная ли это депрессия?» Я тогда подумал: «Господи, как бы было хорошо, если бы ко мне приходили больные и говорили: дорогой доктор, мне кажется, что у меня обсессивно-компульсивное расстройство. Как вы полагаете, какой препарат – сертралин или пароксетин – мне показан? Я полагаю, что сертралин лучше, вы согласны со мной?» Как хорошо бы нам с вами жилось, доктора! Мы тогда неплохо поработали с этим пациентом, и через две недели лечения антидепрессантами головные боли у него прошли. Почему тревога или тоска проявляются соматическими симптомами, причем самыми разными? Удовлетворительного ответа на этот вопрос, если быть честным, на сегодняшний день нет. Есть только несколько гипотетических предположений. Давайте в них разберемся.

Лекция №4. СОМАТИЗАЦИЯ

Соматизация – неоднородное понятие, определить которое сложно. Начнем с того, что американские психиатры выделяют несколько вариантов соматизации. Существует так называемая функциональная соматизация. Что это такое? – Это соматические симптомы, чью органическую причину найти трудно из-за ограниченных диагностических возможностей нашей медицины. Вы согласны с тем, что возможности медицины все-таки имеют определенные границы? То, что мы можем сейчас, мы не могли сделать, скажем, 150 лет назад. Мы в состоянии разглядеть осколок у больного после полученного ранения и точно определить его локализацию, особенно при компьютерной томографии. А даже 50 лет назад никто не мог этого сделать. Резонно предположить, что когда врач заявляет об отсутствии у вас соматических заболеваний, то это может быть связано с тем, что его диагностические возможности просто ограничены сегодняшним уровнем наших знаний. Поэтому, когда врач-психиатр проводит дифференциальную диагностику между соматическим и соматизированным

расстройством у своего пациента, то первое, с чего он начинает работу, – это целенаправленное диагностическое обследование пациента у врача-терапевта. Всегда важно не пропустить объективную соматическую патологию.

Второй вариант называется ипохондрической соматизацией. Я уже устал смотреть больных, которые приходят ко мне через пару месяцев после того, как у них начались головные боли. Причем у меня такие пациенты появляются после проведения магнитно-резонансной томографии. Чего они боятся? Опухоли мозга. Убежденность в том, что ты серьезно болен, хотя никакие данные об этом не свидетельствуют, является основным признаком ипохондрической соматизации. В этом случае первична мысль и вторично ощущение. Если у вас хорошая связь между психикой и телом, вы можете попробовать провести одно очень интересное упражнение на воображение. Внушите себе, что у вас болезнь Рейно. Ярко представьте себе, как меняется кожа на, предположим, правой ноге. Спустя две недели непрерывных упражнений вы добьетесь и соответствующих соматических изменений... Во всяком случае, вы достаточно точно будете испытывать ползание мурашек, ощущение онемения и другие признаки, характерные для этого расстройства. Я не знаю, как сейчас, но в мое время существовало понятие «болезнь третьего курса». Студенты медицинского института приходят на клинические кафедры узнавать что-то о болезнях и начинают все эти болезни находить у себя. Единственным правильным диагнозом, который я поставил себе в институте, считаю шизофрению. Конечно, мне он очень не понравился, и я посвятил всю свою жизнь борьбе с гипердиагностикой этого расстройства. А так я достаточно много болячек у себя находил. Потом сообразил, что при наличии такого огромного количества заболеваний я должен был бы давно умереть. Но поскольку их нет, то проще сделать по-другому. Если ничего не знать и не читать про болезнь Рейно, то какие ее симптомы вообще могут у тебя появиться? Если ты о ней не читал и лекцию не слушал? Теперь понятен способ? Закрыть уши и надеть черные очки – тогда ты будешь совершенно здоров.

Третий вариант соматизации я считаю самым сложным. Представьте себе пациента, который вместо тревоги и депрессии рассказывает вам исключительно о проблемах соматического характера. Например, о сердцебиении, о повышенной влажности

рук, о том, что они у него дрожат, об учащенном мочеиспускании и других соматических проявлениях тревоги. А вот о самом чувстве тревоги он рассказывать или не будет, или упомянет вскользь. Так вот, когда пациент приходит к врачу, то он переступает порог кабинета, над которым висит конкретная табличка: «кардиолог», «эндокринолог», «невропатолог», «онколог», «гастроэнтеролог» и так далее. Надпись над кабинетом – это программа, которая определяет направление рассказа пациента. Есть здесь счастливчик, у которого не было бы боли? Нет таких? Давайте поиграем. Кто хочет? Вы? Прошу. Про какую боль Вы хотите рассказать? Про головную. Хорошо. Представьте себе, что я – не психиатр, а семейный врач. Как хотите, так и расскажите про свою головную боль. Давайте я вам помогу первым вопросом.

Валерий Владимирович, играющий роль врача (в дальнейшем – **В.В.**): Что вас беспокоит?

Пациентка (в дальнейшем – **П.**): Сильная головная боль в затылочной области, пока таблетку не выпью, не перестает.

В.В. Вы могли бы рассказать о характере этой головной боли?

П.: Пульсирующая.

В.В.: Вы говорите, что она больше локализуется в затылке?

П.: Да.

В.В.: Она куда-нибудь иррадирует?

П.: Никуда... Не обращала внимания.

В.В.: Представьте себе на секунду, что вы не врач, а девочка-бухгалтер. Скажите, что означает слово «иррадиация» для бухгалтера? Сколько раз я слышал от своих пациентов: «Когда у меня начинается тахикардия, то я ...» В этих случаях я спрашиваю: «А что это значит?» Ответ: «Это когда сердце медленно бежит, этому меня научил участковый врач». Так нужно ли нам учить пациента медицинской терминологии? На мой взгляд, нет. Понимаете, вот если бы я сказал слово «иррадирует» девочке-бухгалтеру, а не клиническому ординатору центра кардиологии, то я бы на месте этой девочки подальше отодвинулся от врача, потому что черт его знает, что он имеет в виду. Может, это нечто неприличное? Значит, боль никуда не отдает? А вперед? Скажите, почему вы, когда начали рассказывать про боль, показали на глаза? Так где же она сильнее? Вы пришли с жалобой на это, а оказалось другое. У нашей пациентки глаза болят, – не голова. Но она не

на приеме у офтальмолога, а в кабинете терапевта, что и диктует характер ее рассказа. Я хотел этим примером показать вам, как наши пациенты программируются надписями на кабинетах. Или даже не надписями. Просто игровой ситуацией. Даже если они профессионалы. У нас на кафедре есть лозунг: «Клиент всегда прав, будучи всегда или почти всегда неправым». Мы очень часто получаем кривое зеркало – искаженное отражение вместо точного образа. Мы с вами уточнили, что боль, скорее всего, локализуется вот здесь – в области лба. Бывает ли чувство, что как будто выдавливаются глаза? Сопровождается ли ваша боль ощущением тяжести шеи или впереди шеи. Скажите, а часто вам в конце дня хочется покрутить головой, шеей, подвигаться? Да? Тогда к каким ощущениям это приводит?

П.: Чуть-чуть легче становится.

В.В.: До этой секунды мы говорим только об ощущениях, заметили? Когда человеку становится легче, чуть-чуть лучше. Представьте себе, вы устали, вам тяжело, но вы что-то такое сделали – и стало легче. Какое чувство вы тогда испытываете?

П.: Чувство облегчения.

В.В.: Скажите, вот вы сейчас уже не играете; может быть, у вас на самом деле болит голова? Если да, то какое чувство вызывает у вас эта боль?

П.: Неприятное, чувство неудобства.

В.В.: Это чувство или ощущение? Доктора, умейте различать чувства, ощущения и мысли. Вы хоть раз услышали от нашей пациентки о чувствах? Например, у молодого человека часто болит голова, это мешает жить, создает помехи. Например, лекция какая-нибудь важная, а вас в это время мучает головная боль... Или работаете с больным, а у вас в это время голова болит – тоже помеха в жизни. Вы замужем? Муж припозднился, пришел к утру. Сказал, что собрание, но почему-то пахнет модными женскими духами, а у вас сильно болит голова. Если так, то вы не будете с ним ссориться, а можете махнуть рукой и сказать: «Да пошел ты к чертовой матери со своим коллективом, иди ложись спать». А вот у вас голова не болит, я не хотел бы оказаться на месте вашего мужа. Если бы я оказался в это время в роли вашего супруга, то не стал бы говорить, что был на собрании, а сказал бы: «Дорогая, ты учишься в клинической ординатуре, в таком знаменитом институте, ты – умная, придумай что-нибудь сама!» Значит, это все-

таким должно вызывать у вас какое-то чувство. Вы когда-нибудь задумывались о том, чтобы пойти к кому-нибудь рассказать о головной боли попробовать ее лечить?

П.: Да.

В.В.: У вас было одно чувство – чувство волнения и тревоги, раз уже человек собирался пойти лечиться. Есть еще одно чувство, сопровождающее вашу боль, – тревога. Скажите, а вы пробовали проследить, с чем может быть связана эта головная боль.

П.: Когда понервничаю сильно.

В.В.: Обратите внимание, доктора, что врач очень часто упоминает сотрудника комитета государственной безопасности, работающего с никарагуанским шпионом. Один из наиболее важных фактов, который должен сообщить пациент, – это после чего возникает головная боль. Здесь уже мы начинаем находить ключик к диагнозу.

Так после чего возникает головная боль? Вы сказали, после нервного напряжения, когда понервничаю. А еще когда?

П.: Просто так.

В.В.: А может случиться так, что за день до головной боли была неприятная ситуация, но сразу после нее боль не началась? А?

П.: Нет.

В.В.: У нашей пациентки – головная боль напряжения. Я могу дать вам такой совет: попробуйте отметить механизмы возникновения головной боли и чувство, которое вы испытываете. Большое вам спасибо за помощь!

Относительно редко бывает так, чтобы врач вызывал чувство радости и удовольствия при встрече. Не надейтесь на то, что к вам будут приходить благодарные больные, бросаться вам в объятия и говорить: «Боже мой, какое счастье, мы снова с вами встретились! У меня опять прободная язва!» Будет ли честным сказать, что расспрос нашей пациентки об ощущениях, о соматических симптомах был все-таки значительно проще, чем расспрос о чувствах? Можете вы так сказать, или это я навязываю вам свою точку зрения? Скажите, чем закончилась наша беседа? Не тем, что мы поменяли локализацию боли, а тем, что пациентка связала свою боль с «неприятностями». С проблемой психического напряжения. Слово «неприятности» – бытовое слово. Но и это удалось выявить только путем целенаправленного расспроса.

Первые жалобы были спонтанными: «У меня головная боль, она частая, она вот здесь». Чувство выяснить не удалось, я это почти навязал, клещами вытащил, чуть ли не под страхом смерти. Неправильный прием, могу прямо сказать, поскольку мы можем такого напуганного пациента спровоцировать на подтверждение своей собственной идеи.

Следующая ролевая игра. Кто хочет поучаствовать? Вперед, коллега.

В.В.: Итак, вы – пациентка, я – семейный врач. У нас с вами 10 минут на встречу. Про какую боль будем рассказывать?

П.: Головную. У меня головная боль, локализована в височной области, она пульсирующего характера, усиливается при перемещении положения головы. Больше она меня беспокоит к вечеру, усиливается и уменьшается только после приема какого-либо препарата. Я заметила, что она появляется после того, как я сильно устану, переволнуюсь, после стресса.

В.В.: Какая образованная у нас пациентка... Хотя слово «стресс» стало сейчас очень популярным. Что еще?

П.: Боль отдает в глаза, чувствую прилив крови к глазам, они становятся красными. Какое бы положение не принимала, боль не уменьшается.

В.В.: Вы говорите, что кровь приливает к глазам и они становятся красными. Вы в это время смотрели в зеркало? Глаза действительно краснеют?

П.: Действительно.

В.В.: И долго держится это покраснение?

П.: Как выпью таблетку, посплю – и проходит.

В.В.: Вы пробовали несколько вариантов таблеток?

П.: Нет, я пью цитрамон.

В.В.: Вы его случайно выбрали или целенаправленно?

П.: Случайно.

В.В.: Через какое время после приема цитрамона вы чувствуете облегчение?

П.: Через час.

В.В.: Если вы не примете цитрамон, то сколько будет продолжаться головная боль?

П.: До семи часов.

В.В.: А головная боль не мешает вам засыпать?

П.: Мешает, я долго ворочаюсь, пытаюсь что-то читать.

В.В.: Серьезная проблема.

Как вы думаете, расспрос семейного врача закончился бы на этом? Думаю, да. Затем последовало бы несколько назначений. Например, пациентку отправили бы на рентгенографию черепа. Более печальной истории, чем повесть о рентгенографии черепа, в природе не существует. Когда у нас был семинар по эпилепсии, то немецкие эпилептологи перенесли во время этой встречи несколько шоковых ударов. Например, они никак не могли понять, что мы используем рентгенографию черепа не только для изучения патологии костной ткани, но и для исследования загадочного «внутричерепного давления». Как-то раз мы одну и ту же пациентку, с одним и тем же снимком, отправили к трем различным рентгенологам. Как вы думаете, какими были заключения? Один сказал, что внутричерепное давление снижено, второй – повышено, третий не нашел никакой патологии. Я вам уже говорил о своеобразной «запрограммированности» наших с вами пациентов. Но мы порой забываем о том, что и врачи «запрограммированы» на определенный алгоритм обследования. Если пациента направили к вам с головной болью, значит, у него повышенное внутричерепное давление. Ну, еще к офтальмологу могут направить для исследования сосудов глазного дна – это имеет хоть какой-то смысл. Должен вам заметить, что на сегодняшний день в Бишкеке единственным достоверным способом диагностики внутричерепной гипертензии является магнитно-резонансная томография. Все остальное крайне сомнительно. В экстремальных ситуациях можно сделать спинномозговую пункцию. Нормальный семейный врач отправил бы нашу пациентку к невропатологу и на этом успокоился. О чем следовало бы спросить? Я бы спросил: «А как вы относитесь к этой головной боли? Какие чувства она у вас вызывает? Вы пришли ко мне первому или раньше обращались с этим к кому-то еще? Обязательно бы поинтересовался, почему она никогда не обращалась к врачу, если это мешает ей жить вот уже три года. Итак, я задаю сейчас этот вопрос нашей пациентке.

В.В.: Почему вы раньше не обратились к врачу, если это мешает вам жить вот уже три года?

П.: Я боюсь, что у меня найдут что-то серьезное.

В.В.: А чувство волнения от того, что выпалась, но утром все равно голова болит, бывает?

П.: Да.

В.В.: Наверное, грустно бывает оттого, что вы не в форме.

П.: Конечно.

В.В.: И вот опять мы получили замечательный рассказ пациентки о соматических симптомах, о недоумении, волнении и неспособности вспомнить о чувствах, которые вызывают эти соматические симптомы. Согласитесь, здесь мы сталкиваемся с тем, что не поддается обычного логичному объяснению. Если этот симптом мешает жить, то с ним надо что-то делать – его надо убрать, откорректировать, как, например, мы исправляем проблему зрения тем, что носим очки. Что мешает? Вероятно, есть какое-то чувство, которое останавливает человека от визита к врачу. И чаще всего это – страх.

Поверьте мне, что с ориентацией пациента на постоянное общение с врачом вы в своей практике встретитесь редко. А в абсолютном большинстве случаев столкнетесь с нежеланием пациента общаться с врачом. И происходит это из-за страха перед возможностью серьезного заболевания и из-за боязни ощутить вдруг себя неполноценным человеком. Вот эти страхи и отгораживают наших пациентов от врачей. Скажите, молодые доктора, есть ли у вас пациенты, для которых ваша помощь оказалась бы в три раза эффективнее, если бы они обратились к вам раньше? Есть такие пациенты? Есть.

Во время работы с этой милой дамой мы опять почти ничего не выяснили о чувствах. Неумение распознавать свои чувства является одной из наиболее серьезных трудностей, с которыми сталкиваются врачи во время работы с пациентами. На самом деле у этой больной есть и тревога, и депрессия, просто она их не предъявляет, а мы о них и не узнаем, если не зададим несколько целенаправленных вопросов. Врачи-кардиологи на подобный расспрос не ориентированы. На это ориентирован врач-психиатр. Но я вам прямо могу сказать, что и с психиатрами, и с клиническими ординаторами мы обсуждаем одну проблему – проблему изучения чувств пациента.

Мои клинические ординаторы прекрасно умеют описывать, например, слуховые галлюцинации, но даже в хорошо оформленной истории болезни вы вряд ли столкнетесь с упоминанием тех чувств, которые вызывают подобные расстройства восприятия у пациента. С больным, который считает, что слышит реальный голос реальных инопланетян, нельзя договориться о лечении – такой

пациент не считает себя больным. Он будет относиться к врачу как к насильнику, который превращает его в сумасшедшего. Но если врач выясняет у своего пациента, что тот устал от голосов инопланетян, что ему страшно, что они ему мешают, и ему иногда уже не хочется жить, то тогда можно спросить такого больного о том, хочет ли он, чтобы вы ему помогли избавиться от этого постоянного страха. Вы получите утвердительный ответ, будьте уверены. И вам не надо доказывать своему пациенту, что он сумасшедший и что ему надо лечиться. Вы договорились и заключили с ним контракт на то, чтобы ему не было страшно.

Далеко не всегда даже психиатр беседует со своим пациентом о чувствах, если больной сам эти чувства не предъявляет. Нельзя прожить жизнь, не испытывая тревоги. Это невозможно. Давайте построим сейчас свой распрос таким образом, чтобы все-таки услышать рассказ о том, «как я испытывал тревогу».

Кто хочет поиграть? Молодой человек, прошу.

В.В.: Были случаи, когда вы испытывали тревогу?

П.: Да, были.

В.В.: Расскажите.

П.: Это чувство страха.

В.В.: Страх перед чем? Что пугает вас в этой жизни?

П.: Не знаю... Просто, страх...

В.В.: Вы боитесь кого-то потерять?

П.: Не знаю, наверное...

В.В.: Вы женаты? Простите, мы же играем, правда?

П.: Нет, не женат.

В.В.: Но есть девушка, которая вам нравится? Можете нам о ней рассказать?

П.: Ну, она нормальная... Хорошая... Добрая... Ну, не знаю...

В.В.: Какие у нее глаза, волосы, походка?

П.: Глаза черные, короткие волосы, ростом, как я, худенькая.

В.В.: Есть ли в ней что-нибудь особенное?

П.: Кажется, нет... Ничего...

В.В.: Как хорошо, что она сейчас нас с вами не слышит... Или слышит?

П.: Нет, не слышит...

В.В.: Хорошо. Как вы к ней относитесь?

П.: Нормально отношусь, хорошо отношусь...

В.В.: А что Вы испытываете, когда смотрите на нее, слушаете ее, находитесь рядом с ней?

П.: Да нормально я себя с ней чувствую... Не знаю, это трудно описать...

Спасибо, вы нам здорово помогли. Доктора, вы поняли что-нибудь из рассказа нашего коллеги? Как он испытывает тревогу? Чего он боится? Он у нас с вами такой конкретный... Он сказал нам про страх, а вот рассказывать про свои чувства трудно, так же, как и описывать других людей. Трудность рассказа о чувствах свидетельствует о наличии такого симптома, как алекситимия.

Алекситимия – это трудность словесного выражения своих чувств. Алекситимия зависит от целого ряда факторов. Есть языки, содержащие большое количество слов, обозначающих чувства. Это, например, русский, грузинский, итальянский. Я вам уже говорил, что в японском языке нет какого-то одного слова, обозначающего понятие «тоска». Японцы рисуют плохое настроение в виде солнца, закрытого тенью. Они вообще склонны к образному восприятию мира. Вот и пойми у них, что такое «грусть». А где еще, кроме русского языка, вы сможете встретить такой поэтический образ, как «светлая печаль»? Трудно представить светлую печаль, но можно. Язык позволяет или не позволяет выразить свои чувства. В тюркской группе языков существует бесчисленное множество определений различного возраста телят, но ограничено количество слов, обозначающих чувства. Для русского языка слово «депрессия» стало родным. Всем понятно, что это печаль, тоска. А вот эквивалента понятию «депрессия» в кыргызском языке мои сотрудники-билингвы пока не нашли и продолжают спорить. Существует хорошее кыргызское слово для обозначения понятия «страх», но трудно подобрать обозначение понятия «тревога».

Как бы я рассказал, что такое тревога? Тревога – это когда ты все время ждешь, что с тобой что-то должно случиться, но не знаешь, что конкретно произойдет. То ли это случится с твоими близкими, и тогда ты начинаешь хвататься за телефон, начинаешь звонить и спрашивать, как там у них дела. То ли что-то с ребенком – ушел, и нет его долго. Или думаешь, что-то на работе произойдет, но не можешь понять, что именно. И ты говоришь врачу: «Эта неопределенность настолько тяжела, что я не могу места себе найти». Мы придумали для тех, кто не может выразить свои чувства словами, показывать их жестами.

Давайте снова поиграем. Разбейтесь на пары и сядьте друг напротив друга. Договоритесь, кто будет ведущим. Попросите вашего партнера показать вам руками, как он испытывает страх. Что, получается? Теперь попросите его усилить этот жест. Вот так. Продолжайте это делать минуты три. Кто сказал, что ему трудно? Почему трудно? Напряжение внутри? Почувствовали? Поздравляю, вам удалось испытать чувство тревоги. А тому, кто наблюдал за этим дерганием, спокойно было? Или смешно? Смех – разрядка напряжения, это естественно.

Когда я работаю с человеком, плохо знающим русский язык, то прошу своего пациента показать руками, что он чувствует. Жесты, демонстрирующие тревогу, вызывают тревогу и у того, кто за этим наблюдает. Вам случалось находиться в комнате, где кто-то в тревоге метался? Что вам хотелось тогда сделать? Правильно, дать ему хорошего пинка, чтобы остановился и вас не напрягал. Так вот, когда пациенту трудно самому описать тревогу, то он может использовать еще наблюдение за поведением человека или спровоцировать у него поведенческие проявления тревоги. Именно так, как мы сейчас в парах делали.

Давайте еще раз вернемся к идеям соматизации. Соматизация – это превращение тревоги и (или) депрессии в соматические симптомы. Тогда мы говорим о соматических масках депрессии и тревоги. Вспомните, мы с вами только что говорили о функциональной соматизации, определяемой границами наших с вами диагностических возможностей. Можно ли считать ее реальной соматизацией тревоги и депрессии? Нет. А ипохондрическую соматизацию? Тоже вряд ли. Я хочу вас приучить к нескольким основным вещам. Старайтесь постоянно интересоваться психическим состоянием своего пациента, в том числе его личной жизнью, изменением качества жизни в связи с болезнью, интересуйтесь его психологической реакцией на болезнь. Вы работаете в такой области, в которой вам приходится сталкиваться с очень серьезными проблемами; болезни ваших пациентов весьма серьезны и часто реально угрожают жизни. Я хочу приобщить вас к идее концептуального подхода в медицине.

Я вам только что еще раз напомнил три вида соматизации, выделенные американскими психиатрами, но сейчас говорю о том, что в этой классификации стоит засомневаться. Сомневающийся врач – это хороший врач, это доктор, который постоянно

уменьшает процент своих ошибок. Я хочу, чтобы вы были хорошими врачами. И не только потому, что я вас люблю, но и из чисто эгоистических целей – заболев, я хочу попасть к хорошему врачу, а не в морг.

Мы с вами выявили, что больной гораздо охотнее предъявляет соматический симптом, потому что этот симптом понятен, он гораздо легче описывается, да и табличка на кабинете врача («терапевт, «кардиолог», «травматолог») ориентирует пациента на рассказ о физическом страдании. Вы можете себе представить, что к врачу-травматологу приходит женщина, которая рассказывает ему о своих проблемах с мужем? Представьте себе, что вы получаете примерно такой рассказ: «У меня хороший муж, он прекрасно относится к детям, обеспечивает семью, дети его любят, но я не могу с ним жить». – «Почему?» – «Да потому, что когда он пьет чай, то он его как насос засасывает, а у меня появляется волна отвращения». Если она расскажет это травматологу, то легко представить себе замешательство доктора, выслушавшего эту галиматью. Он, вероятно, скажет: «Милая, а что вы ко мне пришли, у вас нет моей патологии; руки и ноги двигаются нормально». – «Но вы же врач, – ответит пациентка, – вы изучали психологию и психиатрию в институте. Если я пойду к психиатру, то все решат, что я сумасшедшая. Но это же не сумасшествие – не любить своего мужа, а вы как врач можете дать мне совет». Реакция травматолога в этой ситуации вам наверняка понятна.

Я вспоминаю случай, когда один из моих пациентов, полковник, работающий в милиции, приехал в Бишкек в командировку. Здесь заболел психическим расстройством, напросился на прием к министру внутренних дел Киргизии и его помощнику объяснил, почему он хочет записаться на прием, таким образом: вчера он изменил своей жене и хочет, чтобы его судили судом офицерской чести. На что помощник министра ему сказал: «Товарищ полковник, да если все наши офицеры начнут по такому поводу обращаться к министру, то нас всех уже придется расстрелять, включая лично меня, и, как я предполагаю, и самого министра». Мой пациент на этом не успокоился, но когда он появился на приеме к министру в третий раз, то его под белы ручки привели ко мне два майора. Им казалось настолько странным желание человека быть осужденным за измену жене! Естественно, что по-

добный товарищ и не мог восприниматься иначе, как пациент с психическим расстройством.

Вот если врачу-интернисту начнут предъявлять жалобы психологического характера, то у врача может возникнуть реакция отторжения и он сам может прервать подобный рассказ. Кроме того, врач и не ориентирован на выявление симптомов тревоги и депрессии. Отсюда тревога и депрессия у наших пациентов предстают в виде соматического набора признаков. Поэтому даже само понятие «соматизация» становится расплывчатым и начинает требовать дальнейшего уточнения. Может быть, существует истинная соматизация (кто его знает?), когда тревога и депрессия проявляются даже при самом тщательном расспросе исключительно соматическими симптомами.

Мы уже говорили с вами об алекситимии, об отсутствии в ряде языков понятия «депрессии». Вчера мы беседовали с одним из моих аспирантов. Он сказал, что одной из главных проблем для психиатра в Кыргызстане является то, что в кыргызском языке отсутствует адекватный эквивалент понятия тревоги, хотя существует слово, обозначающее страх. Культуральные запреты на выражение эмоций – чрезвычайно интересная тема для исследования. Существует целый ряд культур, в том числе и советская культура, накладывающие запрет на рассказ о чувствах. Не запрещалось рассказывать об ощущениях. Вы можете себе представить нормального мальчика четырех лет, который рассказывает маме о том, что у него болит головка? Нормально? – Да. А теперь представьте себе: ребенок приходит к суровому, необщительному отцу и говорит: «Знаешь, папа, что-то мне взгрустнулось». Странно? – Верно, странно.

Я счастлив тем, что у меня были очень хорошие родители. И, хотя сейчас я старше своего отца на пять лет, я и сегодня порой в них очень нуждаюсь. Я вспоминаю любимое выражение моей мамы, когда я говорил, что мне грустно: «Работать надо. Грустно бывает от безделья, дорогой». Или: «Ты чего сидишь?» Я отвечал тогда: «Да вот, сижу, думаю». А она отвечала мне: «Работай. На работу не натыкаешься». А вот чтоб я папе такое сказал – абсолютно исключено! Мальчик, который расскажет родителям о своих чувствах, о том, что, например, он не хочет выходить на улицу, потому что Вовка его девчонкой обозвал. Слово «девчонка» – показатель слабости. Ну, женщине еще дается право на чув-

ства, мужчине же это категорически запрещено. Поэтому многие культуры ориентированы на то, чтобы люди вообще не говорили о чувствах. Толковали о работе, о каких-то конкретных ситуациях. Я очень сомневаюсь, что наша культура в ближайшее время откажется от подобного запрета.

Давайте вместе с вами вспомним ваш выпускной вечер в институте. Поднимите руку те из вас, кому родители задавали вопрос о чувствах, которые вы испытывали, когда стали врачом? То, что вы приводите мне сейчас в пример, – это вопрос о действиях, а про чувства у вас спрашивали? Нет? Это нормально, доктора. Нормально, к сожалению, для нашей с вами культуры. Тем не менее, у кого-то перед началом врачебной карьеры могло возникнуть чувство страха («Как же я буду лечить больных, я же ничего не знаю?!»). А другой скажет: «Слушай, мам, я как представляю, что теперь нужно идти на работу к восьми утра и задерживаться до семи вечера, а то и позже... И с утра до вечера я буду слышать только о том, как у кого-то что-то болит. А если у него перестало болеть, так он и перестал ходить. Вот я представил, мама, такую жизнь и подумал: Господи, куда ж я попал, зачем мне это надо! Знаешь, как у меня на душе скверно, какая тоска...» А ведь некоторые из вас наверняка испытывали подобный страх, однако не думаю, что вы говорили со своими родителями о подобных чувствах. Вот я сейчас рассказываю вам об этом, а думаю о том, как часто я сам говорил со своей дочкой о ее чувствах. Я сейчас разговариваю с ней иногда о чувствах, но когда она училась в школе, я не делал этого. Я знаю, что были ситуации, когда должен был вести себя с ней по-другому... Но я вспоминаю, что я повторял одно: надо работать.

Понятие алекситимии возникло двадцать лет назад. Тогда, когда росла моя дочь, не было еще всей этой проблемы культурального запрета на чувства. То есть она была, но о ней никто не задумывался. Бог не дал мне таланта догадаться об этом. А научиться у кого-нибудь я не мог, так как данная проблема еще не разрабатывалась в мировой медицине. Мой человеческий и практический совет молодым людям: разговаривайте со своими детьми и родителями о чувствах, – поверьте мне, это важно делать вовремя. По-моему, умение выражать чувства словами не слишком зависит от образования. Некоторые люди с высшим образованием выражают чувства гораздо хуже, чем деревенские старушки.

Последние порой так образно рассказывают о своих чувствах, что хочется им посоветовать пойти преподавать в Национальную академию наук и научить, наконец, наших академиков описывать свои чувства. Когда такой академик приходит к тебе и ты начинаешь спрашивать его о чувствах, то он тебе рассказывает о деловых ситуациях. Ты ему – про чувства, а он – опять про ситуации или о своих ощущениях. Ты его спрашиваешь: «А вот страх – это чувство?» «Да», – отвечает он. «Расскажите о страхе». А он тебе: «Сердце колотится, голова начинает болеть». – «А что вы при этом чувствуете?» – «Говорю же, голова болит». Так и хочется деревенскую старушку сделать его учительницей. Иногда такие бабушки о чувствах рассказывают так, что даже плохо зная русский язык, ты сразу же понимаешь, насколько они страдают.

Я вспоминаю своего пациента – выпускника Политехнического института, у которого были сложные отношения со своей невестой, врачом-терапевтом. Он считался завидным женихом. Красивый мужчина, с высшим образованием. Невесту выбрал не очень привлекательную внешне, но она ему нравилась. Правда, до нее он пообещал жениться уже трем девушкам. После этой свадьбы он начал чахнуть, постоянно что-то болело – то сердце, то голова. Его супруга (врач) посоветовала ему поехать к целителю – деду Афанасию. Пациент рассказал деду о трех своих бывших невестах, дед подул на блюдечко, посмотрел туда и говорит: «Ну-ка, видишь эту Аню? Это твоя бывшая невеста, она тебя и заколдовала. Вот она-то тебя и заколдовала». Гениальным психотерапевтом был этот дед Афанасий. Дело происходило на дальнем хуторе, в девять часов вечера. Дед пообещал помочь молодому человеку в том случае, если тот привезет ему бутылку кагора. И это в то время, когда был полный запрет на продажу алкоголя. Дед также поставил условие: привезти кагор до 11 часов вечера. За 15 минут до положенного срока они привезли деду кагор, дед его заколдовал, после чего пациент стал пить это вино по особой дедовской схеме – и через 3 дня почувствовал себя лучше. А ведь до этого он ходил к врачам, всем жаловался на недомогание, слабость, боли в области сердца, плохой сон и потливость рук. Какой диагноз вы бы ему поставили? – Верно, вегетососудистую дистонию. Но поскольку сердце долго болело, то уже обнаружили бы и остеохондроз, и еще целый воз болезней, а он поправился от бутылки кагора. Почему он оказался у меня? – Он пришел ко мне

спустя тридцать лет после посещения деда Афанасия, который к тому времени уже помер. Сын данного пациента купил ему дом, и в этом доме тот стал себя плохо чувствовать. Привели его ко мне в связанном виде, потому что он категорически не хотел идти ни к какому врачу (а к психиатру тем более). Заказ у него был на снятие сглаза. Но в конце концов этот человек понял, что сглаза все-таки не было, что к плохому состоянию его привели другие причины, прежде всего алкоголь, которым он снимал страх и тревогу. А тревога у него возникла непосредственно перед уходом на пенсию...

Вот вам пример того, почему люди обращаются к целителю. Причину своего недуга они определяют как психологическую, но не считают, что врач-интернист сможет им помочь, а к психиатру идти не надо. Мой аспирант выяснил, что жители Баткена с тревожными и депрессивными расстройствами с психологическими проблемами обращаются к целителю, а с соматическими – к врачу. Очень четкое разделение – на душу и тело, не находите?

Лекция №5. ПОНЯТИЕ СТИГМЫ И СТИГМАТИЗАЦИИ. ПРОЦЕССЫ СТИГМАТИЗАЦИИ В ПСИХИАТРИИ И КАРДИОЛОГИИ

Существует простой способ понять своего пациента: надо просто мысленно поставить себя на его место. Представьте себе человека, который не решается пойти к психиатру из-за того, что его сочтут психически нездоровым. Даже если такой человек осознает наличие у себя психологических проблем, он, скорее всего, обратится к врачу общей медицинской практики. Ошибочно считать, что проблема стигматизации в психиатрии затрагивает только психиатров и их пациентов. Врачи других специальностей также находятся в затруднительном положении, когда пациент не склонен предъявлять психологические проблемы из-за страха показаться психически больным. Проблемы стигматизации во многом отражаются на эффективности работы любого врача. Не будет пациент кардиолога рассказывать доктору о трудностях психологического характера – вдруг кардиолог решит направить его на консультацию к психиатру?! Во время перерыва мы обсуждали случай пациента с митральным пороком. Этому человеку

только что исполнилось 40 лет, но он уже инвалид второй группы. Я, вероятно, удивил доктора тем, что спросил о психологических проблемах пациента. Представьте себе, что может чувствовать человек, имеющий вторую группу инвалидности в 40 лет, страдающий заболеванием, которое трудно поддается лечению. Что мог бы испытывать я сам, если бы находился в подобной ситуации? Что испытывали бы вы? Люди испытывают различные чувства, переживая несчастье. Кто-то может, проходя мимо нищего, думать: «Господи, мне еще не так плохо, как ему. Я еще не сижу на улице». А можно рассуждать и так: «Что же я в своей жизни сделал такого, чем мои родители провинились перед Богом, что я совершил, почему я не могу быть таким, как все?! Я не могу радоваться жизни, не могу делать многое из того, что делают мои сверстники!»

Так вот, уверяю вас, доктор, что у вашего пациента есть психологические проблемы, и их немало. Я поделюсь сейчас с вами тем, что обычно не принято говорить на лекциях. Мы все – люди из Советского Союза. Тогда, в советские времена, можно было прожить на заработную плату врача. Сейчас – увольте! На государственной службе платят безобразно мало. Один из моих зарубежных коллег, полюбопытствовав о моей заработной плате, сказал, что у него в клинике швейцар получает в семь раз больше. Потом добавил, что столь низкая оплата труда возможна только в таких странах, где все очень дешево. Вы простите меня за цинизм, но я привык называть вещи своими именами. Кусок хлеба в нашей стране может обеспечить только частная практика. Ваша эффективность в качестве частнопрактикующего специалиста обеспечивается количеством ваших клиентов. А число клиентов определяется вашей популярностью на так называемом «сарафанном радио». Сначала один пациент рассказывает другому о том, что есть в городе замечательный доктор. Потом еще один рассказывает, уже трем, те трое – еще пяти и так далее. Кто-то может возразить, что реклама работает эффективнее. Не уверен, тем более в нашей в стране, где рекламный бизнес пока еще только развивается.

Когда стали создаваться первые кооперативы (это было в конце восьмидесятых), мне предложили создать психотерапевтический центр при кооперативе «Медик». Я не имел никакого отношения ни к этой организации, ни к ее деньгам, а отвечал только за качество своей работы и работы своих сотрудников. Мы зараба-

тивали около 17% от той суммы, которую наши клиенты вносили в кассу, при том что стоимость консультации и по тем временам была более чем умеренная. Первое время наш менеджер регулярно давал объявления в газеты. Мы заметили, что объявление работает не больше двух недель, затем его эффект исчезает. Каждые две недели реклама должна появляться вновь.

После того как у нашего менеджера начались неприятности то ли с милицией, то ли с рэкетом, он решил закрыть центр и перестал давать объявления в газету. Но центр продолжал работать, и клиенты у нас появлялись постоянно. Действовала не официальная реклама, а «сарафанное радио»: я пролечил больную, она привела свою невестку, та – свою сослуживицу, сослуживица – подружку, подружка – друга и так далее. Этот пример показывает, что «сарафанное радио» оказывается столь же эффективным, а порой и более успешным, чем официальная реклама.

Нашему пациенту очень важно понимать, что им интересуются, что с ним хорошо работают. Хорошая работа для нас с вами – это, прежде всего, правильно организованная система взаимодействия, система обращения к душе пациента, к его психике, к его проблемам. В процессе вашего взаимодействия могут происходить курьезные вещи. Например, один из моих пациентов мне как-то заявил: «Валерий Владимирович, мы не будем говорить про мою головную боль. Это вообще не проблема. Давайте лучше поговорим о том, что я еще в этой жизни не самореализовался». Это было тем более странно, что его на консультацию привела жена, он был не против того, чтобы попробовать лечение у психотерапевта, но относился к этому очень иронично. И вот такой результат... Я помню, что часть врачей центра вынуждены были уйти по банальной причине – к ним не записывались пациенты. Расспрашивайте ваших больных, интересуйтесь ими – и вы будете популярны у своих пациентов.

Вы сейчас говорите, что врачу-кардиологу не хватает времени на то, чтобы расспросить пациента о его личной жизни? Я в это не верю. Сколько у вас больных? Всего пятеро. У моих клинических ординаторов первого года обучения – в среднем десять, второго года обучения – пятнадцать пациентов. Все клинические ординаторы обязаны подробно расспрашивать своих пациентов о личной жизни – у них работа такая. Вы тоже сможете найти время, если поймете, что это действительно важно.

Вернемся к стигме. Что переживает стигматизированный человек? Ваш пациент с митральным пороком тоже стигматизирован, верно? Он несет на себе ярлык «тяжелого больного». Вы рассказывали мне, что он женат, что за ним в палате ухаживала жена – настолько он был тяжелым. Поговорите с его женой. Уверен, вы узнаете, что у нее не очень счастливая жизнь. Я поставил сейчас себя на ее место. Если бы я был ею, то, возможно, сказал бы ему: «Господи, ну почему у других жен мужики как мужики, дрова пилят, каждую ночь к жене пристают, а у нас это бывает раз в году после посещения твоего доктора». Что вы так застеснялись? Это жизнь. Поставьте себя на ее место, и тогда вы поймете все ее проблемы. И поймете, может быть, его горе и его страдания. Вот что переживают стигматизированные пациенты. Стигмой может стать не только психическое расстройство. Это может быть шрам на лице у красивой юной девушки, не имеющей денег на косметическую операцию. Это может быть врожденный дефект – все, что угодно, что позволяет заменить сложного человека одним признаком – шрамом, пороком сердца, психическим расстройством.

Какие переживания характерны для лиц, стигматизированных психическим расстройством? Прежде всего, чувство стыда. Я вам уже рассказывал о работе своей аспирантки, которая исследует популяционный портрет психически нездорового человека. Большинство наших граждан считают, что психически больной – это неуправляемый, агрессивный тип. Пациент с ярлыком «психически больного» испытывает чувство стыда – в глазах общества он сумасшедший. Когда-то, года два назад, я организовал Ассоциацию родственников больных с психическими расстройствами. На первое собрание пришли только одни женщины, как оказалось матери. Одна из них заявила: «Как хорошо, что вы нас собрали, что хотите какую-то организацию создать, чтобы мы тут друг друга поддерживали. Я порой сгораю от стыда потому, что родила больную дочь». Интересно, что я до этого работал с ее дочерью. Это пациентка с шизофренией, инженер по профессии, давно утратившая свою работу. Когда я поинтересовался, почему она так редко выходит на улицу, больная ответила: «Когда я выхожу на улицу, то замечаю, что мои соседи стараются не встречаться со мной». Нет, это не бред отношения, доктора. Это – осознание своей отличности, непохожести на «нормальных людей».

Она рассказывала мне о продавцах магазина, обращающихся с ней так, как будто она заразна... Знаете, доктора, я с удовольствием ношу значок, который мне подарили греческие коллеги. Надпись примечательная: «Шизофрения – откройте дверь. Не бойтесь нас». Он у меня прикреплен на кепке и надпись легко читается. Я просил еще галстук с надписью «У меня депрессия». Но шотландские жмоты три дня обещали, а потом сказали, что галстуки закончились. Я бы носил такой галстук, причем не из вызова, а потому что кто-то должен начать такое дело! В Шотландии носят такие галстуки для того, чтобы люди изменили свое представление о психически больных.

Запомните, что переживания наших пациентов и наши представления об их переживаниях не совпадают. Мы считаем их злыми и агрессивными, а они больше всего стыдятся своей болезни. Я сегодня, работая с клиническими ординаторами, показывал девочку с могучим бредом: она и «жена Аллаха», и «святая», и кто-то там еще. Я спросил о ее проблемах. Какие могут быть проблемы у «жены Аллаха»? Я-то предполагал, что у нее проблем не существует. Но вдруг она заплакала и сказала: «У меня есть трудности – я не могу ходить к родственникам, потому что мой брат запрещает своим детям и жене разговаривать со мной, считает, что от меня можно заразиться». Представляете, она, будучи «женой Аллаха», стыдится, поскольку родной брат не пускает ее в свой дом.

Еще одно типичное чувство для стигматизированных своей болезнью людей – чувство вины. Кардиологи здорово умеют вызывать чувство вины, рассказывая своим больным со стенокардией о том, как они сделали себя больными. Марк Твен как-то сказал своему доктору: «Доктор, если я брошу курить, пить, гулять, бражничать, гоняться за юбками, вы мне гарантируете долгую жизнь?» На что врач ответил, что долгую жизнь он ему не гарантирует, но зато абсолютно уверен, что подобная жизнь покажется очень долгой.

Чувство вины возникает не только у религиозных людей – это нормальное человеческое чувство. Знаете, еще лет пятнадцать назад я не мог себе представить, что буду говорить о религиозности перед врачами. Мы остаемся страной преимущественно атеистической. Да, сейчас люди ходят в церковь или мечеть, молятся на иконы или совершают намаз, даже постятся, но все эти ритуалы не

делают человека религиозным. Для меня как психиатра показатель религиозности пациента с депрессией – это предъявление своей вины и греховности как причин возникновения расстройства.

Для стигматизированного человека характерно утаивание от общества факта своего заболевания. Семьи, в которых есть пациент с психическим расстройством, обычно прячут его от общества. Приведу вам один пример. Недавно я консультировал родственника одного из наших высокопоставленных чиновников. У этого человека – шизофрения, первые симптомы которой появились пятнадцать лет назад, но ни он сам, ни кто-либо из его родственников никогда не обращался за помощью. Данный пациент поступил в больницу с другим (соматическим) заболеванием, но лечащий врач, который заметил явные признаки психического расстройства, попросил меня о консультации. Я выяснил, как живет этот человек. У него своя комната, он хорошо питается, но не принимает участия ни в семейных советах, ни в приеме гостей. Согласитесь, в подобной ситуации вряд ли возможно чувствовать себя полноценным членом семьи. Пациент с психическим расстройством становится той самой паршивой овцой в стаде. Но как бы семья не прятала своего больного родственника, секрет откроется в самый неподходящий момент. Помните закон Мерфи? Если вы находитесь в отделении и вам необходим постельный режим, то за день до вашего поступления «утки» закончатся. Либо «утки» будут в отделении, но стоять они будут так, что вы не дотянетесь, а если дотянетесь, то обязательно прольете ее содержимое. Если у вас проблемы со сном и вам удалось заснуть без снотворного, то в десять часов вечера вас разбудит медсестра и заставит выпить снотворное. Если вы очень хотите что-то спрятать, то тайное станет явным в наиболее неподходящий для этого момент!

Еще одна важная черта стигматизации – это формирование искаженного представления о том, как должен вести себя психически больной, если он «в ремиссии». Пассивность и безынициативность при этом рассматриваются как признаки «нормального» состояния. Приведу вам один пример. Сейчас у нас функционирует реабилитационное отделение, которое очень трудно было открыть, сложно было найти сотрудников, которые хотели бы заниматься реабилитацией. Согласитесь, это не всегда благодарная и порой очень тяжелая работа. Мы стали сталкиваться с интересным, на наш взгляд, парадоксом: у нас увеличилось количество

больных, госпитализированных по настоянию родственников. Начали разбираться – оказалось, что признаком «изменения психического состояния», по мнению родственников, становится увеличение активности и появление инициативы у пациента. В реабилитационном отделении пациенты обучаются новым формам поведения, находясь в условиях дневного стационара. Действительно, они становятся более активными и самостоятельными в принятии решений. А родственники воспринимают это как признак сумасшествия! Понимаете, приходит наш пациент домой и говорит брату: «Меня не устраивает, что ты на полную мощность включаешь музыкальный центр, так как мне надо рано лечь спать». Семья, которая давно относится к нему как к безропотному роботу, воспринимает подобные формы поведения как признаки обострения заболевания. Представьте себе, что гражданин нашего государства начнет отстаивать свои гражданские права в приемной высокопоставленного лица. Что вы смеетесь? Ненормально? Примерно в такой же ситуации находятся и наши пациенты. Инициатива в их случае наказуема.

Наши пациенты страдают от одиночества, социального отторжения, от сложившихся стереотипов восприятия, социальной и прочей дискриминации. Психически больные воспринимаются даже людьми с медицинским образованием как агрессивные, злые, сексуально расторможенные и непредсказуемые.

Врачи с трудом понимают необходимость заботиться не только о теле своего пациента, но и о его душе. Это объясняется самим характером нашего с вами образования. Шесть лет студент медицинского факультета изучает человеческое тело и его болезни. Очень небольшое время отводится на изучение психической сферы. В Кыргызско-Российском Славянском университете, где ситуация совершенно иная, достаточно большое количество часов отводится на изучение психологии и психиатрии. Но даже среди выпускников медицинского факультета этого университета немало врачей-терапевтов, считающих психическую сферу менее значимой, чем телесная. Психиатры, напротив, не уделяют достаточного внимания телу пациента, сосредоточиваясь только на психической сфере – это, доктора, издержки узкой медицинской специализации.

У меня в руках текст, который хотелось бы зачитать. «Для меня стигма обозначает страх, который ведет к отсутствию уве-

ренности. Стигма – это утрата, приводящая к неразрешимой скорби, это отсутствие доступа к ресурсам (образованию, деньгам, престижной работе, семье). Стигма означает либо пребывание вне поля видимости других людей, либо оскорбления, которые, в конце концов, приводят к конфликтам. Стигма – это недостаток уважения со стороны членов семьи, мучительное, ужасное чувство стыда, снижение самооценки». Так написал американец, стигматизированный своим психическим расстройством. Для меня наиболее уместным представляется ассоциация стигмы с безнадежностью, порождающей абсолютную беспомощность. Это страшно. Мы говорим о стигме так много не потому, что я собираюсь сделать из вас специалистов по дестигматизации. Просто подумайте на эту тему. Уверен, что это будет чрезвычайно полезно как для вас, так и для ваших пациентов.

Следует отметить, что у процесса стигматизации две стороны: представьте себе разнузданную пациентку отделения неврозов, которая заявляет своей семье: «Я сумасшедшая и плюю на вас, здоровых». Это может быть спекулятивным использованием своей болезни. Если я стигматизирован как психически больной, то дайте мне квартиру или первоклассный дом отдыха.

Вот в благополучной киргизской семье выросла девочка, которая хорошо училась, успешно делала школьную карьеру, окончила школу с золотой медалью, сама поступила в институт, на нее возлагались большие надежды. Как вдруг она заболела. Что делает семья? Сначала они как бы не замечают эту болезнь. Но это не стигматизация, а форма отрицания. Эта семья не станет ходить по родственникам и всем сообщать о болезни дочери. Нет, они ее утаивают. Так поступает семья и так делает пациент. Нам нередко приходится встречаться с врачами, которые знают психиатрию, но не рассказывают никому о своих заболевших психическим расстройством родственниках, боясь стигматизации.

Вы сейчас говорите, что психиатрия гораздо сложнее кардиологии. Нет, доктора, психиатрия отнюдь не сложнее и не труднее кардиологии. Я очень люблю свою профессию, хотя достаточно критично к ней отношусь. Когда-то я начинал свои лекции с описания причин отторжения психиатрии обществом. Как человек я испытываю большое чувство напряжения, когда должен прибегать к элементам насилия. Я ненавижу решетки в психиатрических больницах! Когда я стал заведующим кафедрой, то начал

с того, что убрал решетки со всех кафедральных окон. Правда, это плохо закончилось: реформации должны быть умными, а не спонтанными. В результате кафедру обокрали, уже после кражи пришлось поставить новые решетки. Я с этим смирился: кафедральные решетки теперь воспринимаются как защита от воров. У меня дома тоже стоят решетки на окнах, но я не чувствую себя в тюрьме. А вот эти сетки, которыми огорожены наши прогулочные дворы для больных, являются моей проблемой. Первое, с чем я сталкиваюсь, приходя на кафедру, это сетка и люди за ней. Для меня это невыносимо! Но как сделать, чтобы те, кого охраняют, не уходили с охраняемой территории? Я этого еще просто не знаю. Такие же заборы я видел в Европе и Соединенных Штатах Америки, но они там не столь заметны, как наши здесь. Я обнаружил там заборы, потому что сознательно их искал, но они у них как-то хитро спрятаны. Я прекрасно осознаю, что порой психиатрия выполняет функции, не свойственные медицине, функции, когда человека удерживают в условиях несвободы. Да, психиатрия порой использовалась в карательных целях – я этого не скрываю, об этом написаны километры статей. Тем более важным для меня и для вас становится то, что психиатрия, которая станет использоваться в вашем институте, должна быть практически лишена подобного карательного элемента.

Стоит вам сказать, что современная психиатрия стремится выйти из изоляции и превратиться в традиционную область медицины, как, например, кардиология. Значимый шаг в сторону интеграции психиатрии в общую медицину уже предпринят: созданы две новых классификации – американская классификация психических расстройств DSM-IV и европейская МКБ-10. Последняя имеет целый ряд особенностей, в отличие от прежних подходов в психиатрии. Психические расстройства описаны в пятой главе МКБ-10, а кардиологическая патология, – в девятой, и вы с ней определенно знакомы. В пятой главе МКБ-10 приводится не только описание каждого расстройства, но и определяются четкие исследовательские диагностические критерии (ИДК), которые позволяют поставить диагноз не только на основании описания расстройства, но и согласно строгому соответствию признаков расстройства указанным диагностическим критериям. Причем важно не только качество, но и количество критериев. Например, при наличии трех критериев определяет-

ся одна тяжесть расстройства, при выявлении трех основных и двух дополнительных – другая тяжесть расстройства, и так далее. Использование информационно-диагностических критериев позволяет унифицировать диагноз, независимо от того, где он был выставлен пациенту – в Бишкеке, во Франкфурте или в Варшаве. Согласитесь, это очень удобно для исследовательских целей – мы получаем сравнимую информацию. Кроме того, врач другой страны, использующий ту же классификационную систему, сможет найти с нашим специалистом общий профессиональный язык. В странах СНГ переход на новую классификационную систему носит нормативный характер – в свое время было принято соответствующее решение во всех министерствах здравоохранения. В настоящее время диагноз, выставленный кыргызстанским врачом, будет расшифрован одинаково как в России, так и в Европе. Между МКБ-10 и DSM-IV существуют различия, но они не столь значительны, чтобы врача из Европы или СНГ, использующего МКБ-10, не понял американский психиатр. Это большое достижение, что психиатры разных стран могут понимать друг друга и обсуждать самые различные вопросы на едином профессиональном языке.

Вторым достоинством МКБ-10 является попытка (пока еще попытка) максимально объективизировать психиатрический диагноз. Индивидуальные симпатии или антипатии врача при формулировке диагноза по МКБ-10 перестали играть столь существенную роль по сравнению с тем, как это было раньше. Диагноз «шизофрения» так же, как и диагноз «инфаркт миокарда», был и остается очень серьезным заключением. Здесь не должно быть каких-то личных симпатий. Вы меня поймете: у человека, которому выставлен диагноз стенокардии или инфаркта миокарда, возникнет немереное количество проблем. От него, как и от нашего пациента с диагнозом «шизофрения», тоже может уйти жена или его могут вынудить уволиться с работы по состоянию здоровья. Но диагноз стенокардии, по сравнению с психиатрическим диагнозом, относится к гораздо более престижным ярлыкам. Со стенокардией можно жить, не опасаясь негативного отношения со стороны общества. Стенокардия – это показатель того, что «сердце не выдержало», «на работе сгорел», «себя не щадил». А вот шизофрения – это диагноз, который почти выбрасывает человека за пределы социальной жизни. Нельзя, чтобы личные диа-

гностические пристрастия сказывались на судьбе пациента. Еще двадцать лет назад я мог сказать своим врачам или ординаторам: «Ребята, это шизофреник, я его носом чую, давайте завтра все запишем, потому что сейчас я не могу с ходу аргументировать. Вот подумаю и аргументирую, почему это шизофрения. Но это точно шизофрения». Понимаете, хорошо, когда у тебя большой нос и когда с нюхом все нормально, а если нос маленький и не то нюхает? А от этого носа зависит человеческая судьба!

В начале восьмидесятых годов европейцы провели исследование, выявляющее доминирующие факторы, которые влияют на постановку психиатрического диагноза. В результате проведенного исследования был установлен интересный факт: 80% опрошенных врачей-психиатров указали на интуитивное восприятие пациента как на один из основных факторов при формулировке диагноза. Когда я задумался над результатами этого исследования, мне стало по-настоящему страшно. Если при постановке диагноза ведущую роль играет врачебная интуиция, то тогда психиатрия должна быть профессией для избранных, для людей, которые способны улавливать тончайшие нюансы человеческого поведения. Так должно быть, но, к сожалению, это абсолютно нереалистично; более того, это профессия третьего сорта, а может быть, даже шестого. Как определяется этот самый «сорт»? Очень просто — заработком. К врачебным профессиям первого сорта на Западе относятся нейрохирургия, кардиохирургия, микрохирургия, пластическая хирургия. Не всегда в психиатрию идут самые умные и талантливые люди — психиатры бывают разными. Да, среди моих коллег немало таких, которые обладают и интуицией, и талантом. Но и они в «чистой» психиатрии не всегда остаются. У меня уходят сотрудники — бывшие ученики. Бог им судья, но я понимаю — хороший заработок порой важнее верности выбранной профессии. Интуитивного взгляда на болезнь мало, классификация должна быть такой, чтобы ею могли пользоваться даже посредственности. Система с исследовательско-диагностическими критериями введена именно с этой целью.

Что еще делает пятую главу МКБ-10 такой особенной? Прежде всего, убраны термины, которые приобрели ярко выраженную эмоциональную окраску. Вы называли кого-нибудь «идиотом»? Как вы к такому человеку в это время относились? А «психопатом»? Все эти термины фигурировали в предыдущей

классификации психических расстройств и имеют за собой диагностический смысл, но давно уже употребляются как ругательства. Если я рассказываю вам про какого-то человека и называю его «алкоголиком», то рисую определенный образ, создаю у вас установку на его восприятие. Если произношу слово «наркоман», то представляю себе типичного наркомана: молодого, истощенного, плохо одетого, исколотого, опасного, возможно, инфицированного СПИДом. Сравните это с тем, как звучит понятие «зависимость» – гораздо мягче, не правда ли? «Никотиновая зависимость», «кофеиновая зависимость» – это как бы художник с бородой, который кружками пьет кофе, или немец. Вы знаете, что в Германии сразу после аортокоронарного шунтирования пациенту сразу дают выпить кружку кофе? Я тоже не знал... Те русские, которые там оперируются, всегда этому изумляются.

В МКБ-10 нет диагноза «олигофрения», но есть «ментальная ретардация». Согласитесь, что слово «олигофрен» давно стало ругательным. Когда мы хотим обидеть кого-то, то говорим: «Что с него взять, он же debil». «Ментальная ретардация» звучит помягче. Нет теперь понятия «психопатия». Вот мой любимый персонаж – Жириновский, не такой уж он и психопат, скорее, актер, играющий психопата. Это расчетливый игрок, который нашел имидж, подходящий для определенных людей определенной культуры и определенного времени. Как видите, старая классификация претерпела целый ряд изменений, прежде чем превратиться в менее стигматизирующий инструмент. Но, как это часто бывает, при достижении определенной цели порой приходится чем-то жертвовать. Рубрики МКБ-10 идеологически не согласованы между собой: в основу первой и второй положены причины и механизм формирования расстройств, остальные сгруппированы по симптоматическим признакам. Мы пользуемся небезупречной классификацией, но этот инструмент помогает уменьшить стигматизацию наших пациентов.

В перерыве мне был задан вопрос о вегетососудистой, или нейроциркуляторной, дистонии. Этот диагноз очень популярен в Бишкеке до сих пор. Поднимите руки те из вас, доктора, которые хотя бы раз в жизни выставляли подобный диагноз. О, как вас много! Если вы возьмете оба тома МКБ-10, то в шестой главе сможете найти данный термин. Но эта дистония никого отношения к понятию «вегетососудистой дистонии» не имеет. Нет

такого заболевания. С этим термином у меня связана одна забавная история. Несколько лет назад я присутствовал на российском конгрессе «Человек и лекарство». Это довольно крупное мероприятие, я был приглашен фирмой «Гидеон Рихтер» выступить на симпозиуме, посвященном кавинтону, – как раз приближалось двадцатилетие со дня выпуска названного препарата. Симпозиум небольшой, всего пять докладов – три московских профессора, швед и я; причем выступали мы именно в таком порядке. Швед, невролог с дополнительными психофизиологической и психиатрической специализациями, привез с собой шикарные слайды, стереоскопические записи мозга. Выступают три московских профессора, которые рассказывают о лечении вегетососудистой дистонии (ВСД). Швед, его переводчик и я оказались соседями. Ко второму докладу швед, довольно молодой, кстати, парень, понял, что в своей далекой северной стране он прозевал последние достижения медицины. Он начал метаться и, поскольку я сидел рядом, стал спрашивать у меня, что же такое «вегетососудистая дистония». Я объяснил ему, что это одна из любимых медицинских фикций, которую мы создаем, когда не знаем, какой диагноз поставить. И дал совет посмотреть медицинские учебники начала и середины двадцатого века, уверив, что там он подобный диагноз отыщет.

А вы решайте сами, пользоваться ли вам этой диагностической категорией или нет. Если хотите и дальше выставлять диагноз «вегетососудистой дистонии», то вы должны сделать следующее: предупредить Министерство здравоохранения о том, что это вам нужно в исследовательских целях и вы не собираетесь нарушать существующее законодательство, согласно которому врачи обязаны формулировать свои диагнозы в соответствии с МКБ-10.

Понятие «вегетососудистая дистония» стало очень популярным в нашей медицине после замечательной для того времени одноименной книги А.М. Вейна. Но все происходит странно, именно так, как когда-то сказал Черномырдин: «Хотели как лучше, а получилось как всегда». У Вейна монография, в отличие от аналогичных тогда западных книг, предполагала наличие определения вариантов вегетососудистой дистонии. Он описал множество вариантов ВСД, с разной этиологией и, соответственно, разной схемой терапии. Обычный же советский врач поступил просто – он все эти варианты убирал, оставляя только понятие

«вегетососудистая дистония», лишь иногда добавляя «пароксизмальная», «приступообразная», «по гипотоническому типу» или «по гипертоническому типу». Соответственно, и терапия становилась подогнанной под доминирующий синдром. Еще раз говорю, установление этого диагноза не соответствует ни одной классификации, поэтому и вам желательно от данного термина отказаться.

Скажите мне теперь, кто из вас при ВСД назначал селективные ингибиторы обратного захвата серотонина? Это не праздный вопрос зануды-психиатра. Имейте в виду, что в тех случаях, когда вы уже определили для себя пациента как больного с ВСД, надо подумать о лечении тревоги и депрессии. Больных с этим диагностическим лейблом трудно лечить – они возвращаются... Или уходят к знахарю...

С вегетососудистой дистонией можно неплохо жить. Можно использовать симптомы ВСД для манипулирования своими близкими и не только – даже своим начальством. «Можно я уйду сегодня пораньше – погода меняется. А у меня вегетососудистая дистония». Хороший пример тому – мой теперешний водитель. Когда он приезжает утром, я уже знаю, каким будет первый вопрос. Он всегда интересуется, как я спал. Я всегда отвечаю, что нормально, он же заявляет, что у него проблемы со сном и вообще со всем, что только может быть. Один раз он находился в скверном эмоциональном состоянии, я стал даже беспокоиться, как бы мы в аварию не попали. Водитель объяснил, что погода меняется, а у него вегетососудистая дистония. Как-то раз он не пришел на работу – давление поднялось... Нормальная причина, я все понял и отпустил. Потом оказалось, что давление поднялось на 4 мм рт. ст. Я говорю ему: «Ты что, американец? Только они так тщательно измеряют, у нас даже в кардиологии цифры АД округляют». Мой прежний водитель жил недалеко от меня и, когда был свободен, всегда домой рвался, а этот в машине сидит. Я говорю, ты можешь уехать – в течение трех часов мне машина не будет нужна. «Я лучше здесь постою, чем ехать домой с женой ругаться». Я представлял его жену какой-то мегерой, но после двухнедельного общения с ним понял, что это святая женщина. Вы только представьте себе, что происходит в семье, в которой муж, вернувшись с работы, говорит жене: «Я сегодня припозднился, пришел в шесть часов, мы должны в половине шестого

измерять давление, а ты, негодная, еще аппарат не развернула». После чего ему шесть раз измеряют давление, потом жена вычисляет среднее арифметическое... Надо ли такого человека расспрашивать о семейных отношениях? А если и надо, то как? А что может рассказать его жена? Подумайте над этими вопросами на досуге, доктора!

Вас, вероятно, больше всего интересуют те заболевания, которые являются предметом внимания не только психиатров, но и терапевтов, невропатологов, дерматологов и врачей других специальностей. Возьмем, к примеру, остеохондроз. Этот диагноз очень по-разному трактуется различными специалистами. Мне кажется, необходимо создать некую рубрику, где будут расписаны диагностические критерии вот таких, не совсем понятных, расстройств. Врачам тогда будет много легче, так как для создания «хорошей» международной классификации нужны порой не только результаты продвинутых исследований, но и простая договоренность между представителями разных областей знаний. Я допускаю, что у подобных диагностических категорий будут определенные недостатки, уязвимость. В этом случае критерием оправданности создания подобной рубрики станет практика. В любом случае, пользуясь единой классификационной системой, мы все (врачи) будем говорить на одном языке. Кроме того, как мне представляется, гораздо меньше останется возможностей для создания медицинских «мусорных ящиков». Поясню, что я имею в виду. Остеохондроз – это классический мусорный контейнер, который со временем, я надеюсь, будет убран. Вы встречались, наверняка, с такими случаями, когда подобный диагноз выставляется доктором практически всем пациентам только потому, что доктор не знает, что делать с их головной болью.

Одна из целей нашей с вами сегодняшней встречи состоит в том, чтобы вы научились по-новому опрашивать своих пациентов с таким распространенным симптомом, как головная боль. Я предлагаю вам следующий алгоритм:

- Начните расспрашивать своего пациента так, как вы это делаете обычно – это поможет и вам и ему почувствовать себя в нужном контексте.

- Пусть пациент опишет, как у него болит голова, употребляя самые разные метафоры.

- Уточните, есть ли связь с эмоциональным фактором. Например, можно задать такой вопрос: «Болит ли голова после того, как вы расстроитесь?»

- Расспросите о частоте появления болевого синдрома. При этом помните, что слово «часто» имеет различное значение для самых разных людей. Для одного человека «часто» – это один раз в месяц, а для другого – пять раз в день.

- Поставьте себя на место своего пациента. Представьте себе, что было бы с вами, если бы у вас болела голова, например, дважды в день. Задайте себе вопрос о том, какие мысли бы у вас возникли. Я видел много больных, которые приходили ко мне с результатами компьютерной или магнитно-резонансной томографии после того, как у них неделями отмечались головные боли. В основном это были молодые женщины, заподозрившие у себя опухоль мозга.

- Поспрашивайте пациента о мыслях, возникающих по поводу болевого синдрома (уверяю вас, вы завоеуете его признательность и доверие).

- Поинтересуйтесь, чем он (она) снимает головную боль (это важный диагностический критерий).

- Расспросите пациента о чувствах, которые вызывает болевой синдром. В такой ситуации нормально, если человек испытывает тревогу и страх. Почему? Если ты даже не боишься самой боли, то должен опасаться того, что головная боль помешает выполнить запланированные дела. Так от незначительного симптома у человека возникает чувство тревоги, которое логично и объяснимо.

Вот что вы можете для начала делать, расспрашивая о тех соматических симптомах, которые предъявляет ваш пациент.

Нелишне будет напомнить вам о том, что понимается под термином «соматизация». Эмоциональные расстройства, такие, как тревога и пониженное настроение, могут проявляться соматовегетативными симптомами, очень напоминающими соматическое заболевание. Мы пришли к выводу, что часто соматический диагноз выставляется не потому, что он адекватен, а потому, что существует проблема взаимодействия врач – пациент, в которой обе стороны не ориентированы на предъявление каких-то симптомов, связанных с психологическими проблемами. Больной может быть не ориентирован на предъявление последних по не-

скольким причинам. Например, порой просто трудно выразить словами свое душевное состояние. Мы пришли к выводу, что и врачу почти всегда трудно задавать вопросы, ориентированные на выявление психического состояния пациента. Кроме того, есть вещи, которые нельзя рассказывать – на них наложен внутренний запрет. К примеру, я принадлежу к тому поколению врачей, которое воспитывалось в условиях особой пуританской культуры, и, хотя в учебниках рекомендовалось изучать сексуальную жизнь пациентов, у меня существовал какой-то внутренний запрет – я не мог свободно расспрашивать пациентов об особенностях их интимной жизни. Кстати, как ни странно, подобный запрет наблюдается и у моих ординаторов. С другой стороны, именно то, что табуировано, является порой самым важным. Мы смотрим фильмы, которые посвящены проблемам взаимоотношений мужчины и женщины, как и проблемам взаимоотношений человека с душой, с Богом, с миром и совестью. Требования, которые человек предъявляет к самым разным сторонам своей жизни, часто не совпадают. И порой эти несовпадения приводят к самым настоящим трагедиям. Искусство, которое во многом отражает нашу жизнь, активно эксплуатирует самые разные несовпадения.

Психиатр очень активно работает с психической сферой и, к громадному моему сожалению, плохо работает с телесными проявлениями болезни, часто пропуская серьезные расстройства соматического характера. Наша с вами встреча направлена на то, чтобы создать некое общее пространство, в котором психиатр получает поддержку, становясь более эрудированным в области телесной медицины, а вы – более эрудированными в сфере эмоций ваших пациентов. Мы говорили о феномене соматизации, потом использовали термин «психосоматическое заболевание», расшифровав его как расстройство, которое или возникло, или обострилось под влиянием психического фактора, но проявилось телесными соматическими симптомами. Легко ли вам сейчас будет принять то, что приступ астмы – это своеобразный призыв к помощи, это крик человека с особой личностью, воспитывающегося родителями в ситуации повышенного внимания. Это, по сути, крик ребенка, которому трудно жить в мире взрослых. Подобную идею трудно принять врачу-интернисту, поэтому психосоматика зачастую просто отвергается. Справедливости ради стоит отметить, что психосоматические идеи расходятся с принципами до-

казательной медицины. На сегодняшний день врачу-интернисту надо предъявить патофизиологический механизм трансформации идеи своей беспомощности в этом мире в приступ бронхиальной астмы. Современная психосоматическая медицина этого сделать не может, хотя иногда и использует концепцию стресса, описанную Гансом Селье более полувека назад.

Для меня самая концепция психосоматической медицины является близкой и понятной – вплоть до последнего времени я был человеком, ориентированным на психодинамическую психиатрию.

Предыдущую лекцию я закончил советом попробовать применить то, что мы прошли в вашей повседневной практической деятельности. Знаю, что здесь присутствует немало людей, у которых мой совет вызвал внутренний протест. Я назвал этот протест «колючками» и предложил всем подумать над механизмом их возникновения. Всегда, когда у нас вырастают колючки, это означает только одно – функционирование механизмов психологической защиты. Колючка у ежа – это защита от того, чтобы его не съели, а так бы он был совершенно беспомощным. Я предложил вам попытку диагностировать механизм возникновения колючек. Он может быть, к примеру, таким: «Я чувствую, что это важно, но это не мое. А не мое – значит плохое». Или таким: «Все, что тут обсуждалось, затрагивает мою личную проблему». Например, вы испытываете тревогу или у вас бывает депрессия, но вы ни с кем не хотите об этом говорить, боитесь признаться в этом даже самому себе. Вы не хотите быть стигматизированными, и тогда вы говорите: «А это все – ерунда!» Разберитесь в своих «колючках», доктора, и тогда, возможно, они перестанут травмировать вас и ваше ближайшее окружение.

Лекция №6. ВВЕДЕНИЕ В ПСИХОФАРМАКОЛОГИЮ

Уважаемые доктора! Помнится, я просил вас поработать с пациентами в несколько ином стиле, отличном от того, к которому вы все привыкли, а именно в стиле психосоматического взаимодействия. На мой взгляд, только так и должен работать врач. Это естественный стандарт поведения европейского специалиста. Центр, в котором мы сейчас с вами находимся, можно считать

наиболее продвинутым медицинским учреждением Кыргызстана в плане приближения к международным стандартам. Мне очень важно, чтобы и вы соответствовали этим стандартам.

Итак, кому-нибудь удалось за эти дни поработать с пациентом в несколько непривычном для вас стиле? Помните, я задавал вам вопрос о том, как вы выстроите взаимодействие с агрессивным или очень тревожным пациентом? Плохо, что никто из вас не попробовал это сделать. Плохо, прежде всего, потому, что обучение коммуникативным приемам и формирование навыков взаимодействия может проходить только путем приобретения практического опыта. Теория, поверьте мне, играет здесь лишь вспомогательную роль: она просто дает возможность объяснять то, что ты делаешь. Я хочу, чтобы вы вспомнили мой совет: я просил вас представить себя на месте пациента, а также представить свои реакции. Может быть, столь простой прием поможет вам в общении. Мы еще вернемся к нашим ролевым играм, в которых вы будете и пациентами и врачами.

Понимаю, как трудно отказываться от того, что уже давно стало привычным. Например, в нашей памяти до сих пор живут многие устаревшие понятия, которые не соответствуют современным классификациям психотропных препаратов. К подобным понятиям относятся концепции «больших» и «малых» транквилизаторов. Такой классификации нет уже лет 20, мы сейчас говорим об антипсихотических и анксиолитических средствах. Антипсихотики, как следует из самого названия, препараты, которые применяются для лечения психотических расстройств или тревоги чрезвычайно высокого уровня. Эту тревогу старые врачи называют «психотической», хотя она может быть симптомом расстройств, и часто невротического спектра. Я не думаю, что вы когда-либо самостоятельно назначите эти препараты без консультации врача-психиатра, но анксиолитики («растворяющие тревогу» в дословном переводе) назначать будете.

Вообще, термин «транквилизатор» (от лат. *tranquille* (are) – делать спокойным, безмятежным) ввел американский психиатр В. Rush в 1810 году, назвав так сконструированное им деревянное смиренное кресло. В 1954 году появился первый медикамент, который в своем клиническом действии обнаружил отчетливо успокаивающее действие. Этим первым транквилизатором, введенным в широкую клиническую практику, стал *мепробамат*.

В 1960 году был синтезирован еще один транквилизатор – *триоксазин*. В 1959 году L. Shternbach синтезировал первый транквилизатор бензодиазепинового ряда – *хлордiazепоксид*. В 1961 году появился второй бензодиазепиновый транквилизатор – *дiazепам* (*седуксен, валиум, реланиум, сибазон*). С этого времени началось широкое внедрение транквилизаторов бензодиазепинового ряда в клиническую практику.

Транквилизаторы – это группа успокаивающих лекарственных средств разной химической структуры, действие которых способствует устранению эмоциональной напряженности, тревоги и страха, сопровождаясь двумя компонентами: седативным и стимулирующим. Могу заметить, что это одна из наиболее популярных групп препаратов, хотя сейчас ситуация начинает меняться. Еще 8–9 лет назад анксиолитики выходили на второе место по распространению в аптечной сети после антибиотиков. В первые годы их применения они продавались достаточно свободно, иногда даже без рецепта врача. Анксиолитики – любимые препараты интернистов, поскольку они кажутся безопасными. С ними не страшно работать. На самом же деле это далеко не так. Если их сравнить с антидепрессантами, то они опаснее. Чем? Они ухудшают внимание. Наши пациенты часто жалуются на свою плохую память, но в половине случаев это не расстройство памяти, а расстройство внимания. Потому существуют специальные психотерапевтические методы лечения расстройств памяти через улучшение внимания. Анксиолитики же ухудшают концентрацию внимания, поэтому назначать их профессиональным водителям следует с большой осторожностью. Второе ограничение – возможность возникновения физической зависимости. Правда, термин «физическая зависимость» сейчас исключается, остается просто «зависимость». Говоря старым языком, «вы делаете человека наркоманом».

Только атипичные анксиолитики безопасны, но до определенного времени. У меня много пациентов, особенно с юга Киргизии, которых посадили на седуксен. Когда они перестают принимать лекарство, у них возникает очень плохое состояние. Люди спрашивают, как от этого избавиться – им уже не от тревоги хочется лечиться, а от седуксена.

В Германии, в Гейдельбергской клинике, я побывал в отделении зависимости, которое меня поразило. В нашем аналогичном

отделении обычно лежат молодые наркоманы, с соответствующими лицами, а в Германии – бабушки с нарушениями сна, которые обдуривали своих семейных врачей, получали диазепам 4–5 лет подряд в качестве снотворного и дошли до таких доз, когда, чтобы заснуть, им требовалось уже 6–8 таблеток препарата. Это настолько разительное отличие от нашего контингента! Трудно представить в наших отделениях наркологии бабушку, аккуратно одетую, причесанную.

Запомните, что анксиолитики далеко не безопасны. В малых дозах они, при сочетании тревоги с депрессией или если вы назначаете их при депрессии, вызывают появление терапевтической резистентности. После того как больного с депрессией пролечили анксиолитиками, ему на какое-то время становится лучше, потому что «чистая» депрессия встречается крайне редко. Тревожный компонент убрали, он стал не таким назойливым, пациент реже ходит к врачу, но после этого лечить его антидепрессантами трудно, либо резистентность к терапии увеличивается в 2–3 раза. Поэтому одна индийская фирма выпустила такую комбинацию: амитриптилин с диазепамом. Один нужно принимать 6 месяцев, другой – 4 недели. Интересно, как их там внутри себя разделить, если они выпущены одной таблеткой?

Следующая опасность состоит в том, что идет нецеленаправленный выбор анксиолитиков. Врачи как бы привыкают к одному или двум препаратам (они становятся у них любимыми), которые и выписывают всем больным. Хотя все препараты как бы похожи, но они отличаются мощностью воздействия. Чем выше число, например десятка, тем действие препарата слабее; чем ниже число, тем сильнее. Скажем, альпрозалам будет соответствовать цифре 2,5, а седуксен – 5. Это значит, что терапевтическая мощность альпрозалама в 2 раза сильнее.

Сейчас во многих странах на первое место по применению выходит другой класс психотропных препаратов – антидепрессанты. Это препараты, которые уменьшают выраженность депрессии и, как показали исследования, тревоги. Каждый восьмой взрослый американец принимает антидепрессанты. В связи со столь широкой их распространенностью ставится очень серьезный вопрос: действительно ли препараты этой группы выписываются по показаниям? Не назначаются ли они в тех случаях, когда этого можно избежать? С другой стороны, результаты эпидемио-

логических исследований говорят о том, что заболеваемость депрессией сейчас чрезвычайно высока.

Что такое эпидемиологические исследования? Поясню на примере. Во времена существования в вашем институте замечательного отделения профилактической кардиологии, мои сотрудники обследовали всех мужчин города Фрунзе (так раньше назывался Бишкек). Широкомасштабные эпидемиологические исследования, проведенные в разных городах мира (Лондон, Рим, Мельбурн и Сидней), показывают, что в среднем депрессия встречается у 8–9% населения. Описания этих исследований впечатляют, а результаты представляются валидными, либо они проводятся по специально разработанной технологии адаптированными для этих целей методами. Распространенность тревожных расстройств в мире колеблется от 8 до 13%. А это значит, что, как минимум, каждый десятый житель планеты имеет признаки или тревоги, или дерепрессии, или того и другого вместе. В Кыргызстане тоже проводились исследования распространенности депрессии среди пациентов поликлиник столицы. Они выявили, что 23,4 % людей, обратившихся по поводу соматического заболевания, предъявляют и депрессивные признаки. Согласитесь, цифры огромные, поэтому широкое назначение антидепрессантов и транквилизаторов врачами первичного звена кажется оправданным. Думаю, что в ближайшие годы антидепрессанты выйдут на первое место по популярности в США и Западной Европе. Я также уверен, что в тех странах, где страховая медицина не достигла столь высокого уровня, ситуация с назначением антидепрессантов окажется иной. Тому есть две причины. Первая состоит в том, что препараты нового поколения, препараты качества жизни, достаточно дороги и далеко не все наши пациенты с депрессией могут себе их позволить. Вторая состоит в низкой выявляемости депрессии.

Современные антидепрессанты делятся на следующие три группы – в соответствии с тем, какое действие они оказывают на биохимические процессы нашего мозга. Есть также антидепрессанты, которые не относятся ни к одной из указанных ниже групп.

Трициклические антидепрессанты (ТЦА)

К этой группе антидепрессантов принадлежат самые первые препараты, обладающие антидепрессивным эффектом, которые были синтезированы в 50-х годах прошлого века. Название

«трициклические» они получили из-за своей структуры, в основе которой лежит тройное углеродное кольцо. К ним относятся имипрамин, амитриптилин и нортриптилин. Трициклические антидепрессанты повышают в нашем мозге концентрацию таких медиаторов, как серотонин и норэпинефрин, за счет уменьшения поглощения их нейронами. Действие препаратов этой группы отличается: например, амитриптилин обладает успокаивающим действием, а имипрамин, наоборот, стимулирующим.

ТЦА действует быстрее, нежели другие группы, в отдельных случаях положительные изменения настроения могут наблюдаться уже через несколько дней после начала приема, хотя все очень индивидуально и иногда стабильные результаты наблюдаются только через несколько месяцев приема. Поскольку препараты этой группы (каждый – в разной степени) блокируют и другие медиаторы, они вызывают целый ряд нежелательных побочных эффектов. Самыми распространенными являются вялость, сонливость, сухость во рту (у 85%), запор (у 30%). Также наблюдается повышенное потоотделение (25%), головокружение (20%), учащение сердцебиения, снижение потенции, слабость, тошнота, трудности с мочеиспусканием. Возможно появление чувства беспокойства или тревоги. При приеме ТЦА могут возникать проблемы у тех, кто страдает сердечно-сосудистыми заболеваниями, а также у носящих мягкие контактные линзы (обычно возникает ощущение «песка в глазах»).

Многие врачи в первую очередь назначают препараты именно этой группы, поскольку они применяются давно и их воздействие изучено лучше по сравнению с препаратами других групп. Также не последнюю роль при назначении ТЦА играет их низкая цена в сравнении с другими группами антидепрессантов. Следует иметь в виду, что передозировка ТЦА может привести к тяжелым последствиям, в том числе к летальному исходу (в США ТЦА являются основной причиной смерти при передозировке лекарственных препаратов). Это связано с тем, что многие из тех, кто находится в глубокой депрессии, таким образом пытаются покончить с собой, и некоторым это удается.

Ингибиторы моноаминоксидазы (ИМАО)

ИМАО препятствует действию фермента моноаминоксидазы, содержащегося в нервных окончаниях. Этот фермент разру-

шает такие медиаторы, как серотонин и норэпинефрин, которые влияют на наше настроение. Основными ИМАО являются фенилизин, транилципромин и изокарбоксазид. Обычно ИМАО назначают тем, у кого не наступило улучшение после приема трициклических антидепрессантов. Они также нередко назначаются при атипичной депрессии – расстройстве, некоторые симптомы которого противоположны типичной депрессии (человек много спит и ест, чувствует себя хуже не по утрам, а по вечерам). Кроме того, поскольку ИМАО обладают стимулирующим, а не успокаивающим эффектом, они предпочтительней, нежели ТЦА, для лечения дистимии – малой депрессии. Как и при приеме первой группы антидепрессантов, положительный эффект наступает спустя несколько недель. Наиболее частые побочные эффекты – головокружение, колебание давления, увеличение веса, расстройство сна, снижение потенции, учащение сердцебиения, отечность пальцев.

Отличием ИМАО от других препаратов является то, что при их приеме не следует употреблять некоторые продукты питания. Это довольно-таки необычный список: выдержанные сыры, сметана, копчености, маринады, рыба и соевые продукты, красное вино, пиво, бобовые, квашеная и маринованная капуста, спелый инжир. Также существует целый ряд лекарственных препаратов, не сочетающихся с ИМАО. В связи с этим указанный класс антидепрессантов следует назначать с особой осторожностью. Самый распространенный препарат этой группы на сегодняшний день – это моклобемид (аурорикс).

Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС)

Так именуют наиболее поздний класс антидепрессантов, ставший популярным благодаря меньшему количеству побочных эффектов по сравнению с препаратами двух предыдущих групп. Но у СИОЗС есть недостаток, не столь заметный в странах с развитой экономикой, однако являющийся камнем преткновения для Кыргызстана, – слишком высокая цена. Действие этих препаратов основано на увеличении снабжения мозга медиатором-серотонином, регулирующим наше настроение.

СИОЗС получили свое название в связи с механизмом действия – они блокируют обратный захват (повторное поглощение)

серотонина в синапсе (пространстве между нейронами), в результате чего концентрация этого медиатора увеличивается. Ингибиторы воздействуют на серотонин, не затрагивая другие медиаторы, а потому почти не вызывают побочных воздействий. В эту группу входят флуоксетин (прозак), пароксетин (паксил), флувоксамин (лувокс) и сертралин (золофт).

Флуоксетин (прозак) был первым препаратом, завоевавшим всеобщее признание, – с 1980 года он стал самым популярным антидепрессантом в мире. Он прост в применении (обычно достаточно одной таблетки в день) и не приводит к передозировке.

Как и при приеме указанных выше групп антидепрессантов, положительный эффект от СИОЗС наступает спустя несколько недель. Хотя побочных эффектов, возникающих при приеме этой группы препаратов, меньше и они не так ярко выражены, тем не менее, таковые существуют. Наиболее часто возникают беспокойство, волнение, бессонница, головные боли, тошнота, понос. В отличие от других групп антидепрессантов, которые могут вызвать увеличение веса, при приеме СИОЗС человек обычно немного теряет в весе.

СИОЗС предназначены не только для борьбы с депрессией – они также помогают справиться с другими неприятными симптомами, начиная от переедания и кончая навязчивыми состояниями. Их не рекомендуется принимать людям с биполярной депрессией, (так как они могут вызвать маниакальные состояния), а также людям с больной печенью (поскольку биохимические превращения СИОЗС происходят именно в этом органе).

Другие антидепрессанты

Существуют антидепрессанты, которые не принадлежат ни к одной из трех описанных групп, поскольку отличаются от них как по химическому составу, так и по механизму действия. Это бупропион (велбутрин), тразодон (дезирель) и более поздние препараты, такие, как венлафаксин и ремерон.

Помните, что залогом успеха лечения антидепрессантами является правильная диагностика. Любая депрессия представляет собой комплекс синдромов, требующих психофармакологического, психотерапевтического и соматического лечения. Антидепрессанты существенно различаются по эффективности действия при различных депрессиях. При назначении учитывают седативные

и стимулирующие свойства препаратов, а также специфическую избирательную активность каждого из них. Антидепрессанты с успехом применяются для лечения тревоги, в том числе и в кардиологической практике.

Следующая группа препаратов, с которой я собираюсь вас познакомить, это нормотимики – препараты, выравнивающие настроение. Они не повышают настроение и не снижают его, а выравнивают. Я думаю, что препараты этой группы вы будете назначать не столь часто, как антидепрессанты и транквилизаторы. Эти препараты применяются не с целью лечения, а с целью профилактики повторного ухудшения состояния у пациента с депрессией. Как это ни странно, большая часть нормотимиков – препараты для лечения эпилепсии. Оказывается, некоторые биохимические изменения при эпилепсии аналогичны тем, которые наблюдаются при аффективных расстройствах.

А теперь представьте себе реакцию своего пациента, которому вы назначите противоэпилептическое средство для коррекции настроения. Представили? Вот поэтому перед назначением такого препарата нужно обязательно разъяснить необходимость назначения этого средства и обсудить инструкцию по его применению.

Хочу упомянуть сейчас препарат, интерес к которому можно определить как «плавающий»: то снижается, то повышается. Я говорю о карбонате лития. У него достаточно интересная история. Несколько десятилетий назад австралийские ученые обнаружили, что жители тех регионов Земли, где в питьевой воде содержится литий, не страдают расстройствами настроения. На территории бывшего СССР был выявлен один такой регион – это Аральское море. Действительно у большинства коренных жителей не наблюдалось ни подъемов, ни спадов настроения. Причина состояла в том, что для питья употреблялась вода, содержащая высокий процент лития. Как интересно все в природе устроено... Жить в этом регионе трудно, но там нет ни депрессий, ни маний. Те же процессы наблюдаются в районе реки Амазонки: воды реки тоже богаты содержанием лития, в результате чего жители не испытывают проблем с колебаниями настроения.

Я уже назвал интерес к литию «плавающим». Одно время этот препарат был чрезвычайно популярен, но потом психофармакологи обнаружили, что литий не столь безобиден – его применение

вызывает осложнения со стороны почек и щитовидной железы. Препарат можно применять только под постоянным контролем его концентрации в крови. Далеко не все учреждения могут позволить себе проводить подобные исследования – они достаточно дороги. После появления многочисленных нормотимиков интерес к литию угас, а в последние пять лет он опять признается чуть ли не основным средством для выравнивания настроения и предотвращения депрессии. В Кыргызстане отсутствует оборудование для обеспечения литиевого контроля, поэтому применять его здесь не рекомендуется.

Группа препаратов, вызывающая сегодня наибольшие споры, – это ноотропы. К ним относятся ноотропил, эцефабол, пантогам. Ноотропы – это препараты, которые якобы восстанавливают когнитивные функции за счет улучшения работы клеток головного мозга. Почему «якобы»? Дело в том, что в отношении препаратов этой группы не проводилось исследований, отвечающих уровню доказательной медицины. Это вовсе не означает, что исследований по этим препаратам нет. Напротив, есть, и даже очень много. Масса исследований посвящена, в частности, ноотропилу. Но результаты их не признаются достоверными. Американцы вообще исключили препараты этой группы из числа лекарственных средств. Насколько я знаю, в Западной Европе назначение этих препаратов носит крайне ограниченный характер. Вдумайтесь, насколько привлекательна идея, которая лежит в основе применения ноотропов. Как было бы здорово, если бы мозги действительно можно было починить. Но с мозгами дело такое – они либо есть, либо их нет; они как деньги. И если мозги серьезно повреждены, то вероятность их восстановления очень мала. Сейчас многие фирмы работают над созданием препарата для лечения болезни Альцгеймера. Мы работали с двумя препаратами, но ничего хорошего из этого не получилось. Препараты весьма дорогие, и работать с ними можно было только на уровне клинических испытаний.

Эффективность лечения болезни Альцгеймера пока под большим вопросом. Для нашей страны данная болезнь не является проблемой, и это еще один пример того, что все на свете имеет как свою положительную, так и отрицательную стороны. Средняя продолжительность жизни в Кыргызстане относительно невелика: 54 года – для мужчин, 57 лет – для женщин. Не так уж

много у нас людей в возрасте, когда обычно начинается болезнь Альцгеймера. А вот в Японии около 20% населения старше 80 лет имеют эту болезнь. Такова своеобразная плата за долгую жизнь. Вы, наверное, знаете, что бывший президент США Рональд Рейган страдал болезнью Альцгеймера. Интересно, что в одном из последних американских руководств по психиатрии отмечено: если бы в 1980 году американцы знали, что у Рейгана есть первые признаки болезни Альцгеймера, то не известно, каким оказался бы результат президентских выборов. У нас с вами достаточно неформальная лекция, поэтому я позволю себе высказать одну идею. Я думаю, что американцам следует восстановить прежнюю традицию, когда, помимо общего медицинского заключения о здоровье кандидата в президенты, нужно было еще психиатрическое освидетельствование. Естественно, эта практика противоречила бы положению о правах человека. Я почти уверен, что Буш не прошел бы подобного освидетельствования. Мне в свое время понравилась заметка, в которой описывался визит Буша в Англию. Один из прохожих, обращаясь к президенту США, заметил: «Я не голосовал за британского премьер-министра, я не отношусь к его сторонникам, но то, что он умный человек, очевидно. Я одного не понимаю: как он может дружить и общаться с идиотом?»

Следующий президент США может быть еще хуже Буша. Посмотрите на лица американских избирателей – вам многое станет понятно, в частности причины, которые побуждают сделать выбор в пользу таких, как Шварценеггер и Буш. Буш, например, с гордостью говорит, что он за свою жизнь не прочитал до конца ни одной книги, кроме Библии. Он гордится своей необразованностью, и это прекрасный рекламный ход. Это способ быть ближе к тем, кто и Библию не читал.

Но вернемся к ноотропам. Средства, повышающие церебральный кровоток, тоже можно отнести к этой группе, так как, влияя на кровоток, они вторично меняют функционирование мозга. К сожалению, препаратов, которые бы прошли испытания в формате требований, предъявляемых доказательной медициной, немного. Мне из них известен лишь винпоцетин, исследования которого показали, что он действительно влияет на мозговое функционирование.

С препаратами двух следующих групп вы, скорее всего, будете работать мало – это противосудорожные средства и сред-

ства для лечения алкогольной и наркотической зависимостей. Из того, о чем я успел тут пофилософствовать, вы, вероятно, уже поняли, что основными психотропными препаратами, с которыми вам придется иметь дело, станут анксиолитики и антидепрессанты. На них мы и остановимся подробнее. Но сначала позвольте мне поделиться с вами тем, что я считаю особенно важным при назначении психотропных средств.

Итак, чаще всего психотропный препарат применяется для воздействия на симптом. Должен сказать, что в западной психиатрической литературе понятие «патогенетический» в применении к препарату отсутствует. Дело в том, что мы порой далеко не уверены в механизмах развития того или иного заболевания. Иногда мы знаем этиологию и даже можем высеять стафилококк или рассмотреть под микроскопом бледную спирохету, но полной уверенности в патогенезе заболевания у данного конкретного больного у нас не будет. Так вот, психотропный препарат не воздействует на причину – это не антибиотик. И, к сожалению, не воздействует на механизм развития болезни. Мы убираем симптомы. И в этом, как мне представляется, кардиологи и психиатры имеют нечто общее. Кардиологи, например, пытаются снизить высокий уровень холестерина у своего пациента и одновременно назначают ему коронаролитик. Вы работаете с симптомом и с тем, что приводит к формированию этого симптома. Для вас, как и для нас, психиатров, очень важным становится определение симптома и динамика превращения одних симптомов в другие.

Лекция № 7. ПСИХОЛОГИЯ ФАРМАКОТЕРАПИИ

Один из важнейших принципов назначения препарата – это необходимость формирования согласия на его прием. Процесс сотрудничества между терапевтом и пациентом обозначается нынче модным словом «комплайенс», которое столь часто встречается в современной профессиональной литературе, что я перестал переводить его на русский язык. Почему при применении психотропных препаратов необходим комплаенс? Дело, прежде всего, в том, что мифологии, подобной той, которой обладают психотропные препараты, нет ни у одной фармакологической группы. Одна из моих соискательниц закончила диссертацию, в которой она

исследовала проблемы психиатрии, в том числе и особенности образа формирования психотропного препарата в различных популяциях Кыргызстана. Исследователь выяснила, что психотропный препарат, как и наши пациенты (да и как врачи-психиатры, позволю себе отметить), также стигматизирован. Причем интересно, что в разных группах сравнения разница в отношении к психотропному препарату как к собирательной концепции была незначительна. А некоторые результаты просто удручают. Так, в качестве одной из групп сравнения у нее выступали врачи общей практики. Оказалось, что отношение врачей общей практики к назначению психотропных препаратов практически такое же, как у представителей общей популяции. Если обобщить все истории, которые связаны с применением препарата, то окажется, что эти средства «не отличаются от наркотиков, они одурманивают, превращают человека в зомби». Средства массовой информации играют не последнюю роль в формировании и поддержании таких мифов. Вам и самим нетрудно будет вспомнить те фильмы и передачи, в которых психотропный препарат выступает как средство наказания и способен полностью поменять процессы мышления. Кстати, недавно на лекции для клинических ординаторов я заявил, что сомневаюсь в существовании хотя бы одного препарата, способного воздействовать на содержание мышления. Замечу, что это мое сугубо личное мнение; некоторые мои коллеги его не разделяют, да и вы сами вполне можете его не разделять.

Вы спрашиваете о моем отношении к препарату, способному влиять на содержание мышления. Ну, давайте пофантазируем... Как психиатр я считаю, что это было бы замечательно, а как человек – просто ужасно. Ужасно прежде всего потому, что неизвестно, в чьих руках он окажется. Когда-то Эйнштейн написал письмо Рузвельту с предложением создать атомное оружие, пользуясь своим фантастическим авторитетом во всем мире и в глазах американского президента. Именно это письмо послужило последним толчком к проекту создания атомной бомбы. Он собирался создавать оружие против фашизма, победа которого в 1942 году казалась достаточно реальной. А в 1945-м Эйнштейн проклял себя за это письмо, потому что бомбы были сброшены не на Германию, а на Японию. Когда ученый что-то создает, он не в силах предвидеть, в чьих руках окажется его детище. Если террористические группировки получают ядерное оружие, то это может

привести к крушению мира. Результатами гениальных прозрений могут воспользоваться негодяи.

Вы только представьте себе, что с помощью простого лекарства можно будет изменить содержание мышления: принципы, верования, привязанности – все, что является отражением индивидуальной истории, все, что составляет личностное ядро. По силе своего разрушительного действия подобный препарат стал бы оружием страшнее атомной бомбы. Понятно, что идея создания подобного средства становится особенно привлекательной в периоды социальной нестабильности.

Во время памятных ошских событий 1990 года мне приходилось работать с многими членами нашего правительственного аппарата. Эти события стали причиной возникновения расстройств, связанных со стрессом у высшего руководства нашей республики. Работая с одним из таких высокопоставленных деятелей, я позволил себе пошутить, отвечая на его вопрос о том, как можно было бы прекратить агрессивные вспышки среди населения. Помнится, я тогда неосторожно ответил: «Это элементарно: надо в водопровод добавлять раствор диазепама – и все кыргызстанцы будут тихие и спокойные». Он тут же схватил блокнот и с нездоровым блеском в глазах произнес: «Диктуйте, Валерий Владимирович: сколько, как и куда». Я тогда поверил – смогут! И будут все ходить такие спокойные-спокойные, и ничего нам уже не будет нужно – ни красивых девушек, ни вкусного гуся... Все – до лампочки! Это же ужасно!

Как психиатр я утверждаю, что изменить структуру мышления с помощью современных препаратов нельзя. Как психиатр я говорю об этом с сожалением. Как человек – с радостью.

Вернемся к комплайенсу. Для того чтобы достичь сотрудничества между пациентом и врачом, врачу нужно обязательно проинформировать пациента о цели приема препарата. Это должно стать привычкой, такой же постоянной, как привычка чистить зубы или одеваться. К большому моему сожалению, данное правило соблюдается далеко не всегда. Вот вам недавний пример. У меня сегодня была пациентка, которая лечится у дерматолога, и когда я спросил ее: «А тебе объяснили, для чего вот этот, этот и этот препарат?», она удивилась: «А когда это врач вообще про лекарства рассказывал?». Я ей сказал, что сейчас поеду читать лекцию молодым врачам и обязательно спрошу их о том, как они

рассказывают пациентам про те препараты, которые назначают. Запомните, что количество ваших знаний о том или ином средстве не всегда соответствует качеству вашего общения с пациентом. Так, например, бессмысленно рассказывать о действии препарата на хеморецепторы, если у пациента нет специальной подготовки, он вас просто не поймет. А вот когда вы скажете, что данный препарат расширит сосуды, снимет головную боль, предотвратит подъем артериального давления, то будете услышаны и к назначенному препарату станут относиться с уважением, а значит – принимать его. Говорите с пациентом на понятном для него языке, несмотря на полученное им образование, объясняйте все как можно более подробно. Из общения с этим пациентом выберите стиль рассказа, обязательно расскажите о самых частых побочных эффектах. Если этого не сделать, то, прочитав инструкцию по приему препарата, пациент может отказаться его принимать. Приведу в пример себя. Я долгое время принимал коринфар, в инструкции по применению которого были указаны только наиболее частые побочные эффекты. Когда коринфар у меня закончился, а в аптеках он исчез, один из моих учеников принес мне тот же самый препарат, полученный больницей, в которой он тогда работал, в качестве гуманитарной помощи от фирмы «Пфайзер». Вы помните, что это та самая фирма, которая создала коринфар. Красивая упаковка с инструкцией в полтора метра, из которых метр двадцать содержит описание противопоказаний. Конечно, я начал ее читать самым внимательным образом, и первое, что бросилось в глаза в списке побочных эффектов, – внезапная смерть... Чему я улыбаюсь? Прежде всего тому, что когда мне самому понадобилась помощь, то я ее получил от своего ученика.

Я с гордостью вспоминаю сейчас наш с ним диалог. Он сначала напомнил мне времена, когда сам был моим кружковцем, потом процитировал мои же собственные слова о существовании двух неофициальных способов регистрации побочных эффектов – принятом в Советском Союзе и на Западе. В социалистических странах указывались наиболее частые побочные эффекты, а в западных странах – все явления, которые могут сопровождать процесс приема препарата. Например, если человек, принимая коринфар, внезапно умер, то это обязательно должно быть зафиксировано, даже если точно не установлено, что прием препарата имел к этому печальному событию непосредственное отношение.

Представьте себе, что пациент, которому вы назначили атенолол, приходит к вам с крапивницей и говорит, что вчера ел клубнику. Вы спрашиваете: «У вас всегда на клубнику крапивница?» «Да, — отвечает он, — всегда, с детства». «Зачем же вы ее едите?» А он: «Нравится очень; думал, может быть, вместе с этим лекарством не будет крапивницы».

Если вы живете в Кыргызстане, то на этом ваша беседа заканчивается и вы говорите пациенту, что его крапивница есть реакция на клубнику, а не на препарат. Но если проживаете в Англии, Италии или другой стране Западной Европы, то вы заполняете специальные формы, информирующие лекарственный комитет и фирму-производителя о том, что во время приема данного препарата у пациента была зарегистрирована аллергическая реакция. С этого момента в побочных эффектах данного препарата будет написано «крапивница». Я всегда это рассказываю больному и обязательно добавляю, что есть часто встречающиеся побочные эффекты, есть редкие, а есть редчайшие.

У меня была пациентка, которая начала принимать флуоксетин, в некоторых случаях вызывающий диарею. Спустя пятнадцать минут после приема первой капсулы она позвонила мне и сказала, что с ее животом происходит что-то ужасное, поэтому прописанное лекарство она принимать отказывается. Естественно, я тут же спросил ее, когда она прочитала инструкцию. Оказалось, что около пяти минут назад — «не успела дочитать, как стало плохо с животом». Я подумал тогда, что было бы хорошо, если бы некоторые пациенты были неграмотными. Это был классический плацебо-эффект. Поэтому обязательно рассказывайте и давайте все необходимые пояснения.

Во время приема любого препарата всегда важен контроль, осуществляемый со стороны семьи. Семья всегда подключается к контролю над приемом любых лекарств, но, как вы сами понимаете, пациенты бывают разные. У меня есть один забавный пациент, которому я посоветовал делить препарат на восемь частей. Его жена рассказывает, что он берет штангенциркуль и делит таблетку на восемь абсолютно равных частей. Если у вас именно такой пациент, то семье незачем его контролировать, так как он все будет принимать вовремя и точно. А если — человек, который вполне способен забыть о лекарстве, тогда вы пишете режим приема препарата на бумаге и такую же инструкцию даете кому-то из членов

семьи, который будет контролировать прием лекарства. Особенно это касается психотропных препаратов: их почти всегда принимают с неохотой. Чтобы уменьшить опасения пациента по поводу препарата, вам нужно сказать, что его прием не способствует формированию зависимости и не вызовет распада печени.

Я знаю массу примеров того, как одно неосторожно произнесенное врачебное слово может кардинально изменить состояние пациента. Один из моих пациентов длительное время принимал финлепсин по поводу панического расстройства. Простудился, вызвал терапевта, рассказал ему обо всех принимаемых препаратах, в том числе и о финлепсине. Я не знаю, по каким конкретным соображениям, но доктор популярно объяснил пациенту (с паническим расстройством, как вы помните), что психотропные препараты принимать ни в коем случае нельзя, особенно финлепсин, так как он вызывает распад печени. После ухода врача у моего больного началась тяжелая паническая атака. Оказавшись перед дилеммой – принимать или не принимать психотропные препараты, наш разумный пациент решил для начала проверить функции печени, которая, как вы уже наверняка догадались, оказалась в полном порядке. На беду терапевта, больной оказался непростым человеком и, вооружившись результатами обследования, накатал жалобу на невежду-терапевта в прокуратуру и Министерство здравоохранения. Не мне вам говорить, что у доктора сейчас большие неприятности. Самое интересное в этой истории то, что, даже будучи полностью уверенным в безопасности назначенных ему препаратов, наш пациент категорически отказался их принимать и сейчас предпочитает лечиться исключительно психотерапевтически.

Отказ от приема препарата не является самой серьезной проблемой, с которой может столкнуться врач. Гораздо более сложна ситуация, когда пациент формально согласился принимать препараты, купил их, но, испугавшись побочных эффектов, принимать перестал. При этом доктор уверен в том, что пациент аккуратно принимает препараты, а пациент с той же аккуратностью от них отказывается, – все довольны, а эффекта нет. Извечный русский вопрос: «Что делать?». Для меня существует хороший способ узнать, принимает пациент лекарство или нет. Как ни парадоксально, но я для этого использую наиболее часто встречающийся набор побочных эффектов.

К примеру, диазепам на первых этапах применения вызывает некоторую расслабленность и сонливость. Представьте себе, что вы назначили диазепам пациенту, он согласился его принимать, приходит к вам на прием, а расслабленности и сонливости у него нет. Я вдвое увеличиваю дозу (у соматических больных так делать нельзя), но результат оказывается тем же, и на следующем приеме я снова вижу бодрого и тревожного человека. Тогда я его спрашиваю: «Вы вообще не купили диазепам? Или вы его выкидываете в мусор? Лучше отдайте мне, я передам его пациенту, который сам не может купить этот препарат». Мы с ним долго торгуемся, он говорит: «Я два раза принял препарат, наступила разбитость, сонливость, и я решил его не принимать». Другой пример: если вы даете пациенту amitriptilin, то знаете, что он обязательно будет испытывать сухость во рту. Если этого нет, то вероятность того, что он принимает это лекарство, минимальна.

Еще одно важное замечание. Всегда помните, что схемы приема препаратов должны быть по возможности максимально простыми. Лучше назначить один препарат вместо комбинации из пяти-шести. Сейчас мы вообще стремимся перейти на однократный прием. Поговорите со своим пациентом о времени приема лекарства, уточните, какие нужно принимать утром, какие – вечером, тщательно проверьте их совместимость друг с другом. В нашей культуре обязательно надо предупреждать о необходимости воздерживаться от приема алкоголя.

Для каждого из ваших пациентов следует устанавливать время визита. Кардиологический пациент обязательно посетит доктора при ухудшении состояния, а пациент, принимающий психотропный препарат, – не всегда, некоторые избегают посещений врача. Четко установите время визитов и строго их отслеживайте.

В настоящее время существуют принятые, универсальные схемы назначения препаратов. Я захватил с собой необходимые таблицы, и они есть у вас в раздаточном материале. Но я был и остаюсь сторонником индивидуального подхода. Старый принцип «лечить не болезнь, а больного» никогда не утратит своей актуальности. Невозможно, да и не нужно, на мой взгляд, выдумывать универсальную схему лечения всех; все схемы носят характер рекомендаций, не отрицающих вдумчивого и человеческого отношения врача и пациента друг к другу. Мне часто задают вопрос о том, какие факторы нужно учитывать при назначении того

или иного препарата. Все. Или, по крайней мере, все, которые возможно учесть. Приходится повторять, что профессия врача сродни ремеслу сапожника, но сапожника грамотного, который не будет использовать одинаковые гвозди для всех подошв, независимо от того, из какого материала эти подошвы сделаны.

И, наконец, коллеги, стоит поговорить о необходимости взаимодействия врача с семьей пациента. Это кажется понятным. Но реализовать этот принцип порой трудно – не всякий врач обладает навыками семейного психотерапевта. Этот принцип касается еще и выявления возможных генетически обусловленных реакций на препарат. Вы сталкивались с наследственно обусловленной непереносимостью какого-либо вещества? Прекрасно. Значит, знаете, о чем речь.

Один из самых назначаемых у нас препаратов в настоящее время – это клоназепам. Препарат, который когда-то был синтезирован для лечения детской эпилепсии и с успехом применяется в терапии тревожных расстройств. Мне он нравится тем, что его можно назначать в течение 9–12 и более месяцев. Что при этом может возникнуть? Психологическое привыкание. Например, вы привыкли к тому, что вас будят следующими словами: «Вставайте, граф, вас ждут великие дела!» или «Вставай, лапочка, я по тебе скучаю!». И если в какой-то день вам не скажут этих слов, вы испытаете чувство потери. То есть привыкнуть можно ко всему. А если это лекарство, которое нам помогает, то представьте себе, что, когда вы меняете препарат, который больной принимал три года (появилось более эффективное лекарство), он может спросить: «А мне не будет хуже, если я брошу прежний препарат?» Это чисто психологическая страховка. Поэтому уходить от приема препарата, который принимается долго, нужно всегда постепенно.

Описан блестящий пример, когда больная шизофренией, у которой наступила прекрасная ремиссия, была переведена на плацебо. Она 6 лет принимала плацебо и чувствовала себя хорошо. Тогда врач решил поэкспериментировать и отменил плацебо. На 4–5-й день у нее наступил резкий рецидив шизофрении! Это биологическое заболевание, не психологическое. Плацебо-эффект – очень серьезная вещь! Поэтому, если вы долго давали пациенту препарат и отменяете его сразу, дайте очень подробную инструкцию, что это то же самое, но в три раза лучше.

Если шахиду сказать, что вот ты надеваешь пояс, взрываешь себя и попадаешь прямо в рай, то он действительно надевает пояс и идет умирать. И он верит в это. Вы должны понять, что психология – это такая штука, которая толкает людей и на выздоровление и на смерть. Поэтому, когда вы считаете что больше данный препарат нельзя давать пациенту, так как он вреден, и вызывает тахикардию, вы обязаны разъяснить, что в течение трех лет произошло накопление, отчего возникла тахикардия. Теперь вы даете новый препарат, столь замечательный, эффективный (расхваливайте как только можете!). Это как в анекдоте, правда, он не совсем приличный, но зато поможет вам отдохнуть от большого количества теоретического материала. Итак, у пахана юбилей – 50 лет. Братки собираются за подарком. Идут в антикварный магазин, где спрашивают что-нибудь эксклюзивное. Им предлагают крест из золота с рубинами за 200 тысяч рублей. Но крест у пахана уже есть. Предлагают статуэтку за 300 тыс. руб., но и это есть. Братки просят найти нечто «нормальное», чтобы ни у кого не было. Им отвечают, что есть, но за 500 тыс. руб. «А что это?» – «Барабан Страдивари». Продавец идет в подвал, находит пионерский барабан, стирает с него пыль, чистит и приносит браткам. Наконец, наступает день юбилея. Все дарят шикарные подарки, а братки – барабан. Пахан принял. Нашелся интеллигентный дурак, который подошел к браткам и сказал, что Страдивари делал скрипки, а барабаны не делал. Братки возвращаются в магазин, обещая продавцу «порвать» его на куски. Продавец: «Ребята, Страдивари делал скрипки для лохов, а для пацанов он делал барабаны!»

Скажите вашему пациенту, что тот препарат, который вы ему предлагаете – это «барабан для пацанов». Я глубоко убежден, что любая ложь во благо пациента оправдана, если она не навредит. Иногда, правда, со всеми этими «барабанами для пацанов» происходят смешные вещи. Сегодня мне принесли рекламки нового антипсихотика – все ясно: человечество без него умрет... А я знаю, кто делает этот препарат. Возникает вопрос: «А зачем тогда все остальные препараты, которые эта же фирма и выпускает?»

Сейчас я даю общий обзор, а когда мы будем рассматривать конкретные расстройства, будут конкретные рекомендации. Они очень простые. Для длительных расстройств – препараты атипичные, для кратковременных – типичные, и продолжительность их

приема не должна превышать шести недель. Западный и американский стандарт – четыре недели. После четырех недель только врач-психиатр имеет право удлинять прием на две недели.

Правила для больных с сердечно-сосудистыми расстройствами и пожилых больных: рекомендованные дозы должны быть меньше, но не такими, чтобы не вызывать никакого терапевтического эффекта. Моя личная практика показывает, как нужно работать. Вы медленно наращиваете дозы (скажем, через день-два) до появления выраженного седативного эффекта. (Прежний наш подход, и я был его сторонником, рекомендовал достижение седации у всех больных. На сегодняшний день эта позиция опровергнута.) После чего вы немного снижаете дозу, чтобы не держать больного в таком состоянии. Таким образом, для больных пожилого возраста и с сердечно-сосудистыми расстройствами рекомендуется медленное увеличение доз, а назначенные дозировки должны быть меньше, чем для молодого больного без выраженной сердечно-сосудистой патологии. Большинство анксиолитиков не повреждают печень, они оказывают минимальное токсическое воздействие, но при острых заболеваниях печени не рекомендуются.

Вы заметили, что если вы даете пациентам маленькие таблетки, да еще и один раз в день, то они считают, что попали не туда, не в то лечебное учреждение. А вот если капаєте им физиологический раствор, то это хорошее лечение и хороший доктор, и пациенту повезло. Впечатляет! Мы когда-то в отделении невротиков делали капельницы интравенно, в основном женщинам, так как они более впечатлительны. Представляете, заходишь в палату, шесть женщин, шесть капельниц. Зрелище не для слабонервных. Но как были любимы врачи, сделавшие такое назначение! Понимаете, психология фармакотерапии – это та вещь, которой нельзя пренебрегать. Приезжаешь на конгресс, подходишь к стенду фирмы «Новые препараты» и видишь: эффективность плацебо – 45–50%, эффективность препарата – 60%. Чем же я должен лечить? Плацебо, наверное. Почему я и говорю: допустимо чтобы врач расхваливал лекарство, показывал его положительные стороны, но не врал. Раньше достаточно было сказать, что это американский препарат. А в Америке 100300 фирм выпускают диазепам под разными названиями. Легко представить, что может быть среди этой массы фирм! Это мы знаем, что «американское»

далеко не всегда самое лучшее. Например, более стандартными иногда являются европейские препараты. Расхваливайте, если точно знаете, что говорите правду. Например, если вы знаете, что препарат вызывает тахикардию, то обязательно должны сказать об этом пациенту. Но если вы говорите, что вот этот английский препарат замечательный, высокого качества, то вы обязаны говорить правду.

В субботу мне пришлось делать всякие предновогодние закупки. В одном магазине мы спрашиваем: «Сколько стоят ананасы?» Нам отвечают: «100 сомов». Через 400 метров в другом магазине точно такой же продукт стоит 200 сомов. Спрашиваем: «Почему?» Отвечают: «Так это же парагвайский, а там китайский». Через пару метров от магазина опять продаются ананасы, и на вопрос: «Откуда ананасы?», продавец честно отвечает: «Не знаю». Вы можете себе представить Кыргызстан и Парагвай? Во-первых, Парагвай – не поставщик, если бы ананасы привезли из самого Парагвая, то каждая долька стоила бы 100 сомов. Они все из одного места, но смотрите, как заманчиво звучит: «Парагвай!...»

Вы думаете, это просто портфель? Нет, это – бразильский портфель из кожи человекообразной обезьяны!

Лекция №8. СВОБОДНЫЕ РАЗМЫШЛЕНИЯ ПОЖИЛОГО ПСИХИАТРА О ВРЕДЕ И ПОЛЬЗЕ ПСИХОТРОПНЫХ ПРЕПАРАТОВ (ПРОЧИТАНА ПО ЖЕЛАНИЮ АУДИТОРИИ)

Добрый день, доктора. Сегодня мы начнем лекцию с разбора клинического случая. Наш пациент – пожилой человек, потерявший несколько лет назад жену. Об этой смерти во время нашего общения он ни разу не заговаривал, а я сам избежал грустной темы и не стал на ней акцентировать внимание. У меня сложилось впечатление, что для него это не стало тяжелой утратой. У него много родственников, достаточно обеспеченных и живущих в разных странах. Внучка, – сотрудница Европарламента, живет в Бельгии, сестра – в Лондоне, сын – коммерсант. Он окружен родственниками, но ему нравится жить одному, пишет книги и тренирует память, занимаясь английским языком. В прошлом

он – крупный партийный работник, который написал мемуары о своем пребывании на очень ответственном посту в Афганистане. Это интеллектуально сохраненный человек, у которого развивается депрессия. Он, естественно, получает трициклические антидепрессанты (анафранил), затем переходит на гетероциклические (коаксил) и выходит из депрессии. Я ему говорю, что нужно prolongировать лечение, потому что в возрасте под семьдесят лет депрессия носит затяжной характер. Он отказался, сказав, что хорошо себя чувствует. Так проходит год, пациент периодически появляется у меня, и у него действительно хорошее состояние. Человек он деликатный, вежливый, не обременяет меня лишними посещениями, просьбами. Затем приходит посоветоваться по поводу предложенной ему операции удаления аденомы простаты. Он не уверен, можно ли ему делать такую операцию. Я сказал: «Если урологи считают, что нужно делать, значит – нужно. Но, – добавил я, – хочу предупредить, что любое оперативное вмешательство может привести к рецидиву депрессии». Пациент ответил, что операции не боится, что совершенно спокоен, и не стал принимать антидепрессанты.

Проходит месяц, мне звонят и просят срочно приехать на консультацию в спецбольницу по поводу депрессии этого пациента. Начинаем работать с этой депрессией разными препаратами, он платит большие деньги, но ничего не получается, депрессия остается выраженной. Для ее купирования требуется вводить анафранил внутривенно, так как, к сожалению, пока нет антидепрессантов нового поколения, предназначенных для внутривенного введения. Но трициклические, как и гетероциклические, антидепрессанты имеют неприятный побочный эффект, зачастую возникающий у мужчин в пожилом возрасте, – задержку мочи. У человека, перенесшего операцию по поводу аденомы простаты, высока вероятность возникновения такого побочного эффекта. Моему пациенту привозят из Москвы анафранил, мы начинаем капать препарат, он постепенно выходит из депрессии, но на фоне улучшения психического состояния возникает задержка мочи, приходится делать катетеризацию мочевого пузыря. Что происходит дальше? Я предлагаю отменить капельницы с анафранилом. Он отвечает, что если сравнивать задержку мочи с тоской, то лучше согласиться на ежедневную катетеризацию. Немного уменьшили дозу, капаем. Затем переходим на терапию

другим препаратом и, что самое главное, понимаем одну простую вещь: как ему важна атмосфера рядом с собой.

У нас он не лечился стационарно – ему делали капельницу, после чего он уезжал. Одиноким человек, утверждавший, что прекрасно готовит, что у него много друзей и что ему нравится жить одному. Но когда он вышел из депрессии, то около него даже появились какие-то женщины. Я все-таки считал, что именно люди, находившиеся в это время рядом с ним, помогли избавиться от депрессии. А он просто не хотел признаваться в своем одиночестве.

В приведенном примере речь идет о выборе между побочным эффектом и эффектом терапии, выбором между индивидуальными особенностями пациента, его ситуацией и лекарствами. Вам предстоит решать эту проблему каждый раз, поскольку здесь, в кардиологическом центре, не лежат соматически здоровые люди. Когда вы будете проводить терапию антидепрессантами, то не относитесь к ним как к безопасным препаратам, следите за ходом лечения на тех препаратах, у которых побочные эффекты являются достаточно тяжелыми.

Эта история также показывает, что вам все время придется проводить сравнение между тем, какой эффект вы хотите получить от терапии (например, снять тревогу или депрессию), и теми побочными эффектами, которые могут проявиться у вашего пациента. Опасность побочных эффектов обязательно должна учитываться вами. Если у данного препарата выражен гипотензивный эффект, а у вас больной с артериальной гипертензией, то не будет ничего плохого, если вы уменьшите дозу гипотензивного средства, так как гипотензивный эффект антидепрессанта позволяет это сделать. Но если у пациента более серьезная патология (например, опасное нарушение сердечного ритма), то придется отказаться от этого препарата.

Четыре года назад, когда мне пришлось быть в Баку и читать лекции, местные психиатры возмущались тем, что пациенты должны получать лекарство более четырех месяцев. «Это плохо действует на печень, – утверждали они, – да и сколько на это денег уйдет!» Я им посоветовал посчитать, сколько денег потратили их пациенты, возвращаясь к врачам ежегодно с очередным депрессивным эпизодом. Получилось, что гораздо экономичнее провести один раз лечение по международным стандартам. По-

следние исследования показывают, что длительная терапия антидепрессантами оказывается дешевле, чем терапия относительно короткими курсами (3–4 месяца), но проводимая регулярно.

Мы должны признать, что, возможно, для кого-то из наших пациентов лечение антидепрессантами окажется недоступным. Например, амитриптилином лечиться нельзя из-за выраженных побочных эффектов, флуоксетин не дает желательных быстрых результатов, а все остальное очень дорого.

На одной из наших предыдущих лекций мы говорили об анксиолитиках. Вернусь к этой теме и сконцентрирую ваше внимание на основных ее положениях. Среди психотропных препаратов анксиолитик занимает первое место в работе врача-терапевта, в том числе и врача-кардиолога. Почему это происходит? Потому что анксиолитики уже достаточно давно вошли в нашу практику, они более безопасны для людей с соматическими заболеваниями. Кроме того, врачи уже привыкли к ним – возникает определенный стереотип назначения. Интересно, что у каждого из нас есть некоторые пристрастия к препаратам, причем эти пристрастия порой трудно поддаются логическому объяснению. Они отражают нашу личную симпатию, а она не доказательна. Вот я лечил одним препаратом 20 больных, и 17 из них дали хорошие результаты. Я не проводил статистику, не занимался специальным доказательным инструментом и не использовал оценочные шкалы. Просто считал, что если 21-й пациент получит этот же препарат, то он поправится. Мне попадались однородные больные. Когда ты проводишь какое-то исследование с сомнительной гипотезой, то, по закону Мерфи, первые два пациента оказываются абсолютно подтверждающими эту гипотезу и ты начинаешь парить от счастья! Но уже третий, четвертый и все последующие не подчиняются этой гипотезе. Таким образом, одной из проблем частого использования транквилизаторов становится личная симпатия врача, часто не основанная на доказательной медицине.

К анксиолитикам следует относиться осторожно. Врач-интернист, во всяком случае в странах СНГ, весьма плохо диагностирует депрессию. Не потому, что он плохой врач – просто наши доктора не ориентированы на диагностику психических расстройств. Кроме того, депрессия в принципе плохо предъясняется пациентом, а вот тревога – активна, хорошо предъясняется пациентом и как бы все время мелькает у нас перед глазами. Тре-

вога и депрессия напоминают два типа женщин – одни женщины тихие, не бросающиеся в глаза (только опытный человек увидит, что там скрывается невероятно красивый розовый куст), а другие женщины ходят и вызывающе крутят задом. И поскольку мужчины чаще всего умственно отсталые существа, то часто попадают на крючок именно этим женщинам. Могут сказать: не попадайтесь на такую удочку, это всего лишь декорация. Все настоящее скрыто внутри. Так же тревога и депрессия: тревога – блестит, депрессия – в тени.

Если говорить серьезно, то депрессия гораздо более опасна. Прежде всего она опасна суицидом, осложнением течения соматических заболеваний, плохо диагностируется и неадекватно лечится.

Вот и приходит пациент к врачу-интернисту, к семейному врачу или к невропатологу. Почему? Потому что в нашей популяции невропатолог – это «специалист по нервам», и если к психиатру страшно идти, то нужно идти к невропатологу. К сожалению, далеко не все невропатологи ориентированы на диагностику психических расстройств, они нацелены на диагностику патологии неврологического характера. Пациент начинает получать транквилизаторы, и его состояние обычно улучшается. Почему? Потому что тревога обычно сопутствует депрессии. Между ними сложные взаимоотношения, но очень трудно найти депрессию без тревоги, а когда вы даете транквилизаторы, то убираете тревожный компонент и больному становится лучше. Но самое главное – он становится менее активным в призыве к помощи. Он приходит к вам и на вопрос: «Как вы себя чувствуете?», говорит: «Получше». Правда он отвечает тихим голосом, но врачу это не важно – ему важно, что больной сказал «получше». Нам важно услышать, что пациенту «лучше», и первое, что захочется сделать врачу, это сказать: «Ну вот и хорошо!». И самое главное – дальше не спрашивать: «А как тебе лучше?»

Сегодня ко мне пришли две пациентки, в прошлом врачи, и обе сказали, что чувствуют себя лучше. Они явились неожиданно, полагая, что если они не работают, то их примут в любое время. У меня не было времени говорить с ними, и первое, что я сказал: «Вот, Наташа, как хорошо, что тебе стало лучше». Мы с ней много работали – и шизофреническая симптоматика во многом сгладилась. Мысленно я взял себя за ухом, усадил опять в

кресло и сказал: «Теперь рассказывай, а что стало лучше». После ее ответа я сказал: «Давай-ка оценим, что это: лучше, хуже или не очень хорошо? То, что ты работать стала, это – хорошо?» – «Хорошо». – «А то, что покрываешься потом даже при небольшой нагрузке, хорошо?» – «Нет». Считали, считали, получилось примерно по нулям. Тогда я задал простой вопрос: «Наташа, тебе что, лекарства надоели?» – «Конечно, надоели, давайте, Валерий Владимирович, попробуем без них». Вот вам и ответ на вопрос: «Как вы себя чувствуете?», а мы в этот капкан сами лезем. Меня спрашивают о том, как я себя чувствую, я отвечаю, что хорошо, но в то же время принимаю примерно штук 30 разных таблеток, а так – все хорошо... А вот когда меня спрашивают: «Сколько штук таблеток принимаете?», и я отвечаю: «Ни одной», то я понимаю, что со мной нормально работают. А если вы об этом не спросите, то ваш пациент – вовсе не такой дурак. Мы все одержимы идеей, что вокруг нас дураки. Приносит, например, мне один человек пятый раз положение о своем центре, где вся ответственность за плохую работу ложится на меня, а вся благодарность за мою работу достается ему, и спрашивает: «Может быть, все переиграем?» «Конечно, переиграем», – отвечаю я. Переделываются некоторые фразы, но суть остается. Так вот, мы же не хотим снова лезть в этот капкан!

Поэтому первое, что вам скажет больной с тревожной депрессией, «сидящий» на транквилизаторах, это то, что ему стало лучше. И тогда вы зададите ему всего два вопроса. Первый: «Стало ли что-то вам интересно?» (это может быть еда, книга, работа). Как-то раз я услышал от одной пациентки: «Мне вдруг опять захотелось красиво одеться, недавно надевала все, что под руку попадется». Это был знак начала ее выхода из депрессии. Но если пациент, получающий транквилизаторы, ничего подобного вам не скажет, значит, никакого сдвига в лечении депрессии нет.

Второй вопрос, который надо задать: «Стали ли вы активнее?». Ведь не обязательно быть активным, испытывая даже глубокий интерес к чему-то. Есть, например, понятие долга, когда ты должен что-то сделать. Это не очень интересно, но делать нужно. У человека с депрессией активность снижена, и он вам ответит, если депрессия не проходит: «Какая там активность! Я, наоборот, все время расслаблен». Тогда задайте третий вопрос: «Так что же стало лучше? Может быть, вы меньше волнуетесь? Или

у вас уменьшилось чувство напряжения?» И на эти вопросы вы получите ответ: «Да». Значит, вы работаете с тревогой, а не с депрессией.

Я уже говорил, что если долго давать транквилизаторы пациенту с депрессией, то вы получите очень плохую депрессию, резистентную к антидепрессантам. Лечить ее станет гораздо труднее. Вот в чем опасность транквилизаторов! Другая их опасность заключается в том, что к ним довольно легко происходит привыкание. Тревоги в нашей жизни встречаются постоянно... Вот наступают праздничные дни, Новый год, у всех приподнятое настроение, и даже если у человека нет особой радости в жизни, то все-таки на праздник он оживает. Несмотря на это, кто-то из вас испытывал состояние тревоги по какому-то поводу. Человек, который часто испытывает тревогу, получив рецепт – способ, как ее убрать, стремится к повторению этого способа – возникает опасность привыкания к транквилизаторам.

Мы говорим врачу, что нельзя выписывать типичный транквилизатор более четырех недель непрерывно. Да, можно выписать еще на две недели, но в этом случае ты обязан проконсультироваться с психиатром или психотерапевтом, чтобы он подтвердил, что здесь нет первых признаков привыкания. Но при нашей жизни, как вы думаете, можно купить транквилизатор без всякого рецепта? Конечно. Поэтому, в принципе, наши больные могут достать транквилизатор совершенно свободно. К примеру, вы выписываете больному 40 таблеток и рассчитываете уложиться в четыре недели. А когда он приходит на прием, вы видите, что нужно поднять дозу и говорите ему: «Вам выписать рецепт?» И слышите в ответ: «Нет, я попросил, и мне дали две упаковки».

Возникает такой стереотип: надо идти к начальнику, чувствуешь за собой какие-то грешки или узнал от секретаря, что у босса скверное настроение и что он рычит на всех с утра, поэтому ожидаешь чего-то неприятного. Тогда принимаешь таблетку транквилизатора. Следом возникает еще что-то важное – опять таблетка... И это становится спутником жизни.

Вот в Москве началась эпидемия подросткового пивного алкоголизма. Почему она возникает? Потому что пиво считается как бы безвредным напитком. Правда, есть страны, где подросткам никогда пиво не продадут. А почему идет быстрое привыкание? Потому что, во-первых, привыкание вообще легко формируется в

подростковом возрасте, во-вторых, характеристикой подросткового возраста является тревога. Это обязательный признак периода взросления. Если убрать токсическое влияние пива на печень, то это транквилизатор номер один по распространенности применения. Подростки снимают тревогу этим транквилизирующим напитком.

Есть четкие ассоциации между показателями роста психосоциального стресса и роста потребления пива. Вот в Германии сейчас, как никогда, распространено пиво: страна находится в экономически-кризисной ситуации. Растет безработица, введение «евро» подорвало экономику. Идешь по улице – каждый третий магазин закрыт или идет распродажа, у людей нарастает тревога. Одновременно с этим денег у населения меньше, а пива пьют больше. Это – способ снятия тревоги. Но можно и не пить пиво, а принимать транквилизаторы. Хотя трудно представить интеллигентную женщину среднего возраста, которая снимает тревогу пивом. Это маловероятно, а вот вытащить из сумочки диазепам и выпить таблетку – вполне прилично. Дочь не пришла вовремя домой, не позвонила – опять таблетка транквилизатора. И чем скорее это дает результаты, тем чаще мы к этому прибегаем. Вот мне плохо, я что-то сделал – и мне стало хорошо: например, съел что-то вкусное – и мне стало лучше, так я это вкусное буду стремиться есть. Плохое настроение, надела новое платье – и стало хорошо! Это станет приемом снятия напряжения. К сожалению, не всегда такие приемы конструктивны. К деструктивным приемам относится снятие напряжения алкоголем и транквилизаторами.

Лекция № 9. ВЫБОР ПРЕПАРАТА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ У КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО

По данным зарубежных авторов, частота депрессивных расстройств у больных ишемической болезнью сердца составляет 16–23%. В постинфарктном периоде, при рецидивах стенокардии, а также в связи с аортокоронарным шунтированием часто возникает тревога, а в дальнейшем нередко формируется депрессия. Депрессивная симптоматика, выявленная после инфаркта миокарда, достоверно повышает риск смерти или повторного инфаркта

миокарда, даже если принять во внимание другие факторы риска (в частности, дисфункцию левого желудочка, наличие инфарктов миокарда в анамнезе, частоту желудочковых экстрасистол).

С другой стороны, иногда при депрессии соматические жалобы настолько преобладают в клинической картине, что врач-интернист даже не предполагает наличия у больного психического расстройства. По данным ВОЗ, более половины больных депрессиями лечатся у врачей общей практики, не попадая в поле зрения психиатров. Такие депрессии, называемые ларвированными, или соматизированными, протекают под видом разнообразной симптоматики, а собственно проявления депрессии оказываются атипичными. Это нередко приводит к ошибкам в диагностике, а изнурительные дополнительные обследования и длительное неэффективное лечение разочаровывают и больного и врача.

Необходимость лечения неглубоких депрессий врачами общей практики обусловлена, с одной стороны, большой распространенностью этих заболеваний, а с другой – упорным нежеланием многих больных обращаться в психоневрологические учреждения. При решении вопроса о самостоятельной курации больного с депрессией врач общей практики должен исключить следующие состояния, требующие обязательной специализированной психиатрической помощи: суицидальные мысли, которые могут активно не высказываться больными, однако при расспросе они обнаруживаются в активной или пассивной форме (например, «лучше бы попасть под машину и отмучиться»); бредовые идеи (чаще – вины, ипохондрические идеи или обвинения), галлюцинации; указания на наличие психического заболевания в прошлом; тяжелое соматическое состояние, требующее особой осторожности при подборе психотропной терапии; беременность. После исчерпывающего соматического обследования врач должен тщательно проанализировать психопатологические особенности состояния, чтобы выбрать наиболее адекватную терапию. Лечение депрессии в общемедицинской сети осуществляется в основном с помощью лекарственных препаратов, однако простая разъяснительная беседа позволяет не только успокоить больного, но и обеспечить его приверженность рекомендованной терапии.

Противопоказаниями для назначения антидепрессантов являются острые заболевания печени и почек (с учетом их биотрансформации и выведения), кроветворных органов, нарушения

мозгового кровообращения, декомпенсированные пороки сердца, судорожные припадки и некоторые другие тяжелые соматические заболевания.

В настоящее время уже существует огромный выбор различных антидепрессантов, их спектр продолжает неуклонно расширяться, имеется достаточно много разнообразных классификаций антидепрессантов.

В кардиологической практике применение СИОЗС, безусловно, предпочтительнее в связи с их большей селективностью и лучшей переносимостью. Однако и здесь существуют некоторые различия в переносимости этих препаратов, обусловленные, прежде всего, избирательностью основного действия.

Другим важным преимуществом современных антидепрессантов является их минимальное взаимодействие с другими лекарственными средствами, в том числе применяемыми при лечении сердечно-сосудистых заболеваний.

Основные принципы антидепрессивной терапии справедливы как для классических антидепрессантов, так и для препаратов нового поколения:

- Необходимо использовать адекватные терапевтические дозы, которые для классических (трициклических, четырехциклических) антидепрессантов составляют до 150–300 мг/сут. Лечение этими антидепрессантами начинают с малых доз (25–50 мг/сут.), при хорошей переносимости дозу постепенно наращивают до появления положительного или побочного эффекта. В общесоматической практике не рекомендуется применять дозу свыше 75–100 мг/сут., поскольку с последующим увеличением дозы возрастает риск различных осложнений, как соматических, так и психоневрологических (например, опасность холинолитического делирия у лиц пожилого возраста). При неэффективности лечения указанной дозой необходима консультация психиатра. Для современных антидепрессантов дозы, как правило, фиксированы и различаются в зависимости от вида препарата.

- Эффект антидепрессивной терапии проявляется не сразу, а в течение 1–3 недель от начала лечения.

- Если к четвертой неделе лечения эффект от проводимой терапии отсутствует, в первую очередь необходимо убедиться, что достигнута терапевтическая доза. Только в этом случае можно считать, что препарат неэффективен и, следовательно, должен

быть заменен на другой (в данном случае необходима консультация психиатра).

- Лечение депрессии должно осуществляться длительно — от 4–6 месяцев до нескольких лет, в зависимости от особенностей течения заболевания; ранняя отмена препарата даже на фоне клинического благополучия может привести к рецидиву болезни. Доза препарата при этом должна сохраняться на прежнем уровне и только в случае необходимости (побочные действия) может быть уменьшена, но не более чем на 25–30%.

При лечении тревожных расстройств с помощью транквилизаторов интернистам необходимо помнить о ряде негативных явлений, которые могут сопровождать эту терапию. В частности, некоторым транквилизаторам свойственна поведенческая токсичность, которая выражается в вялости, заторможенности, снижении скорости реакций и концентрации внимания, нарушении координации движений. Кроме того, при резком прекращении приема транквилизаторов нередко возникает синдром отмены (нарастание всей симптоматики, характерной для тревожного расстройства). Наконец, большой проблемой при применении транквилизаторов является развитие привыкания, физической и психологической зависимости от препарата, вплоть до токсикомании. В связи с этим при назначении транквилизаторов пациентам с тревожными расстройствами необходимо строго придерживаться следующих принципов:

- 1) доза транквилизатора подбирается индивидуально (с учетом особенностей реагирования пациента на препарат, а также возраста), увеличение дозы до терапевтической проводится постепенно;

- 2) с целью профилактики синдрома отмены рекомендуется постепенное снижение дозы препарата перед его окончательной отменой;

- 3) во избежание формирования привыкания и зависимости транквилизаторы назначаются коротким курсом, длительность которого следует ограничить 1–2 месяцами.

Это российский протокольный стандарт. Не знаю, есть ли подобная ситуация в кардиологии. Может быть, и нет, но в отношении транквилизаторов и анксиолитиков на сегодняшний день существуют очень разные позиции. Я представляю вам и российский подход и западный.

Вы же должны будете находить свой стандарт. Поэтому нужна мультидисциплинарная бригада, которая на основании общих принципов создает свой стандарт терапии, характерный для центров, и, надо отметить, эта позиция характерна для серьезных западных центров. Вы не психиатрический стационар, вы – клиника, в которой лечатся больные с серьезными соматическими заболеваниями. У вас много пациентов старше сорока лет. Одновременно вы работаете с препаратами разных фирм. Здесь нужно вырабатывать стандарт своего центра.

Если бы мы сейчас разговаривали в американском Институте кардиологии, то я думаю, что 40–50% пациентов отделения острого инфаркта миокарда имели бы двойной диагноз: ОИМ, депрессивный эпизод. 40–60% больных отделения артериальной гипертензии имели бы диагноз «артериальная гипертензия плюс тревожное расстройство». Говорит ли это о гипердиагностике депрессии и тревоги в США? На сегодняшний день такое утверждать нельзя. Но это свидетельство того, что выявляемость депрессии у больных кардиологического профиля в Кыргызстане в настоящее время явно недостаточна. И связано это не с плохой работой психотерапевтов, а с тем, что врач-кардиолог не ориентирован на выявление депрессивного и тревожного расстройства. Кто из вас в течение последней недели назначал антидепрессанты своим больным? Никто. Это для западной кардиологии совершенно не характерно. А ведь вы работаете в элитарном учреждении.

Лекция №10. КОНЦЕПЦИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

Кроме концепции соматизации, существует еще одно понятие: психосоматическая медицина. Психосоматическое расстройство – это такое соматическое заболевание, в формировании которого играют роль психологические факторы. Я попытаюсь сейчас объяснить, почему врачи-интернисты достаточно негативно относятся к термину «психосоматика». Дело в том, что психосоматика – это, по существу, истинная соматизация. В Международной классификации болезней десятого пересмотра понятие «психосоматическое расстройство» исчезло. Оно было убрано по очень серьезной, на мой взгляд, причине. Последнюю можно сформули-

ровать следующим образом: не бывает заболеваний не психосоматического характера. Любое заболевание человека всегда является психосоматическим, так как на наличие любого расстройства человеку свойственно давать эмоциональную реакцию.

Представьте себе, что вы – врач-травматолог, а у вас пациент с переломом ноги. Банальный случай? Да. А если это футболист мирового класса, для которого здоровые ноги – гарантия высокого заработка, его профессия, его статус? И этот статус ставится под полное сомнение после данного перелома – ваш пациент может потерять профессию! Или: молодая женщина попадает в автотрагедию – и лицо ее обезображено, шрамы быстро зарастут, болевого синдрома может и не быть, но ее внешность изменилась. Если раньше она шла по улице и с удовольствием обращала внимание на то, как на нее реагируют мужчины, то теперь она идет по улице совсем по-другому. Стареется, чтобы ее не видели.

При шизофрении – масса соматических симптомов. Раньше даже выделяли так называемую фебрильную кататонию, которая чаще всего заканчивалась смертью. Эта шизофрения протекала с тяжелым лихорадочным синдромом, температура зашкаливала – и больные чаще всего погибали. Я был на специализации, во время которой у меня умер больной от такой шизофрении. Вскрывал его Борис Федорович Малышев, который в то время считался прозектором номер один в Советском Союзе. (Прекрасный, доброжелательный человек, славный и мудрый. С постоянно висящей в левом углу рта папиросой... Иногда он забывался и у него вторая папироса висела справа.) Я его спросил тогда, отчего больной умер. «Спроси что полегче, – ответил он мне, – я там напишу в отчете про полнокровие органов или тому подобное, но если честно, то не знаю». Вот это было классическое психосоматическое заболевание, которое закончилось летально; заболевание, при котором психическая патология сочеталась с тяжелыми соматическими нарушениями. Мы с вами можем со всей определенностью заявить, что каждое заболевание является психосоматическим, поскольку человек всегда реагирует на свою болезнь. Даже такая мелкая штука, как ОРВИ, может превратиться в психосоматическое страдание. У вас раздутый нос, гундосый голос – и свидание с любимым человеком оказывается под угрозой!

Посмотрите, у кого чаще всего развивается стенокардия. У каких личностей? Агрессивных, раздражительных, легко под-

дающихся фрустрации. Теперь – астма. Ее приступы могут быть обусловлены стрессом, инфекцией дыхательных путей, аллергией. Видите, мы все время обнаруживаем здесь сочетание психологических (стрессы) и биологических факторов. Именно поэтому подобные расстройства называются «психосоматическими». Сделана ли хотя бы попытка рассмотреть человека интегративно? Работал ли кто-нибудь из здесь присутствующих с бронхиальной астмой? Работали? Вы знаете, что при бронхиальной астме следует изучить взаимоотношения в семье пациента, особенно если этот пациент – ребенок? Скажите честно, вы спрашивали про взаимоотношения в семье?

При чрезмерной опеке необходимо побудить пациента к самостоятельной деятельности. Психологические теории объясняют возникновение бронхиальной астмы сильной тревогой, связанной с зависимостью и разлукой. Астматическое свистящее дыхание рассматривается как мольба о любви и защите. Это прочитает психиатр или психолог, но эта ужасная фраза о бронхиальном приступе как просьбе о помощи вызовет у пульмонолога естественное отвращение и, вероятнее всего, абсолютное внутреннее неприятие. Я попытаюсь объяснить сейчас, почему концепция психосоматики вызывает отторжение у большинства интернистов.

В Чикаго существует клиника, в которую направляются пациенты, прошедшие все стандартные способы соматической терапии с негативным результатом. В такой клинике, кроме интернистов, работают психологи, психотерапевты, которые являются ведущими специалистами в мультидисциплинарной бригаде. Представьте себе мужчину сорока лет, достаточно преуспевающего бизнесмена. Вечером он встречается со своим близким другом, который рассказывает о крупной неудаче в бизнесе и просит об одной услуге, а именно: он просит героя нашей истории позвонить крупному правительственному чиновнику, от которого зависит крупный заказ. Но они работают в одной сфере бизнеса, и тот, которого просят, предполагает, что, вполне вероятно, когда-нибудь возникнет ситуация, когда ему самому для себя придется попросить о такой же услуге. Но обратиться к этому чиновнику он может только один раз, дважды нельзя – не те отношения.

И вот весь вечер наш герой проводит у телефона, набирает две цифры – и прерывает набор. Так он сидит пару вечеров, но

в результате не звонит. Другу же говорит, что не смог подобрать такой стиль разговора, который бы идеальным образом подходил к изложению просьбы. В конце концов, друг его разорился, а через пару недель у героя нашей с вами истории возникает воспаление сустава пальца на руке, потом следующего, затем на ноге и так далее. Он лечится всеми возможными для американской медицины медикаментозными средствами, его семейный доктор выставляет ему диагноз артрита. Никто не разбирает с ним истории про телефонный звонок, да и сам он свое заболевание не связывает с этой ситуацией. Наконец, отчаявшись добиться результатов, его передают в психосоматическую клинику. С ним долго работают, и, приблизительно через месяц, эта история всплывает. Тогда с ним начинает работать психотерапевт, и после краткосрочной психодинамической психотерапии он выздоравливает. Если убрать идею спонтанной ремиссии, то тогда можно сказать, что заболевание данного бизнесмена есть реакция на психологический стресс, в которой организм сказал: «Ты и не мог никуда позвонить, у тебя есть оправдание своему бездействию – больные суставы».

Теперь представьте себе другого бизнесмена – человека, у которого сложные взаимоотношения с женой. Он ее любит, но до него все время доходят слухи о том, что она ему изменяет. Он почти уверен, что она ему изменяет, но старается закрывать на это глаза, потому что в противном случае он окажется в ситуации, когда что-то надо делать: или осознанно смириться с ее изменами, или разводиться. Но он не хочет ни того, ни другого. Ему страшно ее потерять, он к ней очень привязан. В то же время ему не хочется иметь точных доказательств ее неверности. И вот однажды секретарь соединяет его с каким-то человеком, который ему заявляет, что его жена как раз сейчас находится с другим мужчиной. Наш герой бросает трубку, прекращает совещание, но никак не может решиться поехать домой. Он то вытаскивает ключи от машины, то вновь кладет их в карман. Потом он все-таки выходит, едет домой, подходит к двери и несколько раз пытается ударить дверь ногой, вышибить ее, ворваться в дом. Он полчаса подобным образом машет ногой у двери, а потом, так и не вышибив дверь, произносит: «Тот, кто мне позвонил, хотел разрушить мое счастье». После чего уходит. Вы можете себе представить, что происходит с его коленом через две недели? Опять годы лечения и вновь все те же самые результаты.

Скажите, будете ли вы расспрашивать человека, жалующегося на боли в коленном суставе, о взаимоотношениях с женой? Он не захочет о ней говорить, потому что ситуация так и осталась неясной: была ли она в постели с другим или не была? Он этого не видел и до сих пор находится в состоянии неопределенности. Вот если блестяще подготовленный в интернальной медицине американский специалист назначает прекрасные лекарства, а они не помогают, то он, вероятно, начнет думать о психосоматическом диагнозе. Но провести такого рода расспрос у нас никому в голову не придет, поскольку в нашем профессиональном сознании психосоматическая идея пока еще очень слаба. А почему она слаба, мы тоже сейчас попробуем разобраться. Мне очень важно, чтобы вы не воспринимали меня как человека, считающего вас ущербными людьми.

Я рассказывал вам сейчас, в сущности, о теории специфичности симптома. Каждый психосоматический симптом является символом, знаком определенной внутренней душевной ситуации, внутреннего серьезного конфликта. Например, вполне реальный приступ бронхиальной астмы рассматривается как крик о помощи, потому что ребенка с детства не приучили к самостоятельности и во взрослой жизни он нуждается в постоянной опеке. Американские психотерапевты, работая с бессознательным, лечат бронхиальную астму без лекарств. Правда, чтобы стать психотерапевтом такого уровня, нужны особые способности и длительное обучение. Далеко не каждый психотерапевт может это делать.

В рамках психосоматической медицины важен фактор личностной предрасположенности. Автором этой концепции является Фрэнсис Данбар – замечательная доктор, работавшая в Нью-Йорке, в госпитале Синайской горы. Этот госпиталь выпускает 30 журналов. Работая в этом госпитале, она еще в 30-е годы описала так называемый «коронарный тип личности», предрасполагающий к возникновению стенокардии и инфаркта миокарда. Она описала еще целый ряд личностных типов, предрасположенных к тем или иным расстройствам. Фрэнсис Данбар был описан и травматический тип личности. Согласитесь, травма не всеми нами воспринимается как психосоматическое расстройство. Есть, тем не менее, люди, которые в течение своей недолгой жизни переносят целый ряд физических травм. Они характеризуются неко-

торой безрассудностью, легкомыслием, плохим прогнозом опасности. И периодически мы видим их в гипсе или на костылях.

Коронарный тип личности, по описанию Фрэнсис Данбар, это тревожный, мнительный, чувствительный, обидчивый, амбициозный, склонный к сомнениям человек. Противники Данбар приводили два аргумента: ее классификация основана на изучении недостаточного количества случаев – всего 120 человек, и все они были евреями. Высказывалось мнение, что подобный тип может быть характерен для людей с определенной генетической предрасположенностью. Сейчас, кстати, доказано, что депрессия действительно чаще всего встречается именно у евреев.

Следующими, кто описал определенную психологическую предрасположенность к ишемической болезни, стали два врача-кардиолога. История, связанная с Ройзенманом и Фридманом, достаточно забавна и демонстрирует значимость каких-то очень простых вещей в научном открытии. Ройзенман и Фридман работали как частнопрактикующие кардиологи в Нью-Йорке. Случилось так, что им потребовалась замена мебели – обивка истрепалась. Мастера по обивке мебели поинтересовались их врачебной профессией и, узнав, что они кардиологи, крайне удивились. Обивщики оказались наблюдательными и заметили, что кресла в подобном состоянии они обычно ремонтируют у психиатров, чьи больные ерзают от тревоги. После этого бытового случая кардиологи стали присматриваться к своим пациентам и описали поведенческий тип А – стиль поведения, характерный для будущих пациентов с инфарктом миокарда. Это люди быстрые, целеустремленные, агрессивные, амбициозные, постоянно торопящиеся, прерывающие собеседника, договаривающие за него фразы. И когда они описали этот тип, то создали тем самым диагностический инструмент, с помощью которого его можно было диагностировать. В вашем институте, кстати, он тоже апробировался. На большом количестве материала американцы доказали, что выделенные ими поведенческие характеристики действительно связаны с коронарной болезнью, и смогли создать систему лечения, меняющую поведение. К сожалению, перестройка поведения возможна только у подростков, а у взрослых поведенческая терапия оказалась неэффективной. Например, с пациентом заключался контракт на то, что если он проедет на желтый свет, не дождавшись зеленого, то должен будет вернуться, совершить дополни-

тельный круг, опаздывая на работу, и, зная, что могут возникнуть неприятности на работе, снова подъехать к светофору и дожидаться зеленого света. Была разработана система наказаний и система поощрений. Что произошло? Количество дорожно-транспортных происшествий резко увеличилось и – от этих упражнений пришлось отказаться.

Что остается не совсем понятным в патогенезе коронарной болезни? Кто мне сможет объяснить, каким образом постоянная нетерпеливость переходит в биологический полем? Холестериновые бляшки у нетерпеливых людей растут быстрее? Да, существуют работы, доказывающие, что экспериментальный стресс вызывает выброс холестерина. Наша биологическая природа находится в жестком противоречии с социальной жизнью. Природа создала нас для преодоления физической опасности. Скажите, для чего предназначен выброс адреналина, жирных кислот, сахара, кортизола? Правильно, для физической борьбы. Для того, чтобы убежать от тигра, сражаться с мамонтом или представителем другого племени. Для ситуаций, когда нужна физическая сила, когда необходимо использовать липиды, сахар, чтобы получить энергетическую подпитку. А разве наша жизнь предназначена для отражения физической опасности?

В свое время мне довелось присутствовать при замечательном эксперименте, который проводился в Сухуми, в Институте экспериментальной медицины, в лаборатории по высшей нервной деятельности и психосоматике. Каждая обезьяна в этой лаборатории подвергалась обязательной операции: ей снимали скальп и делали небольшие отверстия, куда вживлялись электроды. С такой обезьяной можно было работать еще многие годы, проводя мониторинг электроэнцефалограммы. Обычно детеныша обезьяны забирали в лабораторию, делали операцию и вновь возвращали самке. Но экспериментаторы решили произвести операцию на глазах у матери. Смотреть на это было тяжело: реакция самки оказалась прямо человеческой! Обезьяна рвала на себе волосы, билась головой о клетку. На фоне подобной реакции проводилась запись электроэнцефалограммы. Что оказалось интересным? Если обезьяна была двигательной беспокойной, металась в клетке, то у нее инфаркт не развивался, а вот когда ее фиксировали и она могла только смотреть, то вероятность развития инфаркта миокарда составляла около 50%. Что это означает? Когда выброс всех

предназначенных для борьбы веществ не мог быть использован по назначению, возникал инфаркт.

Теперь скажите мне, почему некоторые личностные характеристики снижают стресс-толерантность? Если человек обидчивый и тревожный, но вынужден сдерживаться, то связь понятна; но как можно объяснить переход от психологического (чувства вины, например) к биологическому полюму? Удовлетворительно-го объяснения этому процессу пока не существует, поэтому концепция психосоматики и вызывает иронию у врачей-интернистов. И чем больше мои слова сейчас у кого-то вызывают протест, тем больше этот человек должен задуматься о своей возможной психологической проблеме... Потому что только на проблему возникает сопротивление.

Вот кто-то спит сейчас – это мои любимцы, нормальные, славные советские пофигисты. У этих людей никаких проблем нет. А вот если у кого-то «колючки» возникают, то задайте себе вопрос: откуда они эти колючки, растут. Я часто сталкиваюсь с ситуациями, когда жизнь человека могла сложиться по-другому и в профессиональном и в личном плане, если бы он оказался рядом с хорошим психотерапевтом. Я не хочу вам говорить о величии психотерапии – это отнюдь не великая специальность. Более того, психотерапия не относится к доказательной медицине, но она имеет реальные достижения. Я просто призываю вас из личных целей самосохранения задавать себе вопрос: что у меня за проблема? Я хочу и могу ее решить. Понимаете, некоторые проблемы мы так далеко прячем, что нам их действительно просто не увидеть без посторонней помощи. Для этого нужен помощник.

Чтобы вам было понятно, что я имею в виду под понятием «помощник», расскажу еще одну грустную историю. Ко мне поступила девушка-студентка, которая ничего не помнила о своем прошлом. Как оказалось, она была изнасилована группой людей во время прохождения практики, после чего ее нашли сокурсники и руководитель. Отправили девушку на экспертизу, где подтвердили изнасилование. Но сама она ничего не помнила, не знала, ничего рассказать про это не могла. И меня, молодого врача, такой же молодой следователь уговорил попробовать снять это состояние с помощью глубокого гипнотического транса. Мне это удалось, она все вспомнила и рассказала. А ночью совершила попытку самоубийства – пыталась повеситься, но, к счастью, ее удалось спасти.

Я не могу передать вам, что я тогда испытал! Эта история мучает меня уже 40 лет, и я все время задаю вопрос себе и своим коллегам о том, правильно ли тогда поступил. Все отвечают, что да, все было сделано верно. Я это понимаю, но до сих пор у меня стоит перед глазами тот день, когда узнал, что она попыталась покончить собой после моего вмешательства. А если бы она не пережила депрессию? А если бы не смогли ее депрессию вылечить? Ведь депрессия развилась потому, что в сознание был вытасцен страшный материал.

Скажите, кто считает, что лучше было бы оставить все так, как есть? Давайте подумаем, что могло бы произойти. Вышла бы эта женщина замуж? Маловероятно. Она испытывала бы непреодолимый страх и отвращение к мужчинам. Мы часто видим этот признак у людей, подвергшихся изнасилованию. У нее не было бы семьи и детей. И никто не мог бы понять, в том числе и сама пострадавшая, почему она так ненавидит мужчин, почему они вызывают у нее отвращение. Так бы и прожила свою жизнь.

Я считаю, что хоронить наши собственные скелеты в шкафу не надо. У каждой семьи есть в шкафу свой скелет. Но не нужно их хранить вечно. Правильнее – вытаскивать их наружу, работать с ними, хоронить, каяться и забывать. Не вытеснять, а забывать. Я считаю, что у нас с вами сейчас самая трудная лекция. Я честно попробовал показать, почему врачи-интернисты отвергают идею психосоматики. Я также попробовал убедить вас в том, что работать с тревогой и депрессией врач-кардиолог вполне способен, и такая работа только увеличит эффективность его врачевания. Это не означает, что я призываю вас работать с символами сновидений, с проблемами супружеской неверности, психотерапевтически лечить панические атаки. Это – для психиатров и психотерапевтов. А еще я вам сказал, что чем больше у вас возникает «колючек» во время моего рассказа, тем больше вам стоит задуматься о причинах их появления. Легко сказать: «Как он нам надоел, несет какую-то ахинею, какое это ко мне имеет отношение!» Гораздо труднее ответить на вопрос, почему вы чувствуете раздражение и недоверие? А вы не чувствуете? Как так?! Это плохо (смеется). Конец лекции.

ПАМЯТКА ДЛЯ АВТОРОВ

Все материалы, утвержденные председателями НТС, УМС и экспертной комиссией (разрешение на публикацию), предназначенные для издания в Издательстве КРСУ, представляются ответственному лицу издательства автором публикуемой работы, или лицом, ответственным за выпуск коллективного издания, и регистрируются в целях полного учета издаваемой КРСУ продукции и последующего ее анализа.

Рукопись на кыргызском или иностранном языке вычитывается автором. При представлении готового текста к изданию необходимо указать язык оригинала в выходных сведениях.

Редактирование рукописи начинается только после сдачи всех материалов и документов, удовлетворяющих всем требованиям издательства.

По окончании редактирования и верстки рукописи автор обязан вычитать и завизировать черновик верстки на лицевой стороне титульного листа.

Макет издания зависит от вида переплета (твердый, мягкий). Поэтому необходимо своевременно известить издательство об особенностях переплета.

При наборе текста рекомендуется использовать основные системные гарнитуры шрифтов: Times New Roman, Arial. Размер основного шрифта – кегель 14, межстрочный интервал – 1,5, формат бумаги А4, поля: верхнее – 2 см, нижнее – 2,5, правое – 3, левое – 1,5 см. Электронная версия должна полностью совпадать с распечаткой.

Сноски вставляются средствами Word. Формулы набираются в редакторе формул (Math Type), гарнитуры шрифтов: Times New Roman, Symbol.

Рисунки, графики, схемы должны выполняться в графических редакторах, поддерживающих векторную графику (CorelDRAW, Adobe Illustrator). Растровые изображения допускаются только в исключительных случаях (например, фотографии). Необходимо дополнительно предоставлять все рисунки в виде отдельных файлов в исходном графическом формате. Рисунки должны быть пронумерованы в порядке их расположения в рукописи.

В случае несоответствия издательским требованиям рукописи будут возвращаться авторам на доработку.

Более подробно с требованиями к оформлению рукописей можно ознакомиться в Издательстве КРСУ.

Издательство КРСУ

тел.: 43-29-08

e-mail: vestnik@krsu.edu.kg

Валерий Владимирович Соложенкин

ИЗБРАННЫЕ ЛЕКЦИИ ПО ПСИХИАТРИИ
ДЛЯ ВРАЧЕЙ-КАРДИОЛОГОВ

Учебное пособие

Редактор *И.В. Верченко*
Компьютерная верстка *Г.Н. Кирпа*

Подписано в печать 24.03.11
Формат 60×84^{1/16}. Печать офсетная
Объем 8,5 п.л. Тираж 100. Заказ №84

Издательство Кыргызско-Российского
Славянского университета
720000, г. Бишкек, ул. Киевская, 44

Отпечатано в типографии Кыргызско-Российского
Славянского университета
720048, г. Бишкек, ул. Горького, 2