

М. И. БУЯНОВ

БЕСЕДЫ
О ДЕТСКОЙ
ПСИХИАТРИИ



М. И. БУЯНОВ

БЕСЕДЫ
О ДЕТСКОЙ
ПСИХИАТРИИ

КНИГА ДЛЯ УЧИТЕЛЯ

МОСКВА «ПРОСВЕЩЕНИЕ» 1986

ББК 57.33
Б94

Рецензенты:

кандидат медицинских наук *А. Б. Добрович*;
кандидат психологических наук *Т. В. Снегирева*.

Михаил Иванович Буянов

БЕСЕДЫ О ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ

Зав. редакцией *Н. П. Семькин*
Редактор *А. И. Луньков*
Младшие редакторы *И. Г. Антонова, В. И. Липецкая*
Художественный редактор *Е. Л. Ссорина*
Фотографии *А. Л. Топуза*
Технические редакторы *Е. Н. Зелянина, Т. Е. Молозева*
Корректоры *Г. С. Попкова, И. В. Чернова*

ИБ № 8987

Сдано в набор 23.05.85. Подписано к печати 15.02.86. Формат 60×90¹/₁₆.
Бум. типограф. № 1. Гарнитура Литературная. Печать высокая. Усл. печ. л. 13.
Усл. кр.-отт. 13,5. Уч.-изд. л. 15,92+0,34 форз. Тираж 360 тыс. экз. Заказ 134.
Цена 85 коп.

Ордена Трудового Красного Знамени издательство «Просвещение» Государственного комитета РСФСР по делам издательств, полиграфии и книжной торговли. 129846, Москва, 3-й проезд Марьиной рощи, 41.

Саратовский ордена Трудового Красного Знамени полиграфический комбинат Росглавополиграфпрома Государственного комитета РСФСР по делам издательств, полиграфии и книжной торговли. Саратов, ул. Чернышевского, 59.

Буянов М. И.

Б94 **Беседы о детской психиатрии: Кн. для учителя.— М.: Просвещение, 1986.— 208 с.**

Книга, написанная в научно-познавательном стиле, призвана ответить на некоторые вопросы, возникающие в связи с воспитанием детей и подростков, обнаруживающих те или иные психические отклонения. Материал книги основан на многолетнем врачебном опыте автора — известного специалиста в области психиатрии и психотерапии детей и подростков.

Книга адресована педагогам всех специальностей, но будет полезна и работникам внешкольных учреждений, родителям.

Б 4306010000—381 178—86
103(03)—86

ББК 57.33
618Д

© Издательство «Просвещение», 1986

Всякий раз, когда приходится рассказывать педагогам об особенностях психики детей и подростков, о возможных отклонениях в их характере, приводящих к нарушению адаптации к школе, беседа неизменно заканчивается почти одним и тем же диалогом:

— Для медиков, работников юстиции, учителей школ для умственно отсталых детей публикуются книги, в которых так или иначе освещаются проблемы детской и подростковой психиатрии. Для нас же — в первую очередь сталкивающихся с аномалиями душевной сферы учащихся массовых школ — такие книги вообще не издаются либо издаются очень мало. Нам негде получить нужную информацию, изложенную достаточно популярно.

— Но такой учебник создать не просто или, наверное, вообще невозможно.

— А нам и не нужен учебник. Пусть это будут хотя бы очерки, дающие общее представление о сути некоторых проблем детской психиатрии. Ведь мы, педагоги, зачастую понятия даже не имеем, например, о гипнозе, аутогенной тренировке и других приемах психотерапии. В произведениях художественной литературы, среди исторических персонажей нередко встречаются люди странные, необычные. А как нам относиться к этим странностям, мы не знаем.

— Разве может психиатр дать ответы на все случаи жизни?

— И не нужно отвечать на все вопросы. Нам нужно иметь общее представление, а уж в каждом конкретном случае мы как-нибудь разберемся, имея хотя бы элементарное представление о психиатрии.

— Мне много раз приходилось участвовать в разных психиатрических симпозиумах, конференциях, и каждый раз я обнаруживал, что среди психиатров, как, наверное, и среди представителей других наук, нет единства мнений (впрочем, на то они и ученые, чтобы беспрерывно спорить друг с другом). Поэтому всякая книга для педагогов массовых школ должна быть или очень объективной, т. е. переполненной цифрами, цитатами и ссылками на научные публикации, либо отражающей главным образом индивидуальный опыт автора, его раздумья и мнения.

Но если книга будет чересчур научной, то она не будет понятна педагогам; если же книга будет слишком популярной, то может вызвать раздражение коллег автора, которые будут упрекать его в том, что он не упомянул того или иного ученого, ничего не сказал о той или иной гипотезе, не привел данные такого-то исследователя. Совместить несовместимое невозможно.

— А вы и не совмещайте — напишите, что считаете необходимым в первую очередь...

— Врач занимается больными, педагоги — здоровыми...

— Это верно, но верно и другое: среди интеллектуально полноценных учащихся (между прочим, не только обычных, но и

вечерних школ) есть много чудаковатых, душевно маловыносливых, малообщительных и т. д. Медицина от них отказывается либо назначает такое лечение, положительные результаты которого придут лишь через много лет. Вся нагрузка ложится на школу и семью. Педагогам часто приходится проводить собрания с родителями, давать им советы, критиковать. Информация, полученная от психиатра, тут очень бы помогла. Но что греха таить: нередко мы сами, педагоги, в силу своего психиатрического неведения становимся причиной неврозов и других психических отклонений у школьников.

— Подобные книги будут о крайностях, редкостях, исключениях...

— Ну и что? Коли эти редкости существуют (между прочим, они далеко не редкости), о них следует знать тем, кто с ними сталкиваются. Понятно, что в первую очередь мы хотим знать о расстройствах, которые находятся на грани психического здоровья, а эти расстройства тем более не редки. По поводу них школьники далеко не всегда обращаются к врачам, поэтому подобные проблемы приходится распутывать нам, учителям. Если мы сможем узнать об этих расстройствах, то будем пытаться предупреждать многие антисоциальные поступки школьников, неуспеваемость и пр. И конечно, сами постараемся не допускать элементарных ошибок, будем помогать врачам, а не мешать им, будем стараться не усугублять психические отклонения ребенка, а посылить помогать ему забвением от них.

— Врач не может давать советы педагогам, как воспитывать...

— Мы сами разберемся в этом, а вы только расскажите о больных детях, что им можно, а чего нельзя.

— А не случится так, что, начитавшись подобных книжечек, учителя будут направлять к психиатру всех неучей и лентяев?

— Все может случиться: от этого никто не застрахован. Но бояться этого — значит спрятать проблему вообще, а в будущем за ее решение придется платить гораздо дороже.

— Детская и подростковая психиатрия есть ветвь психиатрии общей, поэтому придется касаться и взрослых...

— Ну и что?!

В конце концов я написал эту книгу. Она перед вами. Жду ваших откликов, советов, замечаний. Автор хорошо видит сложности в создании такой книги, ведь она не может быть исчерпывающей и всесторонней. Человек — явление сложное, его изучают врачи, педагоги, психологи, антропологи и т. д. Всякое расчленение, выделение — искусственно, механистично, условно. Пусть мне простят психологи, педагоги и представители многих других смежных наук, о которых я не рассказал. Пусть мне простят мои коллеги, что большинство из них я не упомянул, что многие любопытнейшие проблемы нынешней психиатрии остались неосвещенными — объять необъятное нельзя. Беседы — это всего лишь беседы, а не учебник или справочник.

ЧАСТЬ ПЕРВАЯ,
ИЗ КОТОРОЙ ЧИТАТЕЛЬ УЗНАЕТ,
ЧТО ТАКОЕ ПСИХИАТРИЯ
И КТО ТАКИЕ ДЕТСКИЕ ПСИХИАТРЫ

ТРИ КОРНЯ ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ

Психоневрологи или психиатры? Психиатрия — это область знаний и практических навыков, относящихся к диагностике, клинике и коррекции психических отклонений. Психиатрия тесно смыкается с педагогикой, философией, искусством и другими сферами человеческой деятельности. Особенно близко примыкает к педагогике психиатрия детского и подросткового возраста — область психиатрии, в последние 20—30 лет превратившаяся в самостоятельный раздел.

Психиатрия как относительно самостоятельная наука возникла лишь в конце XVIII века. Великая французская революция резко ускорила темпы общественного прогресса, и именно во Франции появились первые психиатры в нынешнем смысле слова. Это были *Филипп Пинель* (1745—1826) и *Жан-Этьен-Доминик Эскироль* (1772—1840).

XIX столетие — эпоха становления психиатрии как науки. В разных странах появляются врачи, активно разрабатывавшие те или иные стороны душевной патологии. В России таким замечательным исследователем был *Виктор Хрисанфович Кандинский* (1849—1889) — уникальный самородок, энциклопедист, ученый поразительной интуиции и работоспособности. За свою короткую жизнь он написал много трудов, которые получили признание лишь спустя несколько десятилетий после его кончины.

В конце XIX века при Московском университете была создана кафедра психиатрии. Возглавил ее *Сергей Сергеевич Корсаков* (1854—1900), после его смерти во главе кафедры стал *Владимир Петрович Сербский* (1858—1917), а с марта 1918 года — первый советский профессор психиатрии *Петр Борисович Ганнушкин* (1875—1933). Имя В. П. Сербского носит Всесоюзный научно-исследовательский институт общей и судебной психиатрии в Москве, а именем П. Б. Ганнушкина названа крупнейшая в столице психиатрическая лечебница.

Значительно раньше, чем в Москве, была создана кафедра психиатрии в Медико-хирургической академии в Петербурге. Ею

долго заведовал *Владимир Михайлович Бехтерев* (1857—1927) — великий психиатр, невропатолог, психотерапевт, человек прогрессивных взглядов. Сразу же после победы Октябрьской революции он — академик, генерал, ректор Военно-медицинской академии — пришел в Петроградский Совет и предложил свои услуги новой власти.

Некоторые полагают, что невропатология и психиатрия — одно и то же. Но это не так: невропатология занимается органическими поражениями нервной системы (параличи и парезы, воспаления мозга, грубые недоразвития нервной системы, неврологические аспекты опухолей головного и спинного мозга, сотрясений головного мозга; травматические повреждения нервной системы и пр.), при которых в меньшей степени нарушается психическая деятельность, а на первый план выходят относительно изолированные повреждения периферической нервной системы и головного мозга; психиатрия же занимается психическими болезнями, а также теми соматическими, неврологическими, хирургическими и другими заболеваниями, которые могут сопровождаться психическими отклонениями. Стало быть, сфера деятельности психиатра — это только психическая патология. Здоровых людей психиатры не касаются — это уже сфера деятельности психологов, педагогов и т. д. Но в XX столетии появились психологи и педагоги, которые занимались изучением и воспитанием психически больных. Таким образом, наук, которые соприкасаются с психиатрией, много (о некоторых из них мы немного позже расскажем), и их разграничения далеко не всегда бывают убедительными.

В силу конкретно-исторических причин сложилось такое положение, что слово «психиатр» отпугивает многих людей (особенно родителей пациентов). Они стесняются обращаться к врачам подобного профиля, идут за помощью к невропатологам и психологам. Понятно, что болезни болезням рознь, есть такие расстройства, при которых эффективна помощь и хорошо ориентирующихся в психиатрии невропатологов и психологов, но таких специалистов (достаточно квалифицированно знающих психиатрию, но не являющихся по образованию психиатрами) считанные единицы, это исключение, а не правило. Времена врачей-энциклопедистов уже миновали или почти миновали.

До победы Октября психиатрическая помощь детям и подросткам в России практически не существовала. Лишь после 1917 года в нашей стране появилась детская психиатрия. Возникла и детская неврология как самостоятельная сфера знаний. Но как раньше, так и даже сейчас не всегда можно разграничить, чем обязаны заниматься представители этих профессий. Например, ребенок страдает недержанием мочи. Такие дети лечатся и у невропатологов и у психиатров.

Поэтому в довоенные годы употребляли не столько слово «психиатр», сколько слово «психоневролог», т. е. специалист, который должен одинаково хорошо разбираться и в неврологии и в психиатрии. Пока врачей было мало, такое деление еще как-то

удовлетворяло органы здравоохранения и самих больных, хотя среди психоневрологов были врачи, которые лучше разбирались либо в неврологии, либо в психиатрии, иными словами, в рамках психоневрологии всегда имелось фактическое разделение врачей на психиатров и невропатологов. В 60-е годы, когда были сравнительно хорошо налажены и неврологическая и психиатрическая службы помощи, различия между ними стали очень резкими и возникла необходимость формально закрепить фактическое разделение психоневрологов на психиатров и невропатологов. С 1968 года в нашей стране официально существуют психиатры и невропатологи взамен прежних психоневрологов. Тем не менее слово «психоневролог» еще часто употребляется по инерции.

В то же время это слово имеет право на существование в отношении определенного контингента больных — детей до 4—5-летнего возраста, когда психика еще неразвита и трудно разграничить, что в болезни ребенка от «нервов», а что от «души». Поэтому специалистов, изучающих психоневрологическую патологию у маленьких детей, вполне справедливо называют прежним словом «психоневрологи», которое, таким образом, получило свой ограниченный смысл.

Детские психиатры лечат пациентов в возрасте от 3—5 до 15 лет; подростками занимаются подростковые психиатры, работающие в психоневрологических диспансерах.

В начале пути. Прежде чем превратиться в науку в современном понимании, детская психиатрия прошла трудный путь.

Психиатрия — пожалуй, единственная из всех медицинских наук — очень близка к общественной жизни. Не случайно, что на прогрессивных представителей психиатрии сыпались бесконечные политические и идеологические обвинения. Яркий пример в этом плане представляет жизнь известного немецкого педагога *Фридриха Фребеля* (1782—1852). Он посвятил себя делу воспитания детей-сирот и детей, страдавших психическими аномалиями. Именно Фребель впервые в мире открыл детские сады. Это был большой гуманист, который считал, что надо уважать человеческие права ребенка, что муштра и битье унижают личность и к ним нельзя прибегать даже в самых крайних случаях. Фребель разработал систему поэтапного и дозированного морально-педагогического воздействия на личность ребенка.

Весь мир с удивлением следил за поразительными результатами, достигнутыми Фребелем. А власти? Они обвинили Фребеля в том, что детские сады стали рассадником социалистических и атеистических идей, и позакрывали их. Реакционные силы всегда считали детских психиатров сторонниками социализма не только в силу политических взглядов врачей-психиатров, но и потому, что сама по себе эта профессия не может развиваться при тирании и обскурантизме, она сама по себе уже символ стремления к реальному социальному равенству.

В России, как и в большинстве стран, долгие годы существо-

валы так называемые Фребелевские общества с сетью детских коллективов преимущественно для сирот и для детей бедных родителей. Например, в 1893 году «Санкт-Петербургское Фребелевское общество для содействия первоначальному воспитанию» открыло «народный детский приют с комплектом 30 детей от 4-х до 7-летнего возраста». Мы приводим эти формулировки, принятые в конце XIX века, чтобы показать, как скромна была помощь этих обществ, которую могли получить от них дети (в том числе и душевнобольные). Но в то же время нельзя не отметить настойчивость и целеустремленность продолжателей дела Фребеля, которые в условиях царской России мужественно боролись за здоровье и защиту детей.

В 1897 году вышел «Отчет Совета Петербургского Фребелевского общества 1871—1896 гг.», из которого следует, что в работе этого общества большую роль сыграли широкие круги прогрессивной русской общественности, в том числе писатели, художники, ученые. Одним из активистов Фребелевского движения в России был Ф. М. Достоевский. Он всегда интересовался проблемой воспитания детей, и не просто воспитания, а гармоничного их развития — в этом творчество великого писателя постоянно соприкасалось с проблемами детской психиатрии.

После Великой Октябрьской социалистической революции Фребелевские общества, внесшие в свое время громадный вклад в развитие помощи детям, перестали существовать как самостоятельные и влились в энергично создаваемую с первых дней Советской власти систему организаций для оказания широкой помощи подрастающему поколению.

Само понятие «детская психиатрия» было предложено в 1899 году. Автор этого термина — врач *Мангеймер Гомес*, работавший во Франции. Однако до начала 1930-х годов этот термин употреблялся редко (чаще говорили дефектология, педология) и лишь с 1934 года выдающийся швейцарский ученый, один из создателей детской психиатрии *Мориц Трамер* (1882—1963) стал активно вводить его в практику. В том же году Трамер основал первый в мире «Журнал по детской психиатрии» и тем самым вывел детскую психиатрию на мировую арену. Он же организовал в 1937 году Первый международный конгресс по детской психиатрии, который проходил в Париже и собрал большинство врачей, так или иначе связанных с психическими расстройствами детского возраста.

Но хотя термин «детская психиатрия» прочно получил права гражданства лишь с середины 1930-х годов, само понятие *психических расстройств детского возраста* существовало, естественно, давно.

В 1911 году один из немецких журналов опубликовал первый в истории детской психиатрии обзор 273 работ по психическим заболеваниям у детей. Это говорит о том, что к началу XX века детская психиатрия уже накопила определенный опыт.

Как отмечал выдающийся советский ученый *Ипполит Васильевич Давыдовский* (1887—1968), в медицине *умение нередко идет*

вперед знаний. История детской психиатрии подтверждает эту мысль. Если несколько упрощенно и схематически представить развитие детской психиатрии, то вначале душевно больных детей просто старались как-то обучать, затем начали проникать в особенности их психики и лишь потом приступили к изучению психопатологии таких больных, к исследованию того, как формируются отдельные признаки (симптомы) психических нарушений, как они сочетаются друг с другом (совокупность взаимосвязанных симптомов называется *симптомокомплексом*), как симптомокомплексы соотносятся друг с другом (синдром) и как они, синхронно меняясь и протекая тем или иным образом, дают основание диагностировать определенную *ноозологическую единицу*, т. е. болезнь. Поэтому мы и выделяем в детской психиатрии три основных направления: *лечебно-педагогическое, психологическое и клиничко-психопатологическое*. Это выделение, как и любое другое, искусственно, в практике каждого врача всегда переплетаются все три подхода к конкретному больному ребенку. Два из этих направлений сейчас превратились в самостоятельные области знаний, примыкающие к психиатрии, но не сливающиеся с ней.

«Главное — учить!» (лечебная педагогика и психиатрия). Начиналась детская психиатрия с лечебной педагогики. Заложили ее основы три великих человека: французский врач *Жан Итар* (1775—1838), швейцарский педагог *Иоганн Песталлоцци* (1746—1827) и уже упоминавшийся Фребель. Эти исследователи первыми специально занялись изучением психических нарушений у детей (в основном умственной отсталости) и компенсации этих нарушений с помощью педагогических приемов. С деятельности этих ученых (педагогов и реже медиков) собственно и началась детская психиатрия, а именно тот ее раздел, который может быть отнесен к лечебной педагогике.

Большинство педагогов и врачей начала XIX века рассматривали умственную отсталость как следствие *недостатка информации*, которую ребенок должен получить в первые годы жизни, и стремились восполнить этот дефицит знаний и умений. Наибольшим пропагандистом этой точки зрения был Ж. Итар, который иллюстрировал ее наблюдениями над судьбой некоего Виктора из Авейрона. В раннем детстве тот был покинут родителями, жил в лесу вдали от человеческого общества, потерял соответствующие навыки, и когда был пойман, то не говорил, не умел общаться с людьми и т. д. Прожив около 40 лет (из них вторую половину жизни под наблюдением Итара), Виктор так и не смог наверстать упущенное.

Деятельность педагогов и врачей, которые заложили основы лечебно-педагогического направления в детской психиатрии, была прогрессивной; большинство из них подчеркивали зависимость развития умственных способностей от социальной среды и в общем оптимистически рассматривали возможность ликвидации подобных расстройств. Именно поэтому в середине и в конце XIX века во Франции и главным образом в германоязычных странах стали откры-

ваться многочисленные школы по воспитанию умственно неполноценных детей.

С середины XIX века большинство специалистов в области лечебной педагогики умственно неполноценных детей поддерживало взгляды крупнейшего французского ученого *Бенедикта Мореля* (1809—1872) о наследственном происхождении слабоумия. В связи с этим специалисты в области лечебной педагогики стали обращать больше внимания не только на грубые формы умственного недоразвития, но и на более легкие, что привело к выделению различных форм так называемой *психической незрелости* и разработке методов их исправления.

С конца прошлого века лечебно-педагогическое направление уже охватывало не только проблемы, связанные с умственной отсталостью, но и исправление различных отклонений характера у детей и подростков с помощью морального воздействия.

Первое полупсихиатрическое заведение (Фребелевские общества формально считались педагогическими) для слабоумных детей было открыто в Швейцарии в 1848 году, и создал его *Йоганн Гуггенбуль* (1816—1863) — выдающийся педагог своего времени. Вообще надо сказать, что Швейцария была наиболее передовой в этом отношении страной. В 50—70-х годах XIX века там построили несколько хорошо оборудованных отделений для психически больных детей (не только слабоумных, но и эпилептиков и больных с иной патологией), в которые приезжали больные со всего мира. Побывал в одном из таких заведений и князь Мышкин — главный герой романа «Идиот». Герой Достоевского скупко рассказывал о том, как он жил в Швейцарии, но в общем впечатление от проводимого в те годы лечения было удручающим, хотя тогда это было самое последнее достижение научной мысли.

Деятельность немецкого психиатра *Теодора Циена* (1862—1950) олицетворяет стремление соединить философский и психологический подходы к психиатрии детского возраста. Работы Циена не утратили своего значения и в наши дни: в них в наиболее концентрированной форме пропагандировалась необходимость комплексного лечебно-педагогического и психотерапевтического подхода к лечению различных нарушений у детей и подростков.

С конца XIX века выходят работы, стремящиеся вычлнить детскую психиатрию из лечебной педагогики. Это в первую очередь книга *Германа Эммингхауза* (1845—1904) «Психические расстройства в детском возрасте» (1887) — первое систематизированное изложение большинства психических нарушений у детей.

Не случайным является и то, что в немецкой психиатрии XX столетия лечебно-педагогический аспект детской психиатрии продолжал разрабатываться не менее интенсивно, чем прежде; ряд педагогов внесли большой вклад в развитие детской психиатрии. Среди этих исследователей нельзя не упомянуть *Теодора Геллера* (1869—1938), который вместе со своим отцом *Симоном Геллером* (1843—1922)

в 1908 году описали некоторые формы специфического слабоумия у детей младшего возраста.

Выдающийся итальянский педагог *Мария Монтеessori* (1870—1952) тоже внесла существенный вклад в развитие лечебно-педагогического направления в детской психиатрии — вместе с крупнейшим итальянским детским психиатром *Санкте де Санктисом* она создала первый в Европе Дом ребенка для детей с психическими аномалиями.

Одним из наиболее крупных представителей лечебно-педагогического направления в отечественной науке был *Иван Васильевич Маляревский* (1844—1915), известный в свое время детский писатель и крупный организатор детской психиатрической помощи, один из первых в нашей стране врачей, целиком и полностью посвятивший себя детской психиатрии. Ученик и сотрудник *Ивана Павловича Мерзеевского* (1838—1908) — родоначальника детской психиатрии в России — Маляревский был страстным пропагандистом лечебно-педагогического подхода к психически больным детям. На первом съезде отечественных психиатров, проходившем в Петербурге в 1887 году, Маляревский выступил с программным докладом «О способах и целях воспитания болезненных и отсталых в душевном развитии детей. Средства их обеспечения в будущем». Лечебно-педагогические взгляды Маляревского отразились на работе организованного им в 1882 году «Врачебно-воспитательного заведения».

Большой вклад в детскую психиатрию внес *Александр Федорович Лазурский* (1874—1917). Хотя его деятельность носила в большей степени лечебно-педагогический и психологический характер, а в меньшей степени врачебный, его работы сыграли значительную роль в лучшем понимании отклонений характера в детском возрасте и позволили педагогам (деятельность Лазурского протекала преимущественно в педагогических учреждениях) более продуктивно подбирать методы лечебно-педагогического воздействия на психически больных детей.

В настоящее время лечебная педагогика, многие десятилетия назад олицетворявшая собою детскую психиатрию или занимавшая в ней наибольший удельный вес, стала самостоятельной наукой.

Однако не следует думать, что на этом прервались научные связи детской психиатрии и педагогики. Нет, они стали еще сильнее и глубже, чем прежде. Например, работы А. С. Макаренко, В. А. Сухомлинского и других педагогов помогают врачам лучше понимать детей и использовать педагогические приемы в лечебных целях. Собственно, многие виды воздействия, относящиеся к *коллективной психотерапии*, базируются на работах указанных выдающихся педагогов.

... И понимать (психология и психиатрия). Стремление рассмотреть механизмы психической патологии с точки зрения законов психологии — особой науки, отличной от психиатрии, име-

ющей свои инструменты исследования и систему анализа, — отмечалось еще тогда, когда психиатрии по существу не было. По мере развития психиатрии удельный вес психологических методов трактовки психопатологических феноменов уходил на задний план и в настоящее время не занимает в ней, как прежде, большого места. Однако в процессе становления современной психиатрии роль психологического начала была велика. Большое значение в этом отношении имели работы крупнейшего немецкого психолога *Вильгельма Вундта* (1832—1920) и многих других. Исследования, проведенные великим советским психологом *Львом Семеновичем Выготским* (1896—1934), намного опередили свою эпоху и были по-настоящему оценены только спустя десятки лет после его смерти. Они многое дают для изучения некоторых механизмов развития психики ребенка, в том числе с отставанием в формировании абстрактного мышления.

Выдающийся психолог современности швейцарец *Жан Пиаже* (1897—1981), так же как и Выготский, стремился подойти к пониманию развития мышления ребенка с точки зрения возрастного принципа и показать постепенное усложнение интеллектуальных возможностей ребенка. Он, например, выделял 4 стадии развития интеллекта: 1) *сенсомоторную стадию* (до 2—3 лет), когда основным свойством реагирования ребенка является сфера движения; 2) *стадию дооперационального интеллекта* (3—7 лет); на этой стадии формируются система представлений и речь; 3) *стадию конкретных операций* (7—12 лет) со свойственной ей необходимостью выполнять различные операции с наглядными явлениями; 4) *стадию формальных операций* (с 12—13 лет), когда формируется теоретическое мышление, относительно автономное от конкретных явлений окружающего мира. Это «чистое» мышление и есть та главнейшая человеческая способность, извращение или отсутствие которой является водоразделом здоровой и больной психики.

Работы австрийского невропатолога, физиолога и психиатра *Зигмунда Фрейда* (1856—1939), положившие начало психоанализу, долгое время не касались непосредственно вопросов детской психиатрии, хотя по существу они базировались на изучении детской психики. Лишь с 20-х годов XX века началось бурное вторжение психоанализа в только что начавшую формироваться детскую психиатрию. Это вторжение связано с именами *Анны Фрейд* (дочери З. Фрейда, род. 1895), *Мелани Клейн* (1882—1960), *Вильгельма Штекеля* (1878—1940) и многих других психоаналитиков, занимавшихся преимущественно детским возрастом.

В чем отличие детского психоанализа от психоанализа взрослых? Принципиальных отличий нет. В том и другом придается большое значение в формировании психики ребенка борьбе инстинктивных бессознательных сфер психики, доставшихся человеку от его животных предков, с постепенно возникающей под влиянием социальной среды системой запретов, контролирующей первобыт-

ные влечения бессознательной сферы человеческой психики. В том и другом придается большое значение сексуальной сфере, понимая под последней не столько конкретную сексуальную функцию, сколько стремление к самосохранению и продолжению себя, которое руководит поведением всех живых существ. В том и другом признается наличие в человеческой психике систем *психологической защиты*, которые порой помогают человеку избежать невротических расстройств и отклонений в поведении¹. В том и другом, наконец, признаются определенные этапы в формировании психики: эти этапы по-разному называются представителями различных ответвлений психоаналитического направления, но в первую очередь учитывают формирование *контроля* над психофизиологическими функциями. Однако детский психоанализ носит более конкретный характер, чем психоанализ в целом. Вклад, внесенный в детскую психиатрию сторонниками психоаналитической концепции, обусловлен не столько их взглядами, сколько тем, что носители этих взглядов зачастую были добросовестными и наблюдательными людьми, которые внимательно изучали тончайшие движения детской психики.

Детский психоанализ привнес в детскую психиатрию стремление тонко исследовать историю жизни человека и не считать, что психика ребенка развивается только с 3—4 лет,— она формируется с момента рождения или даже раньше. Детский психоанализ привлек внимание к большой роли психических травм детского возраста в происхождении многих психоневрологических и психосоматических нарушений (особенно неврозов) у детей и подростков.

Однако широкое проникновение детского психоанализа в детскую психиатрию имело и отрицательные стороны, связанные с его недостаточной аргументированностью, гипотетичностью и панпсихологизмом. Спекулятивность ряда психоаналитических построений разлагающе действовала на детскую психиатрию, давая простор

¹ Выделяется несколько десятков методов психологической защиты. Некоторые из них являются патологическими. Допустим, например, что у конкретного человека существует определенная неблагоприятная ситуация, которую он не в силах изменить (подобное встречается довольно часто). Люди знают об этих неблагоприятных невротизирующих ситуациях, но ничего не делают, чтобы их ликвидировать, а психиатры занимаются лишь жертвами неблагоприятных социальных и биологических воздействий и там, где это в их силах и входит в их компетенцию, помогают пациенту и его ближайшему окружению. Психиатр лечит индивидов, но не может ликвидировать отношения, порождающие такие ситуации.

Итак, если индивид не может изменить ситуацию, он от нее защищается. В ход идут механизмы психологической защиты. Но может так случиться, что либо не тот механизм самозащиты вступил в действие, либо защита чрезмерна, неадекватна воздействию неблагоприятной ситуации, индивид переборщил по части самозащиты и т. д., тогда поведение человека становится неадекватным, у него возникают невротические и некоторые другие симптомы и пр. Здесь те же соотношения, что и между воздействием на школьника (ему поставили двойку) и его реакцией (разбил окно в школе или убежал в другой город).

неоправданным фантазиям и умозрительным построениям. Гиперпсихологизм приводит к отрицанию клинического метода в психиатрии — живительной пуповины, соединяющей психиатрию с остальными клиническими ветвями медицины. Именно это и способствовало тому, что детский психоанализ распространился в тех слоях общества, которые были чужды клиническому подходу к естественно-научным проблемам; благодаря этому детский психоанализ встретил большой интерес также среди литераторов и людей искусства, но почти не получил заметного распространения среди врачей с крепкими клиническими традициями.

Между психологией и психиатрией существуют большие различия, хотя их представители ратовали за комплексный, совместный подход к человеку. Сказать, что психиатры занимаются больными, а психологи — лишь здоровыми в психическом отношении людьми, значит упростить положение вещей. Просто у представителей этих наук разные инструменты исследования, разные его сферы. Психолог изучает психические процессы (внимание, память и пр.) у любого человека (больного или здорового), врач же клинически анализирует состояние пациента и назначает ему лечение. В последние годы многие психологи стали активными помощниками врачей в проведении психотерапии, в изучении душевного состояния человека в процессе лечения и т. д. Иными словами, современная психология максимально приблизилась к практической деятельности медиков, одновременно продолжая заниматься своими специфическими проблемами, которые традиционно относились к их компетенции.

Справедливости ради следует отметить, что психиатры неоднократно подходят к вопросу о сотрудничестве с психологами. Некоторые из медиков категорически возражают против привлечения психологов к проведению психотерапии. Другие же — в том числе и пишущий эти строки — убеждены, что без кооперирования с психологами невозможно проводить психотерапию, и чем больший объем психотерапевтической работы будут брать на себя психологи, тем большую пользу можно принести больному, тем больше времени высвободится у врача для непосредственной, узкомедицинской деятельности.

Психиатры всегда будут благодарны психологам, в частности, за то, что те создали множество психологических тестов, которые расширяют представление о личности, обогащают врачей-психиатров самой разнообразной информацией, важной для назначения лечения. Некоторые из тестов направлены на выяснение степени информированности человека, его интеллектуальных возможностей, другие дают характеристику психического состояния в данный момент, третьи помогают вскрывать душевные конфликты и переживания, которые были давным-давно, но вредно отражаются на состоянии человека спустя много лет. Часть тестов — это наиболее совершенные и уважаемые психиатрами тесты — носят название *проективных*: те или иные психические процессы и переживания

как бы проецируются на что-то и потом анализируются специалистом. Родоначальником проективных тестов — и самым полным из них по сей день! — является *тест Роршаха*. Расскажем — в самых общих чертах — об этом тесте и о его создателе, так как сам тест очень интересен, а судьба его автора чрезвычайно любопытна и даже чем-то типична для представителя передовой психологии.

Швейцарский психолог, психиатр, психотерапевт, историк *Герман Роршах* (1884—1922) определил развитие психодиагностики на многие десятилетия. Как и многие гении, Роршах был разно-сторонним ученым, внося что-то новое во все области знаний, которыми он занимался. Однако сделанное им открытие не было признано при его жизни, встретив полное непонимание и равнодушие со стороны современников.

Открытия, сделанные Роршахом в психологии и психиатрии, венчали собою многочисленные исследования, которые велись в этой области с эпохи Возрождения и, конечно, возникли не на пустом месте.

Что сделал Роршах? Он предложил психологический тест, основанный на анализе форм 10 пар обыкновенных чернильных пятен. Каждый человек, рассматривающий эти пятна, видит в них то, что соответствует его фантазии, его знаниям, интересам, настроению и т. д. Расшифровка личностью этих пятен (ее проекция на них) свидетельствует о самой личности, ее состоянии и биографии, причем здесь вскрывается не только то, что человек сам о себе знает, но и бессознательные процессы и явления в его психике. Известное гадание на кофейной гуще, кстати, построено на подобном же принципе. В тексте Роршаха все показатели формализованы, выражены в числах и дают объективное отражение не только психического состояния человека в момент исследования, но и всю историю развития личности. Конечно, глубина анализа зависит от мастерства интерпретатора — психолога или психиатра.

Первое упоминание о психологическом смысле случайных клякс имеется у Леонардо да Винчи (1452—1519). В своей «Книге о живописи» он рекомендует художникам отталкиваться в своем творчестве от случайных пятен потому, что это «вдохновляет на создание различных композиций». «Скрытые и неопределенные вещи пробуждают желание новых открытий», — говорил Леонардо. Но он же утверждал, что эта мысль принадлежит не ему, а Боттичелли (1440—1510). Затем изучением пятен занимались Гельвеций, Кант и многие другие. В 1857 году немецкий врач и издатель Юстин Кернер написал книгу «Кляксография», в которой приводит формы клякс, провоцирующих у людей мрачные сюжеты, вызывающих тоскливое настроение и т. д.

Комментарии Кернера к описанным им кляксам весьма показательны, они отражали (так же как и подбор форм клякс) его психическое состояние, обусловленное прогрессирующей слепотой, тяжелой болезнью и смертью его жены и напряженным ожиданием своей собственной смерти.

Игровое по своей природе осмысление формы клякс напоминает о еще до сих пор широко распространенном у немцев обычае — лить в новогоднюю ночь воск. Жогда часы бьют полночь и наступает Новый год, в тазик с холодной водой выливают расплавленный кусочек воска. В получившихся при этом случайных фигурках люди усматривают символические изображения своей личной судьбы на этот год (свадьба, рождение детей, смерть и другие события человеческой жизни). При этом психологическая установка и ожидание заставляют человека «разглядеть» судьбу в случайных сочетаниях. По тому же механизму испытуемые наделяют пятна Роршаха привычными их воображению образами. В конце XIX — начале XX века интерес к пятнам еще более усилился, стали публиковаться работы по их толкованию. И именно в это время, когда уже созрели предпосылки к обобщению начатых работ, появилась книга Роршаха, начавшая новую эру в современной психологии.

Роршах и Россия.

Роршах родился в Швейцарии в семье художника, рано потерял родителей, блестяще учился в гимназии, хорошо рисовал, но решил стать врачом-психиатром. Он работал в швейцарских психиатрических клиниках, там опубликовал ряд работ, посвященных проблемам психологии, психоанализа, криминалистики и т. д.

Все, кто его знали, единодушно отмечали ту большую роль, которую сыграли в формировании мировоззрения этого ученого поездки в Россию, работа под Москвой, русская наука и культура. Интерес к России возник у Роршаха еще со студенческих лет, когда он познакомился в Цюрихе и в Женеве с несколькими русскими эмигрантами (в основном революционерами) и студентами.

Зимой 1906 года Роршах совершил кратковременную поездку в Россию вместе с несколькими студентами; эта поездка глубоко запала ему в душу и еще больше усилила интерес к русской культуре и науке. Роршах совершенствует свои знания в русском языке, читает в подлиннике произведения Пушкина, Льва Толстого и особенно Достоевского, к творчеству которого он всегда относился с большим интересом и о котором в последние месяцы своей жизни намеревался написать специальную работу. Роршах переводит на немецкий язык одну из повестей Леонида Андреева, знакомится с русской литературой по психологии и психиатрии, истории.

Интерес к России еще более усилился после того, как Роршах встретился с Ольгой Николаевной Штемпелин, русской студенткой, учившейся в Швейцарии. Весной 1910 года Роршах обвенчался с ней.

В 1909 году Роршах совершил второе путешествие в Россию для знакомства с семьей невесты. Эта поездка длилась более двух месяцев, ученый посетил Казань, Челябинск, Самару, Курган, Уфу и некоторые другие города. Живя в семье невесты, Роршах непродолжительное время вел психиатрический прием как в частном порядке, так и в государственных учреждениях. Особое впечатление произвела на Роршаха Москва, где у него установились первые контакты с Юрием Владимировичем Каннабихом и другими русскими психиатрами и психотерапевтами, контакты, перешедшие потом в плодотворное сотрудничество. Всего Роршах опубликовал на немецком языке 29 рецензий на статьи и книги русских психиатров.

В декабре 1913 года Роршах вновь приезжает в Россию. Он работает в качестве врача-психотерапевта в частном санатории на подмосковной станции Крюково. В Крюкове Роршах усиленно интересовался живописью и распространенным в те годы изучением пятен (любопытно, что в гимназические годы Роршаха за повышенный интерес к пятнам в шутку прозвали «кляксой»). Интерес к пятнам привел к тому, что в 1921 году Роршах написал и с трудом опубликовал тиражом в 1200 экземпляров свою монографию «Психодиагностика», которая в первое время не встретила положительного отклика в психиатрической печати (было раскуплено всего лишь несколько экземпляров).

В июле 1914 года в преддверии первой мировой войны Роршах вернулся в Швей-

царию, однако интерес к России у него сохранился до конца жизни. Роршах, по словам одного из его биографов, был таким большим поклонником России, каких было мало в Западной Европе. Он много читал и переводил на немецкий язык работы русских публицистов. Желая помочь голодающим, Роршах отправил свои сбережения в Россию для того, чтобы на Урале открыли бесплатную столовую для голодающих.

1 апреля 1922 года Роршах внезапно плохо себя почувствовал и на следующий день скончался от перитонита, связанного с аппендицитом. Ему было 37 лет.

Что такое психическое здоровье? Приведем еще один пример тесного сотрудничества психиатров и психологов, приносящего пользу как одним, так и другим.

В 1954 году в Нью-Йорке вышла книга «Мотивация и личность» крупнейшего американского психолога *Абрахама Маслоу* (1908—1970). Его перу принадлежит много серьезных исследований в области мотивации личности. Он является автором известной «пирамиды Маслоу», название которой и ее сущность отражают сменяемость и историческое развитие потребностей человека. Исходным пунктом этой «пирамиды» является утверждение, что *потребность высшего порядка становится мотивом побуждения, как правило, после удовлетворения потребности более низшего порядка.*

Маслоу так формулирует ряд положений о мотивации личности:

1. Мотивы бывают у человека в целом, а не у какой-то части его: т. е., например, есть хочет весь человек, а не его желудок.

2. Большинство мотивов, которыми руководствуется индивидуум, не являются изолированными друг от друга.

3. Повседневные желания каждого человека обычно являются средством для достижения определенных целей, которые можно назвать конечными. Однако за сознательным желанием может скрываться множество бессознательных побуждений.

4. Нельзя строить теорию мотивации человека, исходя из данных, полученных при изучении разного вида животных, ибо по мере совершенствования человека все в большей степени возрастает его зависимость от социокультурных факторов.

5. В прошлом большинство исследователей изучали мотивы поступков душевнобольных людей, невротиков и т. д., но почти не использовали данные изучения психически здоровых людей, что, по мнению Маслоу, является существенным недостатком таких работ.

К основным потребностям здорового человека Маслоу относит следующие.

1. Физиологические потребности.

2. Потребность в безопасности.

3. Потребность в привязанности и любви.

4. Потребность в уважении.

5. Потребность в самоактуализации, т. е. в выражении присутствующих личности способностей: например, художник не может не рисовать, композитор не может не создавать музыку и т. д.

6. Желание знать и понимать, сюда же относится присущее людям любопытство, тяготение к таинственному и неизвестному и пр.

7. Эстетические потребности.

Большое внимание автор уделяет роли удовлетворения потребностей в формировании характера человека. Здоровье он рассматривает как следствие полной удовлетворенности. Здоровым людям, по Маслоу, свойственны, в частности:

способность любить и быть любимым;

отсутствие подозрительности, отказ от всех средств внутренней защиты, безграничное доверие в любовных отношениях;

взаимная забота и ответственность;

внутренняя гармония, жизнерадостность и т. д.

Если у человека возникает то или иное душевное заболевание, последовательность элементов «пирамиды Маслоу» нарушается, наступает хаос, иерархия мотивов и потребностей путается.

Здоровый человек, по Маслоу, это счастливый человек, живущий в гармонии с самим собою, не ощущающий внутреннего разлада, защищающийся, но первый не нападающий ни на кого и пр. Это, конечно, схематическое представление о психическом здоровье, но оно имеет в себе рациональное зерно.

Как это ни странно, но по сей день нет более или менее удовлетворительного медицинского определения психического здоровья: быть может, потому, что это ничейная земля — психиатрам уже неинтересная, а представителям других медицинских профессий недоступная.

Что же такое душевноздоровый человек? Психиатры еще не научились давать ответ на такой вопрос. Чаще всего они отшучиваются: здоров тот, кто не болен. Знаменитый отечественный психиатр *Виктор Петрович Осипов* (1871—1947) как-то сказал, что есть такие вопросы, на которые легко отвечают только дети и старцы, но это не под силу ученым людям. Вот это полностью относится к проблеме психического здоровья.

Однажды знаменитого итальянского психиатра *Чезаре Ломброзо* (1835—1909) спросили, что такое психически нормальный человек. Ломброзо ответил примерно так: это человек с хорошим аппетитом и сном, он уважает всякую власть и устоявшиеся мнения, он хорошо работает, терпелив и т. д. В этом ответе много печальной иронии. Наверное, психически здорового человека не стоит сравнивать с готовым платьем, продающимся во всех магазинах. К счастью, на земле бывают и не только вышеуказанные «нормальные» люди. Ведь если следовать этой логике, то каждый обращающий на себя внимание — это ненормальный человек, а в эту категорию могут попасть миллионы. Дело здесь в том, что неверна сама эта мысль. Норма и усредненность — не синонимы. Можно быть ярким человеком и одновременно с этим быть психически совершенно здоровым. А можно быть средним, социально незаметным, ничем не выделяющимся и в то же время — глубоко больным.

Профессия врача: лечить и излечивать. Клинико-психопатологическое направление в детской психиатрии возникло не сразу, врачи медленно накапливали данные, терпеливо собирали факты, и, когда во всей психиатрии стало постепенно формироваться это направление, детская психиатрия одной из первых примкнула к нему. Если педагоги думали больше о том, как обучать психически больных детей, а психологов интересовали психологические механизмы душевных расстройств, то психиатров-клиницистов всегда привлекала иная сторона сущности психических расстройств: как проявляются психические нарушения, как взаимосочетаются болезненные признаки, как они протекают, как они зависят от возрастных и всяких других условий. Этот подход и называется *клинико-психопатологическим*.

Специалисты разных стран внесли большой вклад в накопление сведений по клиническим особенностям психических нарушений у детей. Известный историк психиатрии Ю. В. Каннабих условно выделяет следующие этапы в развитии детской психиатрии. На первом этапе (до середины XIX века) большинство психиатров считало, что у детей вообще не бывает психических расстройств, кроме слабоумия. На следующем этапе (середина XIX столетия) наблюдалось постепенное накопление разрозненных данных и указаний на то, что у детей все же бывают самые различные психические нарушения, а не только слабоумие.

На третьем этапе (60—70-е годы XIX века) становится доказанным, что в детском возрасте могут быть самые разнообразные расстройства, не относящиеся к состояниям слабоумия.

Примерно в это же время начинается новый этап в развитии детской психиатрии. Он связан главным образом с именами великого английского ученого *Генри Модсли* (1835—1918), автора книги «Физиология и патология души» (1867, русский перевод вышел в 1871 году), и *Эммингхауза*, чью основную работу мы уже упоминали. Модсли показал, что сам по себе возраст может способствовать некоторым психическим нарушениям. Например, в подростковом периоде встречаются такие психические расстройства, которые ни в каком ином возрасте не бывают и проходят, как только заканчивается отрочество. То же самое бывает и в старческом возрасте. И других возрастах. Какой возраст — таковы и болезни. Есть болезни (например, шизофрения), которые встречаются во всех возрастных периодах, но каждый из них накладывает на шизофрению свой неповторимый отпечаток.

Эммингхауз работал в Дерпте (ныне Тарту). Он автор множества работ по психопатологии, однако славу ему принесла вышесказанная книга — первое серьезное руководство по детской психиатрии, с которого начался новый этап в детской психиатрии — этап синдромологического изучения психических расстройств. К концу 80-х годов XIX века был накоплен большой клинический материал, наука уже располагала не отдельными описаниями расстройств, а множеством систематизированных наблюдений, что и

вызвало к жизни работы, ставшие поворотным пунктом в развитии психиатрии (в том числе и детской).

В 80—90-е годы XIX века начинается расцвет деятельности великого реформатора психиатрии *Эмиля Крепелина* (1856—1926), одного из создателей клинико-нозологического направления в психиатрии. Крепелин — легендарная личность в истории психиатрии, от него идет современная терминология, большинство и поныне используемых концепций. Крепелин был очень продуктивным, хотя и противоречивым ученым: на протяжении своей жизни он создавал гипотезы, с пылом доказывал их правильность, а потом зачастую отказывался от них, создавая новые.

Среди пушкинских записей есть такая: «Государыня Екатерина Вторая говаривала: «Когда хочу заняться каким-нибудь новым установлением, я приказываю порыться в архивах и отыскать, не говорено ли было о том же при Петре Великом — и почти всегда открывается, что предполагаемое дело было уже им обдуманно». Примерно то же самое можно сказать о Крепелине, Морице Трамере и некоторых других ученых. Многие из того, что наука открывает для себя будто впервые, так или иначе было подробно и точно описано в книгах классиков психиатрии.

Главной особенностью детской психиатрии первой трети XX века явилось не только то, что психиатры выделили и описали разные симптомы и синдромы психических заболеваний, встречающиеся у детей и подростков, а то, что они старались выявить взаимосвязь проявлений психической патологии у детей и подростков. Это и есть клинико-психопатологический подход, создавший стойкий иммунитет против антиклинических взглядов, которые стремился внести в детскую психиатрию психоанализ.

Большую роль в сохранении детской психиатрией своего медицинского лица сыграл уже упоминавшийся М. Трамер. Он начинал свою деятельность как математик. Проработав несколько лет преподавателем геометрии, Трамер поступил на медицинский факультет, окончил его и в 1916 году защитил диссертацию об особенностях бродяжничества у психически больных людей. Затем он несколько десятилетий работал директором детского психиатрического госпиталя в одном из кантонов Швейцарии. Его учебник по детской психиатрии, впервые опубликованный в 1942 году, к настоящему времени выдержал 4 издания. Это одна из наиболее совершенных работ по детской психиатрии. Трамер подробно описал большинство психопатологических симптомов, встречающихся у детей и подростков.

Детская психиатрия в США всегда находилась под большим влиянием европейской науки. Например, крупнейший детский психиатр американского континента Лео Каннер, родившийся в Австрии в 1894 году и работавший в 1920—1928 годах ассистентом в Берлине, затем перебрался в Новый Свет и обогатил американскую детскую психиатрию многими своими открытиями, в том числе и описанным им в 40-х годах «синдромом раннего детского

аутизма»¹, который большинство детских психиатров называет синдромом Каннера. Синдром Каннера встречается при разных заболеваниях, в том числе при органических расстройствах головного мозга, при шизофрении и других нарушениях.

Детской психиатрии в нашей стране пришлось в свое время пережить натиск не только психоанализа, но и других психологических концепций, пытавшихся подменить собою детскую психиатрию. Проявлялось все это в стремлении заменить детскую психиатрию двумя конкурировавшими направлениями: дефектологией и педологией. Если бы дело было только в названии, большой беды бы не было. Но в 20—30-х годах XX века дефектология и педология отрывали детскую психиатрию от медицины и от психиатрии, превращали ее в придаток неопределенных и туманных концепций, большая часть которых, кстати, вскоре умерла и о которых сейчас никто и не помнит. Так было, например, с педологией — наукой о детях. Этим всеобъемлющим термином пытались заменить все самостоятельные области знаний о детской психике.

В середине 30-х годов все эти опасности были преодолены и детская психиатрия стала интенсивно развиваться. Становление этой науки в СССР связано со множеством имен, среди которых самые известные — Михаил Осипович Гуревич (1878—1953), Самуил Семенович Мнухин (1900—1971), Михаил Иосифович Липидес (1899—1982) и, конечно, Груня Ефимовна Сухарева (1891—1981).

Г. Е. Сухарева — ученый-энциклопедист, человек высоких профессиональных и моральных качеств. В 1935 году она создала кафедру детской психиатрии Центрального института усовершенствования врачей и более 30 лет ее возглавляла. Она — автор наиболее выдающихся монографий по детской психиатрии.

¹ Аутизм — уход в мир болезненных переживаний, отрыв от действительности, отгороженность, оторванность от реальности. Аутизм — не болезнь, а симптом разных заболеваний; в зависимости от той болезни, в рамках которой аутизм встречается, аутизм бывает по-разному выражен. Синдром раннего детского аутизма неспецифичен (не связан только с одним заболеванием), — вообще в психиатрии нет ни одного синдрома (не говоря о симптомах), который был бы специфичен только для одной болезни, встречался в рамках лишь одного заболевания: нет специфических симптомов и синдромов — есть симптомы и синдромы, которые встречаются преимущественно при тех или иных болезнях.

Психиатры поколения Л. Каннера пессимистически оценивали синдром раннего детского аутизма, считая, что прогноз его всегда очень печален. В последние десятилетия отношение к прогнозу этого расстройства несколько переменялось: оказалось, что далеко не всегда ранний детский аутизм приводит к непоправимым дефектам психических функций. Изменение представлений о прогнозе этого расстройства (да и многих других) связано с множеством факторов, среди которых в первую очередь следует назвать патоморфоз, т. е. изменение клиники и динамики (в сторону улучшения прогноза) под влиянием самых разнообразных воздействий (например, акселерации и т. д.).

Благодаря патоморфозу многие болезни, которые прежде протекали тяжело, сейчас смягчились, симптоматика их перестала быть такой тяжелой, прогноз улучшился, а на фоне своевременного комплексного лечения и вовсе стал хорошим, хотя еще 20—30 лет назад таких больных расценивали как безнадежных.

СИМПТОМЫ, СИМПТОМОКОМПЛЕКСЫ, СИНДРОМЫ...

«Во всем безумье этом есть своя система». Мы не случайно вынесли эти шекспировские слова в заголовок: психопатологические признаки лишь на первый взгляд представляют собой нечто хаотическое, случайное и не связанное друг с другом. Так казалось первым психиатрам, но уже с 60-х годов XIX века наиболее проницательные врачи заметили связь между отдельными симптомами психических расстройств. Возникло учение о *симптомо-комплексах*, а в конце XIX века учение о взаимосвязи симптомов обогатилось понятием *синдрома*, т. е. такого взаимосочетания симптомокомплексов, которое образует устойчивую клиническую единицу.

Любая болезнь может носить разные одежды, т. е. проявляться разными синдромами; динамика каждого из синдромов и взаимодействия синдромов более или менее специфичны для определенной душевной болезни. На признании этой специфичности не столько самих синдромов, сколько сочетаний их и основано *нозологическое* направление, одним из родоначальников которого был Крепелин.

Противники нозологического направления утверждали, что любой синдром может встречаться при любых заболеваниях, и из-за этого выделение психических болезней носит сугубо формальный, схематический характер, поэтому в теоретическом плане и в практической деятельности необходимо в основном придерживаться определения главного синдрома, тем более что, как признают и сторонники и противники нозологического направления, психиатры лечат, за малым исключением, не самую психическую болезнь, а ее ведущий синдром. Например, бред может встречаться при разных душевных расстройствах и разных видах шизофрении, но лечат его независимо от нозологической принадлежности примерно одними и теми же препаратами.

Традиционно нозологического принципа придерживаются в основном в германоязычных странах и в СССР (немецкая и отечественная психиатрия — если не родные, то двоюродные сестры, ведь русские психиатры XIX столетия предпочитали учиться главным образом в Германии). В большинстве других стран психиатры придерживаются *синдромологического* направления, цитаделью которого является Франция.

Сторонники и того и другого направления считают, что в психопатологических проявлениях существует четкая взаимосвязь, ни один симптом, этот кирпичик в здании болезни, не бывает лишним, каждый симптом находится на своем месте и, взаимодействуя, образует блоки (симптомокомплексы), а те, соединяясь друг с другом, — синдромы (т. е. целые секции или этажи, если пользоваться терминологией из области домостроения).

Помимо этого, каждый симптомокомплекс и синдром имеет определенные закономерности своего развития и изменения под

влиянием разных факторов. Таким образом, необходимо подходить к каждому психическому нарушению с трех точек зрения: с клинической (т. е. какова сущность симптома, симптомокомплекса или синдрома), динамической (как со временем меняются проявления этого расстройства) и нозологической (к какой группе расстройств относится интересующее нас заболевание: к *психогенным, эндогенным, резидуальным, либо к особым патологическим состояниям*).

Психогенные (т. е. имеющие психологические причины) заболевания — это *неврозы, реактивные психозы, патохарактерологические* и другие патологические *реакции и формирования личности*. Все они вызываются психическими воздействиями.

Эндогенные расстройства обусловлены не конфликтами людей друг с другом, а глубокими биологическими изменениями, природа которых пока еще не совсем известна: это *шизофрения, эпилепсия, маниакально-депрессивный психоз*.

Резидуальные психические расстройства — это последствия различных травм: сотрясений мозга, энцефалитов, патологии родов и т. д. Они имеют тенденцию с годами постепенно уменьшаться и даже вовсе проходить. Природа наградила все живое громадной способностью к *самокомпенсации*. Врачи — только слуги природы, помогающие, чтобы эта компенсация наступила скорее и была более глубокой, а в принципе она часто может наступать и вовсе без врачебного вмешательства.

К патологическим состояниям относятся врожденные недоразвития интеллектуальной деятельности (*олигофрении* разной степени: от легкой (*дебильности*) до глубочайшей (*идиотии*) и врожденные дисгармонии эмоционально-волевой сферы (*психопатии*). Хотя эти расстройства врожденные, но они под влиянием разных факторов меняются и поэтому не могут рассматриваться как неизменные, застывшие образования.

Эндогенные заболевания называют еще *процессуальными*, ибо при них имеет место на первых порах, как правило, нарастание симптоматики.

Чаще всего психиатры пока еще не знают истинные причины большинства психических расстройств, но тем не менее более или менее успешно лечат эти нарушения. Знать причину болезни еще не значит уметь ее устранить — прежде врачи думали иначе и все свои силы направляли на поиски причин. Однако сейчас уже ясно, что взаимоотношения между причинами болезней и последствиями действий этих причин не такие простые, не однозначные. Выяснилось, что много причин могут приводить к одному результату, что с некоторыми факторами бороться просто невозможно, ибо то, что для одного человека является причиной болезни, то для другого (и таких большинство) может оказаться причиной преуспеяния и благополучия.

Помимо причинных факторов, которые укладываются в сознании цивилизованного человека, существует множество явлений,

которые кажутся в лучшем случае диким анахронизмом, недостойным просвещенного XX столетия. Ну, кто бы мог, например, предположить, что в декабре 1978 года около тысячи американцев — членов секты Джонсона, в большинстве своем людей достаточно просвещенных в медицине и политике, придерживавшихся самых гуманных и иногда даже революционных взглядов, — одновременно покончат с собой? Что за вирус страсти к самоубийству разрушил сознание этих людей, живших в век телевидения, космических полетов и самых эффективных за всю историю человечества препаратов, благотворно действующих на психику?

Психиатры не могут объяснить все на свете, они нуждаются в сотрудничестве с представителями иных наук, но, к сожалению, даже комплексный подход к исследованию многих интимных механизмов психопатологических явлений может не дать исчерпывающих или очень обнадеживающих результатов. Во всяком случае пока. Как, например, в истории, о которой мы сейчас расскажем.

Эпидемия в Гонконге.

2 июля 1980 года ученики трех близлежащих школ (всего около 400 детей-подростков обоего пола) одновременно почувствовали себя нездоровыми. Казалось, словно они отравились каким-то неизвестным газом или пищевым продуктом. Болезнь развивалась прямо на глазах изумленных педагогов, с недоумением наблюдавших за тем, как у их учеников начиналась неукротимая рвота, посинение лица, как дети корчились с сильными болями в области живота, как задыхались из-за того, что в горле стоял какой-то комок.

Со всего города к этим школам съехались машины скорой помощи, сбежались родители заболевших детей, политические деятели всячески обыгрывали эти события, обвиняя своих противников в преднамеренном массовом отравлении четырехсот учеников. Одним словом, страсти разгорелись во всю и едва не привели к массовым беспорядкам. Всех детей госпитализировали. На следующий день большинство из них были абсолютно здоровы, а еще через день-другой всех выписали.

За время пребывания в стационаре школьников ничем не лечили: несмотря на требования назвать лиц, которые отравили детей, чтобы немедленно наказать этих гипотетических преступников, несмотря на бушевавшие вокруг политические страсти, медики понимали, что история, приключившаяся с их учениками, это не что иное, как *массовая истерия*, время от времени возникающая то в одном, то в другом конце планеты. Конечно, в наши дни массовые истерические психозы, основанные на подражании, самовнушении и внушении извне, встречаются несравненно реже, чем в эпоху мрачного средневековья. По мнению многих исследователей, истерия в конце XX столетия превратилась в чрезвычайно редкость. Однако как только врачи-психиатры начинают думать, что истерия исчезает, как то там, то здесь возникает эпидемия истерических расстройств, и тогда врачи начинают понимать, что еще очень рано списывать эту болезнь в архивы, что она нет-нет да дает о себе знать даже в самых цивилизованных странах.

В прежние времена истерия была очень распространена и протекала самым различным образом. Ее даже называли «хамелеоном», так как истерия приспосабливалась к разным болезням, принимала их симптомы, имитировала их. Сколько на земле было психоневрологических и соматических болезней, столько и проявлений истерии. Истерия — это не симуляция (т. е. сознательное придумывание у себя заболевания), но в чем-то она близка к симуляции, хотя и носит чаще всего неосознанный характер. Все люди внушаемы, но нередко эта внушаемость может быть чрезмерной, болезненной, принимающей карикатурные формы и самым нелепым образом проявляться в поведении. Обычно истерические расстройства возникают после каких-либо психических потрясений, а иногда и безо всякого внешнего повода (в Гонконге так и не нашли тех, кто внушил школьникам вести себя так, будто их отравили). В большинстве мест, где случались эпидемии истерии, подобного индуктора не находили, хотя ясно, что кто-то пустил искру, а потом она превратилась в пламя, которым уже невозможно было управлять и найти его первоисточник.

Раньше истерию рассматривали как какое-то единое, недифференцированное явление. Сейчас так никто не считает. Выделяют *истерические психозы*, при которых нарушается сознание, возникают истерические припадки и т. д.; истерические неврозы с параличами мышц конечностей, потерей слуха, голоса, другими соматическими и психоневрологическими нарушениями, но без расстройств самосознания; *истерические психопатии* (когда наблюдается врожденная или рано приобретенная дисгармония характера с неимоверной жаждой признания, стремления обратить на себя внимание любой ценой); *истерические патологические формирования личности* (когда в результате дефектов воспитания, оранжерейных условий, потакания капризам у человека формируется характер, внешне похожий на истерическую психопатию), кратковременные истерические патохарактерологические и характерологические реакции, примыкающие то к норме, то к патологии. Бывают и некоторые другие нарушения, обычно сочетающиеся с прилагательным «истерические».

Как правило, люди, склонные к истерическим расстройствам, инфантильны, недалеки, чрезмерно внушаемы, слишком эмоциональны. Что касается уровня интеллекта таких людей, то он может быть разным: среди пациентов с истерическими расстройствами могут встречаться и умные, и глупые, и никому не известные бродяги, и замечательные артисты и писатели, творчеством которых восхищается весь мир.

Ни одна школа не гарантирована от массовых истерических эпидемий, хотя, еще раз повторяю, в наши дни они весьма редки. Педагоги должны помнить, что чем меньше внимания уделяют человеку, заболевшему истерическим расстройством, тем меньше эти расстройства проявляются. Истерия может быть лишь в тех случаях, если есть зрители и болельщики. Не будет их — любое

истерическое расстройство немедленно пройдет безо всякого лечения. Не обращать внимания — это первое условие прекращения массовых эпидемий истерических расстройств. И второе условие — проконсультироваться с психиатром: все остальные вопросы (всегда конкретные в каждом конкретном случае) решит медик на месте.

В любом случае педагоги должны быть внимательны к странностям своих учеников. Ведь нередко чудачества детей начинаются исподволь, незаметно, и на них обращают внимание лишь тогда, когда они достигают заметных, порой чудовищных масштабов.

Бледные образы «Черного-108».

«Уважаемый доктор! Мой сын учится в IV классе, он отличник, но сейчас его успеваемость снижается: ему все труднее учиться, он живет прежними знаниями, уроки не учит, так как занят лишь одним — однообразно фантазирует о космосе, о взаимодействиях людей и роботов. Дескать, люди слабые, они болеют, мучаются, умирают, впадают в отчаянье, а роботы неуязвимы, им сноса не бывает.

Уже полгода сын фантазирует еще и о том, что он запустил в космос какую-то станцию, которую назвал «Черный-108». Со временем эта станция стала разрастаться, превратившись в какую-то громадную межгалактическую систему, в которой живут разные цивилизации, некоторые из них являются бледными подобиями, образами «Черного-108». На «Черном-108» (отчего такое название — сын не объясняет, говорит, что это тайна) множество живых роботов, которые воюют друг с другом и с моим сыном, как символом Земли. Сын поднял восстание против «Черного-108» и создал 2 мощные системы: одна состоит из сосновых шишек, вторая — из домашних утюгов. Шишки и утюги начали партизанскую войну против роботов. Собрав разведывательные данные, шишки и утюги особым способом передавали моему сыну эту информацию, а он через «черные дыры» и «черные воронки» во Вселенной отправлял эту информацию своим агентам. Сын считает, что на него действуют роботы с «Черного-108», заставляют его куда-то импульсивно бежать, кричать, не ходить на уроки и т. д. Вначале мы с мужем думали, что все это затянувшиеся забавы, детские игры, что сыну скоро надоеет играть в космос. Но не тут-то было: сын играет все больше, из своих фантазий выйти самостоятельно не может, ни с кем не общается, постоянно опасается, что роботы начнут на него влиять, заставлять его говорить, кого-то ударить и т. д. Целые дни рисует схемы роботов, больше ничем не интересуется, будто находится в другом мире. Во дворе его зовут инопланетянином, но он не реагирует на эти слова никак, а иногда задумчиво говорит: «Я не инопланетянин, я бледный слепок «Черного-108». Полечите, пожалуйста, сына, может, он вернется на землю и перестанет изображать из себя слепок «Черного-108»!»

К письму были приложены бесчисленные схемы роботов, все они были однообразны и непонятны.

Такие или похожие письма получают многие детские психиатры. Подобные письма весьма симптоматичны.

Все душевные расстройства носят социальные одежды: то, чем живет общество, тем живут и душевнобольные, только у последних все носит извращенный, изуродованный, карикатурный характер. До 12 апреля 1961 года врачи почти не встречали формы бреда с космическим сюжетом и лишь после начала космических полетов появились пациенты с такой тематикой бреда. Дело не в фабуле бреда, а в его качестве.

Бред — это неправильное умозаключение, возникшее на пато-

логической почве, не поддающееся разубеждению и полностью определяющее поведение больного. *Галлюцинации* — это мнимое восприятие, т. е. восприятие того, чего нет на самом деле. *Иллюзия* — тоже нарушенное восприятие, т. е. неверное восприятие того, что на самом деле существует. Между бредом и галлюцинациями бывают переходные состояния. Одним из них является *синдром психического автоматизма*, описанный В. Х. Кандинским. Такой пациент считает, что он стал жертвой каких-то злоумышленников (роботов, космонавтов, гипнотизеров, разведчиков и пр.), которые подчинили себе его волю, лишили пациента собственной воли и он стал игрушкой в их руках. Синдром психического автоматизма бывает при разных заболеваниях, но главным образом при шизофрении — особом расстройстве, проявляющемся в распаде единства психики, в разлаженности психических функций, в нарушении их координации. Одним из главных симптомов шизофрении является болезненный уход в себя, т. е. аутизм. Шизофрения встречается в любом возрасте, в реальной жизни она регистрируется довольно редко. Чаще всего это заболевание начинается в старшем подростковом возрасте.

Выделяется множество форм шизофрении: часть из них текут более злокачественно, большинство более доброкачественно и к значительной инвалидизации не приводят. Болезнь серьезная, ее нужно непременно лечить, но, к сожалению, очень часто с началом лечения запаздывают из-за того, что своевременно ее не диагностируют. Многие родители воспринимают чудачества своих детей не как болезнь, а как распушенность, и лишь когда сын или дочь (шизофрения встречается у лиц мужского пола в 3—4 раза чаще, чем у лиц женского пола) объявляет себя слепком «Черного-108», только тогда спохватываются.

У детей и подростков бывают почти все формы шизофрении, встречающиеся в других возрастных группах, но шизофрения у детей имеет и некоторые особенности. Всех мы касаться не будем. Затронем лишь одну: склонность детей к фантазиям. Шизофрения, начавшаяся в школьном возрасте, а иногда и в дошкольном, нередко протекает с *синдромом бредоподобного фантазирования* (бред во «взрослом» смысле слова у детей редок, чаще встречается его детский эквивалент — бредоподобные фантазии): дети убежденно и всерьез считают себя жителями Швамбрании, соседями Карлсона, живущего на крыше, роботами, космическими пришельцами и пр. Подобное болезненное фантазирование, подробно описанное в 1957 году В. Н. Мамцевой, всегда сочетается с другими симптомами болезни (не обязательно шизофрении, так как болезненное фантазирование бывает и при иных душевных расстройствах).

Как ведут себя в таких случаях родители и педагоги? В лучшем случае не обращают внимания на ненормальные фантазии посланцев «Черного-108», а иногда их высмеивают. Но тут не высмеивать надо, а немедленно идти с ребенком к врачу, нужно

лечить, а не иронизировать над очередным «бароном Мюнхгаузеном». Но и в этом нельзя «перегибать палку»: если особых странностей в фантазиях ребенка нет, если школьная адаптация не нарушается, если мальчик или девочка воспринимают свои фантазии как игру, как забаву, которая не отвлекает их от реальной жизни, то особенно бояться не нужно. Все это со временем пройдет.

Некоторые люди обвиняют психиатров: вот какие они злодеи — стоит человеку пофантазировать, как они его сразу отправляют в психиатрическую лечебницу. Эти ложные оценки основаны на невежестве, а иногда представляют собой сознательную клевету. Не из-за одного болезненного фантазирования детей направляют в психиатрическую лечебницу, а потому, что они заболели и одним из симптомов их болезни является болезненное фантазирование. Из-за одного симптома врач никого в больницу не направляет. Людей госпитализируют из-за обнаруженных синдромов и болезней. К тому же к психиатрам приводят таких детей не сами психиатры, а родители. К сожалению, многих слишком поздно.

ПРОФЕССИЯ — ПСИХИАТР

Клиницисты или расшифровщики лабораторных данных? За долгое время своего существования психиатрия обрела множество самых разнообразных способов обследования и лечения людей. Несомненно, число этих методов будет возрастать; от многих лечебных приемов, которые сейчас в ходу, психиатрия со временем откажется так же, как она давно уже забыла некоторые из тех методов, которые были популярны 50 или 75 лет назад. Но дело не только в том, чтобы изобретать новые методы лечения. Нужно правильно и разумно использовать старые, ведь и сто лет назад людей все же лечили и, возможно, не намного хуже, чем сейчас. Прогресс в лечении зависит не только от самих лечебных приемов, но и от того, насколько врач способен правильно диагностировать заболевание, понять его внутренние механизмы, вжиться в душевное состояние пациента. Ведь что диагностируем, то и лечим, а психиатрическая диагностика — одна из самых сложных и не во всем еще ясных разделов всей медицинской диагностики.

Со временем было изобретено много новых способов обнаружения биологических и психологических изменений у душевнобольного, но опытные врачи все же не отдают предпочтения какому-либо из них, понимая их относительность и условность.

В последние десятилетия наряду с лабораторными исследованиями большое распространение получают математико-статистические методы. Они, конечно, нужны, важно только правильно и целенаправленно их использовать. Но когда думаешь о некоторых статистических исследованиях в нынешней психиатрии, невольно

вспоминаешь слова известного аргентинского философа Марио Бунге, сказанные им по адресу некоторых современных физиков, которые так заняты своими расчетами и измерениями, что их мало интересует, что же они высчитывают и измеряют. Конечно, статистика статистике рознь, но, для того чтобы что-то высчитывать, нужно прежде всего быть хорошим клиницистом, хорошо знать, что же высчитываешь. Давно известно выражение, что статистика подобна мельнице, и получится ли в итоге мука, во многом зависит от того, какой материал был заложен вначале.

С каждым годом лабораторная техника улучшается, но лабораторные данные все же обычно играют вспомогательную роль; главное же здесь состоит в последовательном проведении клинического подхода, понимании сущности страдания с клинико-психопатологических позиций, т. е. оценки высказываний больного, его поведения, интересов, настроения и т. д. Великие психиатры были замечательными клиницистами. Большинство из них не располагало теми многочисленными лабораторными данными, которые, как правило, заслоняют от врача живого человека со всеми его индивидуальными особенностями. Несмотря на это, они вникали в душу больного с удивительной тонкостью, скрупулезно анализировали каждое движение человеческой души, стремились войти в состояние больного. Многие же молодые врачи большее внимание уделяют лабораторным исследованиям, которые хотя и дают специалисту большую информацию, но не являются главными в диагностике психических расстройств.

Опросник доктора Ирле. У опытных клиницистов с годами вырабатывается особая врачебная интуиция, позволяющая им почти безошибочно диагностировать начинающееся заболевание, когда многих явных симптомов болезни еще нет. Такая интуиция особенно важна при диагностике шизофрении, неврозов, психопатий и некоторых других расстройств.

Говоря о распознавании шизофрении, многие употребляют фразу, автором которой является выдающийся немецкий ученый *Курт Шнайдер*: «от больного повеяло шизофренией». В 1941—1952 годах голландский психиатр *Г. Рюмке* (1893—1967) предложил термин «чувство шизофрении». Этим термином он обозначил ту интуицию, которая постепенно вырабатывается у врача, когда он сталкивается с больными шизофренией. Явных симптомов болезни может еще не быть, больной может их скрывать, у врача может не быть объективных сведений о жизни и болезни пациента, но интуиция почти никогда не обманывает опытного специалиста. С годами многие врачи начинают придавать своей интуиции даже большее значение, чем многим объективным сведениям.

В 1962 году западногерманский психиатр *Г. Ирле* провел опрос: он разослал 2324 психиатрам своей страны специальную анкету и просил ответить на ряд вопросов, среди них — какое значение интуиция имеет в практической деятельности психиатра. 1246 человек прислали подробные ответы, из них 1035 заявили,

что они могут безошибочно диагностировать, например, шизофрению с первого взгляда, на основании только своей интуиции. На вопрос: «Чувствуете ли вы, что начали беседу с больным шизофренией?» — 86% опрошенных ответили утвердительно.

Итак, по самоотчету психиатров интуиция является важным условием правильного диагностирования психического расстройства. Причем это касается не только психиатрии, но и других клинических дисциплин. Как легенды передаются из поколения в поколение рассказы об удивительной врачебной интуиции Н. И. Пирогова, С. П. Боткина и других великих врачей разного профиля, не знавших шаблонов и не склонных к поверхностным выводам.

Такие разные психиатры. Обладают ли врачи-психиатры какими-то специфическими особенностями личности? Ведь если теоретически могут иметься специфические свойства личности у моряков или у геологов, то должны быть они и у врачей-психиатров? На этот вопрос можно ответить только отрицательно. Так же, как никто еще не описал какие-то чрезвычайные, неповторимые черты личности у носителей конкретных профессий, так нет их и у психиатров, хотя, конечно, у них имеется в общем больший, чем у представителей других профессий, интерес к душевной жизни человека. К познанным и еще не познанным явлениям человеческой психики. Их гуманизм — это гуманизм, присущий вообще профессии врача, а не только профессии психиатра. Если среди врачей-психиатров и встречаются люди, обращающие на себя внимание экстравагантностью, эгоизмом или властолюбием, то это не оттого, что благодаря этим чертам они стали психиатрами, а потому, что среди психиатров бывают разные люди, в том числе и с такими чертами, которые не имеют отношения к их профессии. Но как бы то ни было, профессия психиатра является, вероятно, одной из наиболее интеллигентных среди медицинских специальностей.

Квалификация психиатра не всегда зависит от возраста, хотя после 10—15 лет практики врач, как правило, приобретает необходимый опыт, терпение и здравый смысл, без которых никакого эффективного психиатрического лечения не бывает. К 40 годам обычно врач уже более осторожно и бережно начинает относиться к больному, более трезво оценивает свои возможности. Конечно, у врача-оптимиста всегда легче лечиться, особенно больному с таким же складом характера. Впрочем, пациенты-оптимисты в жизни редки, болезни чаще всего появляются у пессимистов.

В общем как в отношении любой профессии, так и в отношении психиатрии можно сказать, что для того, чтобы стать хорошим психиатром, помимо знаний и интуиции, нужен еще и талант.

А что же ценят больные в своих врачах? В разных странах провели такое исследование: пациентов психиатрических учреждений попросили написать, почему им нравятся их лечащие врачи.

Ответы были различные, но на первом месте было одно и то же: большинству пациентов нравятся те психиатры, которые по-человечески, неформально, душевно к ним относятся, кто способен вызвать к себе симпатию. Ни обстановка учреждения, ни интерьер помещений, ни внешнее оформление приема в конечном итоге не имеют существенного значения для тех, кто долгое время лечится у психиатра (для новичков это, может быть, и играет какую-то роль); больной с длительным стажем лечения ценит во враче не должности и манеры, а знания и человеческие качества, которые и определяют в конечном итоге результаты лечения и чувство внутреннего спокойствия у больного. Из этих двух — никогда не противопоставляемых компонентов (знания и человеческие свойства) на первое место следует все же поставить второе — для врача-психиатра главнейшее. Мы видели много душевнобольных людей, которые предпочитали лечиться у врачей, не имевших никаких научных титулов и видного положения в научно-общественном мире, хотя эти больные обладали возможностью лечиться у самых знаменитых и «модных» врачей. Они отказывались и искали врача «по себе», приятного им и не старавшегося как-то их подавить, но внушить им не только спокойствие и уверенность (это главная цель всякой врачебной беседы), а и уважение к себе и к своим званиям.

Для больного, который лечится у хорошего психиатра (т. е. квалифицированного специалиста и хорошего человека: умного, образованного, снисходительного, неэгоистичного, не пропускающего возможности сделать добро, отзывчивого, честного и т. д.), важно не то, где врач ведет прием (на улице, в обычной комнате или роскошном кабинете), а то, как он ведет его. Мы видели больных, которые, чертыхаясь, выходили из профессорских кабинетов и шли в обычные поликлиники.

Психиатрия в высшей степени совмещает в себе полезность и красоту. Как и все области знаний, она нуждается в притоке талантливой молодежи, которая могла бы самоотверженно и честно заниматься этой наукой, не ища в ней материальной выгоды или возможности отреагировать свои властолюбивые комплексы на незащитных больных; психиатрия, как и любая из наук, нуждается в моральном здоровье, ибо в наше время на первый план в любой профессии (а тем более врача) выходят не только профессиональные знания, но и нравственные установки самого специалиста, от которых зависит, на что — добро или зло — направит он свои знания и власть.

Об этом еще в 1911 году писал выдающийся русский психиатр *Николай Васильевич Краинский* (1869—1951): «Психиатр обладает страшной властью над себе подобными! Ни один монарх в стране грубого деспотизма не обладает и тенью той беспредельной силы и запелляционной власти, которую может проявить заурядный врач психиатрической больницы по отношению к своему клиенту».

Один из бальзаковских персонажей говорит, что врачи, юристы и священники ходят в черных одеждах оттого, что благодаря своей профессии они вынуждены постоянно общаться с самыми тяжелыми сторонами человеческой жизни. И действительно, редко кто из представителей иных медицинских специальностей сталкивается с таким множеством невероятных человеческих судеб, запутанных, порой трагических жизненных путей, редко кто наблюдает так много страданий и горя, чудовищных стечений обстоятельств.

Врачи-психиатры — это обычные люди, которые заканчивают медицинские институты и работают по избранной профессии. Не такая уж долгая история психиатрии знает много удивительных примеров беззаветного труда, почти фантастического гуманизма и героизма представителей этой профессии.

Одним из первых психиатров-гуманистов и подвижников был уже упоминавшийся Пинель, который, как отмечал выдающийся русский врач *Николай Николаевич Баженов* (1855—1922), «возвел сумасшедшего в ранг больного» и самоотверженно защищал интересы больных.

Кто первый описывает душевную болезнь? Вряд ли можно встретить медицинскую специальность, помимо психиатрии, которая вызвала бы такой живой интерес со стороны писателей. Трагическая судьба душевнобольных, сложнейшие, тончайшие движения человеческой души — все это не могло не волновать литераторов. Однако психиатрия, в отличие от остальных медицинских наук, является в высшей степени социальным разделом знаний: все психические нарушения всегда носят социальные одежды своей эпохи. Поэтому, обращаясь иногда к душевным аномалиям, литераторы тем самым рассказывали о своем времени, о том, чем жили здоровые люди.

Последние нередко несли в себе громадную научно-познавательную информацию, значение которой могло быть в полной мере оценено лишь спустя длительное время. В 1835 году вышли гоголевские «Записки сумасшедшего». В беседе со своим лечащим врачом А. Т. Тарасенковым¹ писатель указывал, что он целиком выдумал историю бедного Поприщина, что до создания «Записок...» он не был знаком с психиатрической литературой. Гениальнейшее творение Гоголя, эта небольшая повесть являет собою уникальное произведение с точки зрения психиатрии. И действительно: за полвека до новейших открытий в области психиатрии, связанных с именами француза Валентина Маньяна и немца Эмиля Крепелина, за полвека до начала изучения этапов *динамики бреда* 26-летний русский писатель подробнейшим образом описал то, что подверглось научному анализу лишь через много десятилетий. И по сей день «Записки сумасшедшего» представляют собой — помимо их сугубо литературных достоинств — поразительную медицинскую

¹ См.: Гоголь в воспоминаниях современников. М., 1952, с. 512.

иллюстрацию. Работая много лет в Центральном институте усовершенствования врачей, пишущий эти строки давно уже обратил внимание, что если тот или иной слушатель (а это обычно квалифицированные специалисты) не до конца понимает некоторые медицинские тонкости, то стоит ему внимательно прочитать гоголевскую повесть, как сразу все становится на свои места.

Еще один пример.

Проблема *двойника* — одна из ключевых в литературе XIX столетия. Эдгар По, Э. Т. А. Гофман и многие другие использовали образ двойника для выражения своих художественных и политических идей. Однако ни у одного писателя этот образ не достиг такого совершенства, как у Достоевского. Его повесть «Двойник» (1846) сыграла большую роль и в истории психиатрии. В этой повести задолго до психиатров описан феномен, которым наука стала заниматься лишь в XX столетии, и особенно в последние десятилетия. В частности, в 1923 году французские психиатры Капгра и Ребуль-Лашо выделили своеобразный симптом, выражающийся в том, что у человека с бредом преследования возникает стойкое убеждение, будто кто-то из его близких (или он сам) заменен двойником, будто он раздвоился.

В 1927 году Курбон и Фель (тоже французы) описали признак, названный авторами по имени известного итальянского актера *Леопольдо Фреголи* (1867—1936), обладавшего поразительной способностью к перевоплощению: этот признак состоит в том, что больной с бредом видит в окружающих искусно переодетых преследователей. В психиатрической терминологии существуют, таким образом, два расстройства: *симптом Капгра* и *симптом Фреголи*, которые с полным правом можно было бы назвать симптомом Голядкина или симптомом Достоевского.

Пусть современный читатель откроет любой справочник по психиатрии¹. Поначалу он решит, что все это китайская грамота, которую постороннему человеку трудно постичь. Однако если проявит известное терпение, то увидит в этих справочниках множество знакомых фамилий и словосочетаний, давным-давно вошедших в общекультурный багаж обычного человека. Он увидит *симптом Мюссе*, названный в честь знаменитого французского поэта, страдавшего патологией клапанов аорты, прочтает о *синдроме Алисы в Стране Чудес*, *Пиквикском синдроме*, *синдроме Мюнхгаузена*, *синдроме Каспара Хаузера* и о многих иных обозначениях, связанных с именами писателей или — что несравненно чаще — с именами персонажей их произведений. Понятно, что когда Льюис Кэррол, Ч. Диккенс, Р. Распе создавали свои книги, им вряд ли приходило в голову, что спустя много лет и десятилетий медики возьмут на вооружение описанные ими феномены. Когда Ван Гог в припадке безумия отрезал себе ухо, он, конечно, не пред-

¹ Например: Лазовский И. Р. Справочник клинических симптомов и синдромов. 2-е изд., перераб. и доп. М., 1981; Блейхер В. М. Эпонимические термины в психиатрии, психотерапии и медицинской психологии. Словарь. Киев, 1984.

полагал, что через 70 лет ученые опишут у своих пациентов похожий симптом, названный по имени великого художника. Диоген, отличавшийся неприхотливостью в быту, не подозревал, что через много столетий появится *симптом Диогена*, вошедший во все справочники мира.

Литература отражает жизнь — эта аксиома убедительно подтверждается даже такой удаленной от художественной литературы формой отражения действительности, как психиатрия. Медицина и литература взаимопроникают друг в друга. Именно писатели и поэты нередко первыми замечают нарушения, за исследование которых медики принимаются, как правило, спустя много лет. По мере того как читатель будет знакомиться с этими книгами, он все больше будет убеждаться, что психиатрия, как и всякая иная сфера деятельности, непосредственно касающаяся людей, впитывает в себя все то, чем живут люди, на первый взгляд далекие от медицины. Помимо этого, он придет к выводу, что многие из сугубо психиатрических названий по своей образности, красочности и точности будто взяты из художественного произведения. Вот только один пример. В Новой Гвинее порой встречается болезнь (пока она чаще всего смертельна), заключающаяся в нарастании двигательных расстройств. Одним из проявлений этого страдания является насильственный, неудержимый смех. Местные жители называют ее синдромом *куру* (на одном из новогвинейских наречий *куру* означает дрожать). Во многих справочниках приводится еще одно ее название — *синдром улыбающейся смерти*.

Медицинские термины зачастую образованы от фамилий врачей, больных, местности, легендарных личностей (к примеру, *синдром Агасфера*). В XVII веке в Перу жил некий монах Хосе д'Акоста. Он и его близкие много занимались тем, что сейчас называется альпинизмом. Поднимаясь в горы, наблюдательный священник заметил у себя ряд физиологических изменений, связанных с пребыванием в условиях пониженного атмосферного давления. Позже этот комплекс нарушений получил название *синдрома д'Акосты*. Нередко психиатрические термины, названные по имени того или иного литературного персонажа, несут в себе иной смысл, нежели в литературном произведении. Например, первое, что приходит на ум при упоминании барона Мюнхгаузена, это безудержная фантазия, неукротимое воображение. Логично было бы, если бы синдромом Мюнхгаузена называлась болезнь, проявляющаяся в указанных свойствах характера. Однако, к недоумению читателя, он обнаружит, что когда в 1951 году английский хирург *Ашер* описал группу пациентов, стремящихся любой ценой и без внятной цели попасть на операционный стол и для этого предпринимающих большие, порой прямо-таки нечеловеческие усилия, то он почему-то вспомнил сочинителя невероятных историй барона Мюнхгаузена.

Таким образом, взаимопроникновение различных сфер знаний — в том числе медицины и художественной литературы — может быть беспредельным.

П. П. Малиновский и его «Записки доктора». Наука прошлых веков (в том числе и психиатрия) была богата учеными-энциклопедистами. По мере дифференциации, усложнения, наращивания научного знания и методов его добывания количество таких феноменальных врачей резко сократилось, а в XIX—XX столетиях их были уже считанные единицы. Одним из наиболее ярких врачей-энциклопедистов был, например, В. М. Бехтерев, занимавшийся, между прочим, и художественной литературой: он опубликовал, в частности, много стихотворений.

Однако имена многих подобных ученых, к сожалению, незаслуженно забыты, либо известны очень узкому кругу специалистов. Об одном из них — писателе, авторе множества статей по гигиене, военной медицине, фармакологии, эпидемиологии, хирургии и многим другим разделам медицины, судебном враче, организаторе здравоохранения — мы и расскажем. Герой наш работал в разных сферах, но его имя малоизвестно даже современным психиатрам, хотя он и является автором первого на русском языке руководства по психиатрии, автором первой в мире научно-художественной книги о расстройствах психики. Жизнь этого врача изучена еще меньше, чем его труды. Его имя — Павел Петрович Малиновский.

В биографии Малиновского очень много неясного. Но по отрывочным сведениям видно, что он, в отличие от большинства своих коллег, относительно много путешествовал, служил в Астрахани, на Украине и в других местах. Когда он умер и где похоронен — неизвестно.

В 1846 году в петербургской типографии К. Крайя вышли «Записки доктора». Издание, украшенное 23 хорошо выполненными гравюрами. Книга первая». Автором ее был П. П. Малиновский. Книга открывалась словами: «Я пишу не под диктовку воображения, а рассказываю то, что было. В моих записках я поведу вас, читатель мой, по всем слоям общества, везде, куда мне позволяло проникать мое звание и мои обязанности. Нередко мы будем встречаться с людьми помешанными, и это я сделаю нарочно, да, нарочно, потому что число несчастных, пораженных этой болезнью, страшной, унижающей человека, становится все больше, потому что помешательство избирает свои жертвы более из классов образованных, и мне хочется, сколько разумею и сколько смогу, выставить причины, от которых развивается этот бич человечества, и особенно те причины, которые по незнанию пренебрегаются и ведут за собою ужасные, гибельные следствия. Мне хочется указать, как уничтожить зерно зла и не давать ему развиваться от незнания. Значит, я пишу не для того только, чтобы насытить одно любопытство господ читающих. Быть может, вы будете упрекать меня за то, что здесь найдется много лиц, много характеров недобрых, но дайте мне, умоляю вас, дайте мне людей лучше тех, которых я видел,— и я вам буду писать ваших ангелов».

В предисловии сообщалось, что автор намерен продолжить свои «Записки...» в дальнейшем. Однако проходили годы, а продолжения «Записок доктора» не было. Тем не менее эта небольшая книжка (всего 111 страниц) положила собою начало научно-художественной литературе по медицине.

Отечественная наука может гордиться тем, что именно из ее рядов вышел человек, написавший первую в мире и с нашей точки зрения одну из лучших за все эти годы научно-художественную книгу по медицине вообще и по психиатрии в частности. Поскольку «Записки доктора» малодоступны даже библиографам, остановимся кратко на содержании этой уникальной работы.

В «Записках доктора» показана история семьи некоего Федора Адатова — бедного чиновника, близкого по своей психологии к маленьким людям Гоголя и

Достоевского. Он влюбился в юную Надежду Доренскую, они поженились, родилось 7 детей. Далее подробно рассказывается о том, как Надежда Адатова заболела психическим заболеванием, как ее лечили, точнее, медленно умертвляли. В ту эпоху основное лечение сводилось к наказанию пациента. Так вели себя врачи и в отношении геронии «Записок доктора». Ее посадили на цепь, а конец цепи ввинтили в стену. И это не помогло. Тогда по совету лучших петербургских светил больную стали стегать железными прутьями. Избиваемая, кричащая, изрыгающая проклятья, несчастная женщина несколько месяцев просидела на цепи. Между прочим, так лечили не только жен чиновников или русских крестьян. Даже английского короля Георга III, когда тот впал в безумие, лечили жестокими избиениями. Во время очередного приступа душевной болезни король умер. Это случилось в январе 1820 года. Отчего наступила смерть, трудно сказать, но нет никаких сомнений, что в смертельном исходе большую роль сыграло не только психическое заболевание, но и то усердие, с которым лечили бедного короля самые лучшие лекари Европы.

Надежда Адатова умерла, ее дети — кто умер от психического заболевания, кто случайно погиб. Семья выродилась. В живых остался лишь отец семейства, с ужасом наблюдавший гибель всех близких.

«Записки доктора» написаны блестящим языком. Для автора важен сам больной как личность со всеми ее переживаниями и общественными связями.

«Записки доктора» не имеют аналогов в мировой литературе. Многие достоинства, свойственные «Запискам доктора», имеются и в лучших научно-художественных книгах более позднего времени, но тем не менее все же следует признать, что нынешняя научно-художественная литература о психиатрии идет несколько иным путем: в ней больше о врачах, чем о пациентах. Такие книги могут пользоваться успехом у массового читателя, но квалифицированный человек (тем более психиатр) не будет ими восхищаться, так как картины «Я на фоне психиатрии» куда менее любопытны, чем сама психиатрия.

Вторая книга и ее судьба. Современники не признали «Записки доктора». К сожалению, книга осталась забытой и потомками.

В следующем, 1847 году Малиновский выпустил главный труд своей жизни «Помешательство, описанное так, как оно является в практику в практике».

В 1855 году вышло второе издание, встреченное шумно и положительно: рецензия на книгу вышла в «Отечественных записках», некрасовском «Современнике», в большинстве петербургских журналов. Литераторы относили «Помешательство...» к произведениям художественного жанра, медики видели в этой книге сугубо научное произведение, «Помешательство...» рассматривали с самых неожиданных точек зрения — даже с экономической. Однако вскоре и эта книга — первая профессиональная книга по психиатрии на русском языке, первый учебник по психиатрии, написанный в России врачом, знавшим психиатрию не понаслышке, а в результате непосредственной работы с больными, — книга, по сей день поражающая точностью характеристик, удивительной пронизательностью автора, его наблюдательностью, гуманизмом и добротой, была прочно забыта.

Почти полвека о ней никто, кроме отдельных библиографов, не знал. Лишь в 1915 году вышла работа известного земского врача Л. А. Прозорова, в которой деятельность доктора Малиновского была оценена очень высоко. Однако еще несколько десятилетий о нем не вспоминали. Только в 1951 году благодаря работам выдающегося советского психиатра *Олега Васильевича Кербилова* (1907—1965) имя Малиновского было возвращено отечественной литературе. Позже *Дмитрий Дмитриевич Федотов*, которому принадлежит основная заслуга в изучении творчества П. П. Малиновского, опубликовал несколько работ об этом ученом. Но уже

после 1960 года о Малиновском вновь забыли, и его имя лишь изредка упоминается в современной научной литературе.

Почему так несправедлива судьба? Наверное, оттого, что врачи видели в П. П. Малиновском в первую очередь писателя, а писатели — врача?

Значительные произведения литературы очень редко можно отнести к какому-либо определенному жанру. То же самое следует сказать и о «Помешательстве...» — одновременно учебнике, публицистическом очерке, обличительном памфлете, бытописательской зарисовке, научном трактате, литературном эссе... Вот, например, автор, рассуждая об общих причинах душевных расстройств, с горечью говорит об обществе, «где все гонятся только за тем, чтобы блистала наружность, мало заботясь об искоренении недостатков внутренних; где каждый живет только для себя, думает только о себе... где эгоизм заглушил все остальное... где искусственные страсти заглушают голос природы и тысячи детей — жертва бездушного сладострастия родителей». И далее Малиновский объясняет: «Чтоб действовать против болезни, надобно знать то расстройство или порочное состояние, вследствие которого развилась болезнь, — следовательно, выставляя здесь пороки моральные, я исполняю свой долг, и мои замечания не будут казаться резкими, если принять в расчет цель, для которой они написаны».

Малиновского можно с полным правом отнести к числу тех исследователей, которые отмечали большую роль неправильного воспитания в появлении уродств детского характера. «Жестокое, грубое обращение в ранних годах молодости угнетает развитие способностей. Излишняя снисходительность и потачка делает характер детей своенравным, капризным, взыскательным, слишком восприимчивым...».

Ни у кого из врачей — современников Малиновского или живших много позже него — так четко и заостренно не подчеркивается роль пагубного воспитания в происхождении психических расстройств. Врачи объясняли наличие болезней чем угодно, но только не социальными воздействиями.

Малиновский замечателен еще и тем, что он был одним из первых в России, кто всячески пропагандировал *психотерапию*, т. е. лечение с помощью психических методов воздействия. Тут следует указать, что основы психотерапии стали закладываться лишь с конца XIX века и только с начала XX столетия можно говорить о психотерапии как о достаточно известном комплексе различных методов лечения. С конца XIX столетия и стали употреблять термин «психотерапия». Однако внимательный анализ русской литературы эпохи Малиновского говорит, что в то время врачи, говоря о *моральном лечении*, вкладывали в это выражение психотерапевтическое содержание (я не встретил более раннего упоминания термина «психотерапия», чем в герценовском «Докторе Крупове», вышедшем в конце 1847 года). Малиновский отмечает, что для лечения пациентов необходимо не только переубеж-

дение больных (сейчас это называется *рациональной* или — *правильнее* — *разъясняющей психотерапией*), но и отвлечение их от тягостных переживаний, лечебные спектакли, новые впечатления. Он понимал, что если у больного много *мнимощущений* (этим термином он называет галлюцинации; очень жаль, что это прекрасное русское слово не привилось, а ведь оно исчерпывающе и абсолютно верно отражает суть галлюцинаций), то от переубеждения или отвлечения толку не будет: «здесь врач должен сделаться мучеником для того, чтобы быть исцелителем; здесь он должен испытывать и переносить пренебрежение, отвращение, насмешки, ругательства, иногда даже толчки и удары жалких существ, которым он хочет сделать добро. Здесь его труд самый неблагодарный: внимание и заботливость не ценятся, попечение принято с оскорблениями и ненавистью; здесь больные своими рассказами не проясняют, не развивают его взгляд на болезнь, а чаще сбивают его; здесь свои понятия и заключения он должен извлекать из хаоса и употреблять их к уничтожению этого же хаоса».

Книги Малиновского полны того мужества и той мудрости, которые свойственны и врачебной профессии как таковой и наиболее талантливым, человечным и мудрым ее представителям.

Существуют книги, жанр которых трудно определить, — это относится в первую очередь к книгам Малиновского. Чем больше беллетризации и чем более далек автор от психиатрии, тем чаще он создает неверный, утрированный образ врача-психиатра. Психиатры весьма иронически относятся к подобным книгам. Уж кому-кому, как не им, знать, что психиатры — такие же люди, как и все остальные; что никакой особой этики, отличной от этики врача иной специальности, у психиатров не существует; что психиатров мучают те же проблемы, что и представителей всех остальных профессий; что нет какой-то особой касты психиатров, что психиатры отличаются друг от друга так же, как отличаются друг от друга представители любой профессии.

Память врача-психиатра переполнена таким множеством человеческих характеров, судеб, историй, событий, что казалось уж именно из психиатров и должны выходить хорошие писатели. Однако из психиатров не вышло ни одного великого писателя. Дело ведь не в количестве собранной информации, а только в одном — литературном таланте.

Итак, психиатрия за малым исключением не родила талантливых литераторов, но великие писатели не могли не избежать влияния психиатрии, наполнив страницы своих произведений пациентами психиатров. Искусство и литература дают психиатрии не меньше, чем психиатрия дает им.

Великая сила людей. Заклучая первую часть нашей книги, мы бы хотели несколько осветить вопрос, задававшийся, наверно, во все века (а в нашу бурную эпоху тем более): правда ли, что растет число психически больных? Верно ли, что цивилизация несет угрозу психическому здоровью людей?

В 1885 году в Петербурге вышел перевод книги знаменитого венского психиатра *Рихарда фон Крафт-Эбинга* «Наш нервный век. Популярное сочинение о здоровых и больных нервах». Автор этой мгновенно ставшей широкоизвестной работы очень мрачно смотрел на настоящее и будущее человечества, считая, что развитие науки и техники не принесло счастья и спокойствия, а скорее наоборот: сделало людей нервными, аморальными, физически слабыми, невыносимыми, нытиками, неспособными искренне и глубоко радоваться жизни. Пьянство, курение, погоня за карьерой, беспорядочные половые связи, стремление не создавать семью и уж во всяком случае не иметь детей — все это, по Крафт-Эбингу, следствие индустриализации, роста городов, одним словом, развития цивилизации. Большинство ненормальных явлений в психике людей ученый назвал нервностью и предлагал активно с нею бороться. Но как? Не пить, не курить, чаще бывать на лоне природы, вернуться к тому образу жизни, который был до эпохи индустриализации.

Читая эту книгу, порой забываешь, что она написана сто лет назад, кажется, что автор ее — современный ученый. Все это потому, что за сто лет число нерешенных проблем не уменьшилось, а резко возросло. И жить, конечно, стало куда труднее, чем во время, о котором с такой тревогой, переходящей в унылую безнадежность, писал Крафт-Эбинг.

Не только конец XIX века, но и весь XX век были очень тревожным временем. На человечество обрушивались опустошительные, беспримерные по своей жестокости и массовости убийств мировые войны, взрывы атомных бомб, разгул преступных тираний, голод, эпидемии, нравственный вакуум, который страшнее любого массового бедствия; в XX веке появились космические корабли, турбореактивные самолеты, на человека навалилось такое обилие информации, что, казалось бы, просто невозможно ее переварить. Если бы венский психиатр увидел все это, он бы, наверное, глаза закрыл от ужаса. Но тем не менее люди живут.

Неврастения, о которой так много писал Крафт-Эбинг, не погубила людей, не погубил их и сифилис нервной системы (не только не погубил, а в результате активных поисков лечения этого заболевания оно почти полностью исчезло из практики психиатров, а ведь раньше эта болезнь была очень распространена, не зря ее следы находили у множества скромных, нераспущенных и даже избежавших половой любви людей).

Пластичность нервной системы человека, видимо, безгранична, но злоупотреблять ею, конечно, нельзя. Важно другое: изменение сущности человека в процессе его приспособления ко все возрастающим к нему требованиям не должно идти по линии обездушивания, притупления эмоций, беспринципности и конформности. «Все прогрессы реакционны, если рушится человек» — с этими словами А. Вознесенского согласен каждый психиатр, видящий, как страшно выглядит разрушение личности, что такое быть живым мертвецом.

Как и представители других наук, психиатры занимаются в общем одним и тем же кругом вопросов, только со временем по-иному исследуют их. Каждое поколение психиатров по-своему изучает ту же шизофрению, ту же эпилепсию, те же неврозы. Постепенно накапливаются данные, разрушаются или оказываются устаревшими (хотя в чем-то правильными) теории, создаются новые. Очень часто эти новые подходы оказываются либо вообще не новыми, а хорошо забытыми старыми, либо противоположными тем, что уже были. Великий физик нашего времени *Нильс Бор* (1885—1961) любил в таких случаях говорить, что «противоположности — не противоречия, они — дополнения». Не грех вспомнить еще одно старое выражение: «Когда двое делают одно и то же, это не значит, что у них получится одно и то же». Пирамида накопленных знаний в психиатрии растет пока очень медленно даже сейчас, когда все процессы резко ускоряются. Психиатры не могут похвастаться тем, что они близки к цели, т. е. к ликвидации всех (в первую очередь наиболее инвалидизирующих) душевных расстройств. Да к тому же ликвидировать все без исключения душевные болезни никогда не удастся, такие надежды антинаучны и недиалектичны. Болезни будут всегда, только их проявления будут меняться. Нынешние невротики чаще говорят о том, что у них теряется собственная индивидуальность, что достигнутые блага не приносят им счастья, в то время как раньше у них были другие жалобы.

Одним словом, люди меняются, меняются и их болезни, врачи-психиатры будут жить в постоянной гонке за переменчивыми болезненными проявлениями со стороны психики, и эта гонка бесконечна, как бесконечен человек в своих невероятных метаморфозах.

Различные стрессы постоянно действуют на людей. Стрессов все больше и больше, и никакими лекарствами от них не спастись. Что толку лечить больного язвой желудка именно от язвы желудка, если он испытывает постоянный психический стресс при виде своего властолюбивого соседа. Таблетки принесут ему лишь временную пользу, а психотерапия будет также играть лишь вспомогательную роль, если не изменить условия социальной среды, к психиатрии не имеющие прямого отношения. Нужно перестроить самую личность больного, а всегда ли это под силу психиатру, даже вооруженному психотерапией?

Ганс Селье, создатель учения о стрессах, так определяет один из выходов из создавшегося тупика. На вопрос, как человеку самому справиться со стрессом, Селье ответил: «...Помогает физическая активность, но ее одной недостаточно. Самое важное иметь «кодекс поведения», уметь жить. Найдите себе «порт назначения» и старайтесь держать курс к нему. Для меня «порт назначения» — это проявлять как можно больше доброты к людям, завести как можно больше друзей... Можно уповать на добрую волю, на дружбу. Если вы нужны людям, необходимы им, вы спасены...»

ЧАСТЬ ВТОРАЯ,

В КОТОРОЙ РАССКАЗЫВАЕТСЯ О РАЗЛИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ ОТКЛОНЕНИЯХ (В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ О ТЕХ, КОТОРЫЕ ВЫЗЫВАЮТСЯ ИЛИ УСИЛИВАЮТСЯ ДЕФЕКТАМИ МЕЖЛИЧНОСТНЫХ ОТНОШЕНИЙ)

Большая и малая психиатрия

Три области знаний имеют самое прямое отношение к душевным болезням: *психопатология, психиатрия и психотерапия*. Как они разграничиваются?

Психопатология описывает общие закономерности нарушений психической деятельности, ее в той или иной степени знают медики любых профессий, но особенно глубоко психиатры, основная задача которых — диагностировать эти расстройства и лечить их. Психотерапия стоит несколько в стороне от психиатрии, хотя многие психиатры являются одновременно и психотерапевтами. Психотерапия использует психические способы воздействия на человека с целью снятия состояний психического напряжения, всевозможных нарушений со стороны соматических и психических функций.

В начале XX столетия появилось разделение психиатрии на *большую и малую*. Это деление сохраняется и по сей день. Большой психиатрией называют психиатрию, изучающую такие психические заболевания, при которых нарушается сознание, имеются грубые и выраженные психические расстройства, например бред, галлюцинации, состояния слабоумия и пр. К этим заболеваниям относятся шизофрения, эпилепсия, олигофрения и некоторые другие. Малая же психиатрия касается более легких, менее выраженных, более обратимых психических нарушений, находящихся как бы на границе психической нормы и патологии. Это неврозы, патологические изменения характера, различные ситуационно-обусловленные личностные реакции и т. д.

Болезни, относящиеся к области большой психиатрии, встречаются в жизни весьма редко: такие люди рано или поздно попадают в поле зрения психиатров, многие из больных излечиваются, несмотря на то что, казалось бы, проявления их заболевания не оставляли надежд на это. Нервно-психические расстройства, относящиеся к малой психиатрии (их чаще называют *погранич-*

ными заболеваниями), наоборот, встречаются очень часто, они считаются функциональными, обратимыми. Значительная часть таких больных излечиваются. При подобных расстройствах не бывает бреда, галлюцинаций, явлений слабоумия. Многие такие люди никогда и не обращаются за помощью к психиатрам.

Таким образом, малая психиатрия только по выраженности психопатологической симптоматики является малой, но распространенность пограничных расстройств весьма велика. Большая же психиатрия, несмотря на выраженность симптоматики, занимается в общем довольно редкими расстройствами, некоторые из которых мы кратко обрисуем.

ЭНДОГЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Королева без свиты. Среди психических заболеваний, относимых к большой психиатрии, наибольшее внимание привлекает к себе *шизофрения* — особая душевная болезнь, проявления которой самые разнообразные: тут могут быть и бред, и отсутствие тяги к общению, и катастрофическое снижение волевой активности (вплоть до *абулии* и *апатии*, т. е. до полного исчезновения желаний и способности к волевому усилию и невозможности целенаправленно и продуктивно пользоваться имеющимися знаниями, нередко очень большими). Как только не называли шизофрению, какие только метафоры не использовали! В частности, мышление больного шизофренией сравнивали с оркестром без дирижера, книгой с перепутанными страницами, машиной без бензина...

Отчего же так велик интерес психиатров к шизофрении? Ведь в социальном отношении эта болезнь не такая уж и важная: встречается очень редко, лишь немногие больные шизофренией социально полностью дезадаптированы...

Интерес к этой болезни вызван многими причинами. Во-первых, ее происхождение неизвестно, а то, что не изучено, всегда привлекает к себе особое внимание. Но и это не главное, ведь неизученных болезней в современной психиатрии очень много. Во-вторых, шизофрения — это идеальная модель (если вообще может быть идеальная модель человеческой болезни) для изучения общих закономерностей клиники и лечения всех других душевных расстройств. В-третьих, шизофрения с годами меняется: тех больных, которых описывали Крепелин или создатель термина «шизофрения», выдающийся швейцарский психиатр *Эуген Блейлер* (1857—1939) — он предложил это слово, означающее *расщепление психики*, в 1911 году — сейчас либо вообще нет или они встречаются значительно реже, чем 50—60 лет назад. Шизофрения, как многоликий Янус, как хитрый хамелеон, принимает каждый раз новое обличье; сохраняет свои самые главные свойства, но меняет одеяния.

Шизофрения имеет множество клинических вариантов. Выраженность психопатологических расстройств бывает при этом различной и зависит от возраста, темпа развертывания заболевания.

личностных особенностей заболевшего шизофренией человека и других разнообразных причин, большую часть из которых не всегда удается вычлениить из комплекса неподдающихся учету патогенных факторов.

Причины этой болезни пока неизвестны, но наиболее распространено предположение, что шизофрения вызывается какими-то биологическими факторами, например вирусами, продуктами измененного обмена веществ и т. д. Однако по сей день никто еще не открыл подобного фактора. Поскольку существует большое число форм этой болезни, то не исключено, что каждая из них имеет свою причину, поражающую, однако, некоторые общие звенья психических процессов. Поэтому, несмотря на то что больные шизофренией резко отличаются друг от друга, у всех у них имеются те симптомы, которые в общих чертах были перечислены выше.

Как и все существующие на земле болезни, шизофрения может протекать *непрерывно* (тут темп нарастания болезненных проявлений может быть самым разнообразным: от катастрофически быстрого до малозаметного даже за десятилетия болезни), *приступообразно* (это чаще всего и бывает в жизни: болезненный приступ кончился, состояние больного выправилось, хотя какие-то последствия перенесенного приступа сохраняются) и в виде очерченных *болезненных периодов*, после окончания каждого из которых человек, казалось бы, полностью выздоравливает. Две последние формы шизофрении наиболее прогностически благоприятны. Между возобновлениями болезни формируется более или менее стойкая *ремиссия* (т. е. период ослабления болезни или полного выздоровления от нее). Иногда ремиссия продолжается десятилетия, и больной даже не доживает до следующего приступа — умирает по старости или от какой-то иной причины.

Кто рождается от людей, больных шизофренией? Абсолютно точных сведений нет. В основном рождаются совершенно здоровые дети. Но если во время зачатия оба родителя находились в состоянии психотического приступа, то вероятность того, что у ребенка обнаружится нечто подобное, равна примерно 60%. Если же во время зачатия один из родителей ребенка был в таком состоянии, то каждый третий ребенок будет психически болен. Приблизительно к таким выводам в конце 30-х годов пришел видный немецкий генетик Франц Кальман (1897—1965).

Наши наблюдения свидетельствуют, что не менее 50% детей больных родителей совершенно здоровы или обнаруживают некоторые особенности личности, которые хотя и могут обращать на себя внимание, но ни в коей мере не должны рассматриваться в качестве признаков тяжелой болезни. Конечно, такие родители приносят своим детям «генетический вред», но гораздо опаснее вред социальный: в силу плохого воспитания (к детям многие больные шизофренией относятся либо слишком равнодушно, либо слишком ласково, прививают им многие из тех форм поведения, которые нравятся родителям, и т. д.), из-за недостаточного контроля за детьми,

а последний может быть связан и с тем, что родители часто госпитализируются и т. д. В каждом конкретном случае врач дает разные советы людям, страдающим душевным заболеванием, в отношении того, что ожидает их будущего ребенка и как ему своевременно и правильно оказывать необходимую помощь, если она потребуется.

Из-за того что шизофрения многолика и носители этой болезни не похожи друг на друга, многие психиатры стремятся более жестко определить ее границы, выделяя *ядерные* (истинные) *формы* этой болезни и отличая их от других форм, весьма условно относимых к шизофрении. Другие психиатры, напротив, расширяют границы этой болезни, относя к шизофрении все случаи нервно-психической патологии, при которых имеются симптомы, хотя бы внешне похожие на шизофрению. Сужение или расширение границ этой болезни связано, конечно, не со злым или добрым умыслом конкретных психиатров, а с тем, что проблема эта очень сложная, малоизученная и противоречивая, как и все проблемы, находящиеся на стыке биологического и социального в человеке.

Несмотря на то что в индустриально развитых странах тратится очень много средств на изучение причин шизофрении, динамики ее клинических форм и создание новых методов лечения, результаты пока что не соответствуют затраченным средствам, и к настоящему времени исследователи почти так же далеки от окончательного решения этой проблемы, как и в начале XX века, когда были заложены основы учения о шизофрении.

Большой вклад в раскрытие природы шизофрении внесли и советские психиатры (*Н. М. Жариков, М. С. Вроно* и другие), особенно те, которые занимаются биохимией психозов, изучением их биологического субстрата (*М. Е. Вартанян, С. Ф. Семенов, И. А. Полищук, В. Ф. Матвеев* и многие другие).

Большинство форм шизофрении не вызывается ни психическими потрясениями, ни травмами головы, ни алкоголизмом, ни какими-либо иными внешними воздействиями. Однако эти воздействия могут спровоцировать эту болезнь и усилить ее проявления. Поэтому вообще исключение бытового пьянства, снижение конфликтов, производственного травматизма, следование людей психогигиеническим принципам играет большую роль в профилактике этого заболевания.

Шизофрения шизофрении рознь, клинических форм этой болезни так много, а социальная адаптация нарушается при этих формах настолько по-разному, что психиатры очень часто оказываются в очень сложном положении, когда приходится решать экспертные и другие конкретно-социальные вопросы. Путеводной звездой в решении таких объективно сложных проблем является не только клиническое мастерство того или иного специалиста, но и его моральные принципы, понимание им особой ответственности, которая возлагается на него, стремление совместить интересы общества и интересы больного.

Раннее слабоумие — считали раньше. Раннее ли и обязательно ли слабоумие? — сомневаются сейчас. Мы специально вынесли эти слова в заголовок, чтобы читателю было ясно: взгляды ученых прошлого на шизофрению претерпели очень большие изменения. Крепелин был убежден, что шизофрения (он называл ее иным термином — «раннее слабоумие») обязательно начинается в детском и подростковом возрасте и почти неизменно приводит к распаду психики. Исследования последующих эпох показали, что оснований для подобного пессимизма нет никаких. Конечно, некоторые формы этой болезни протекают неблагоприятно, но большинство видов шизофрении ни к какому слабоумию не приводят. Единственно, в чем Крепелин был прав, так это в том, что шизофрения действительно почти всегда начинается в детском и подростковом возрасте. Такие дети обращают на себя внимание нелепым поведением, бесчисленными странностями, непонятными, вычурными интересами, парадоксальностью реакций на жизненные явления, нарушением контакта с окружающими. Подавляющее большинство из них немедленно госпитализируются в психиатрические лечебницы, а многие находятся в больницах весьма длительное время. После ребенка своевременно и правильно лечат, то симптоматика постепенно стихает, больной поправляется, хотя некоторые странности (порой в очень смягченной форме) могут еще сохраняться. Вся беда заключается не столько в наличии шизофрении, сколько в том, что, пока ребенок болен, его мозг функционирует вполсилы, ребенок не усваивает необходимую информацию, он мало умеет, хотя временами знает много. Потом болезнь проходит, а признаки отставания в интеллектуальном развитии уже выходят на первый план. Поэтому некоторые из таких пациентов кажутся не больными, перенесшими приступ шизофрении, а умственно отсталыми, т. е. олигофренами. Это явление выдающийся советский детский психиатр *Татьяна Павловна Симсон* (1892—1960) назвала «олигофреническим плюсом».

От искусства врача зависит, насколько верно он оценит соотношение признаков разрушения психики из-за шизофрении и отставания психического развития, из-за длительно текущего душевного заболевания. В некоторых случаях дети, страдающие шизофренией, вообще не учатся, другие занимаются по программе вспомогательной школы, третьи — их подавляющее большинство — посещают массовую школу. В тех случаях, когда признаки дезорганизации психической деятельности весьма заметны и мешают ребенку хорошо адаптироваться в школе, его переводят на индивидуальное обучение, т. е. он в школу не ходит, а к нему домой приходят педагоги. От одноклассников и учителей зависит, как больной будет заниматься в школе: если он будет в центре нездорового внимания, если школьники будут подсмеиваться над его чудачествами или — еще хуже — издеваться, то ребенок, перенесший шизофрению, вряд ли сможет посещать школу. Он в еще большей степени будет замыкаться в себе, конфликтовать с детьми, а это, как правило, усиливает имеющуюся у

него симптоматику. Бережное, доброжелательное отношение к такому школьнику, разумное чередование похвал и требований, стремление опираться на здоровые компоненты его психики — все это существенно помогает подобным пациентам, в результате чего они постепенно втягиваются в нормальный учебный процесс и со временем не уступают в учебе здоровым сверстникам.

Больные шизофренией нуждаются в длительном приеме *психотропных препаратов*, к которым относятся аминазин, трифтазин, галоперидол и многие другие. Это препараты безвредные, а если они и вызывают какие-либо побочные действия, то в таких случаях назначают лекарства, ликвидирующие их. Такие лекарства называются *корректорами*. К ним относятся циклодол, ромпаркин, паркопан и другие. Порой родители и даже педагоги советуют больным принимать корректоры: дескать, зачем принимать два лекарства, когда можно принять одно? Бывает иногда и хуже — больные вообще отказываются от приема лекарств по той причине, что, дескать, они вредны. Учителя должны твердо знать, что без лекарств больной шизофренией не выздоровеет, что чаще всего психотропные препараты принимаются с корректорами, и, наконец, вмешиваться в назначения медиков нельзя. Более того, педагог должен помогать врачу в излечении подобных детей и подростков: он обязан контролировать прием лекарств, его регулярность. А если педагог заметил, что состояние больного ухудшилось, он должен об этом поставить в известность врача (в первую очередь через родителей).

Иногда бывает и так: родители здоровых детей, боясь общения своих дочерей и сыновей с больным одноклассником, требуют, чтобы ему запретили посещать школу, — мол, он опасен для окружающих.

Тут нужно сразу же сказать, что больные, представляющие социальную опасность, как правило, изолируются в психиатрические больницы и в школу не ходят. Остальные больные шизофренией хотя и могут обращать на себя внимание некоторыми странностями, но от них другим детям практически не бывает никакого вреда. Поэтому бояться больных шизофренией другим детям не нужно: это почти всегда совершенно безобидные дети. Нужно помнить и то, что, только общаясь со здоровыми сверстниками, больной ребенок может научиться правильно себя вести, поэтому полностью изолировать их от здоровых нельзя, это будет неоправданно жестоко по отношению к ребенку.

Сплошь и рядом приходится слышать мнение, будто больные шизофренией — это почти всегда высокоодаренные дети, что талантливость и душевная болезнь идут рядом. Это слишком большое заблуждение, не имеющее под собою основы. Болезнь всегда разрушает талант (если он был), она не рождает одаренность, она делает интересы человека односторонними, нередко абсурдными, сужает круг потребностей личности, лишает способности воспринимать все многообразие мира. Еще не было в истории человечества ни одного гения, который, заболев шизофренией, стал бы более талантлив —

обычно все бывает наоборот, талант разрушается, дотоле яркие индивидуальности становятся серыми, одинаковыми, индивидуальность нивелируется.

Всякая болезнь (в том числе и шизофрения) — это всегда большое несчастье, но, как мы уже говорили, большинство больных шизофренией выздоравливают и хорошо приспособляются к школьным условиям. От их близких и родных, от учителей и одноклассников зависит темп этого приспособления: чем более щадяще и разумно относятся к таким детям, тем быстрее они забудут о своей болезни.

Главным симптомом шизофрении является *нарушение контактности*. Восстановить недостаточную контактность можно лишь в процессе контакта (контакт рождает контакт). Поэтому очень важно, чтобы педагоги все делали, чтобы уменьшить малую коммуникабельность этих пациентов. Им нужно давать посильные задания, помогающие улучшить контактность, привлекать к общественной деятельности, стараться заинтересовать их, использовать положительные свойства личности больных шизофренией. Все это уже входит в задачу педагога, а не медика.

«Священная болезнь». Второе заболевание, традиционно относимое к большой психиатрии, — *эпилепсия*.

Сколько существует человечество, столько же, наверное, и существуют люди, страдающие припадками с выключением сознания и подергиваниями различных групп мышц. С давних времен подобное расстройство называлось эпилепсией, «черной болезнью», падуцей и пр. (зарегистрировано около 30 синонимов). Гиппократ — один из первых, кто подробно описал ее, — называл эту болезнь «священной». Эту болезнь ожидала судьба всех болезней, которые изучаются психиатрами: границы ее стали постепенно сужаться за счет выявления расстройств, которые только внешне походили на эпилепсию, но на самом деле являлись лишь изолированными симптомами опухоли мозга, травм головы, воспалительных заболеваний нервной системы и пр. В настоящее время большинство ученых четко разграничивают эпилептическую болезнь и многочисленные *эпилептиформные синдромы* в рамках разнообразных расстройств мозговой деятельности. Эпилепсия может диагностироваться не столько при наличии судорожных припадков (встречаются и такие формы эпилептической болезни, которые протекают без судорожных припадков, либо с очень редкими припадками), сколько на основании специфических изменений личности пациента — таких, как чрезмерный и болезненный педантизм, вязкость поведения, аккуратность, поляриность эмоций, хмурый фон настроения и пр.

Истинная, т. е. классическая, эпилептическая болезнь встречается в жизни редко, ее проявления также меняются в зависимости от эпохи. 100 — 120 лет назад больных эпилепсией описывали в самых отрицательных тонах. Врачи вырабатывали целую систему ограничений для таких больных: им запрещалось служить в армии, управлять движущимися механизмами и пр. Однако в наше время,

когда проверили, действительно ли нужно так строго ограничивать больных эпилепсией в их трудовой деятельности, обнаружилось закономерности, которые никак не укладывались в традиционные представления об эпилепсии. Оказалось, что теперь реже, чем прежде, можно встретить больных эпилепсией, у которых имелись бы все те черты характера, которые описывались прежде. Подавляющее число больных эпилепсией — это вполне обычные люди, в характере которых лишь несколько гипертрофированы те свойства, которые имеются у большинства здоровых людей.

Эпилептиформные синдромы нуждаются в длительном лечении и прекращаются по мере излечения от основного заболевания. В детском возрасте подавляющее большинство больных с судорожными синдромами — это пациенты с остаточными явлениями раннего органического поражения головного мозга вследствие тяжелой беременности, патологических родов и истощающих заболеваний в первые годы жизни. Почти все болезни имеют свои истоки в детстве — это относится и к эпилепсии.

Иногда эпилептические (или эпилептиформные) припадки могут сочетаться с истерическими. Истерические расстройства обычно бывают у внушаемых людей, живущих богатой эмоциональной жизнью, заинтересованных в повышенной оценке со стороны других. Поэтому чаще всего они встречаются у женщин и детей, а у «сухих» людей, молчаливых, отгороженных, неспособных сопереживать окружающим, редки.

Психиатры довольно легко различают истерические и эпилептические припадки. Симулировать настоящие эпилептические приступы очень трудно, хотя некоторые люди утверждают, что это в общем легко, но требует очень большого искусства. В «Признаниях авантюриста Феликса Круля» Томас Манн описывает такой припадок, разыгранный симулянтom. Это описание очень точно и верно. В реальной жизни все это реализовать труднее.

Если эпилепсия не приводит к слабоумию, то такие дети учатся в массовой школе. При частых припадках их переводят на индивидуальное обучение. Как правило, учатся такие дети неплохо. Они усидчивы, добросовестны, исполнительны, трудолюбивы, послушны, причем эти черты порой выражены не в меру (здоровье — это всегда некая мера: если социально положительные или социально отрицательные свойства карикатурно заострены, то это почти всегда болезнь). Нарушают школьную адаптацию детей и подростков, больных эпилепсией, не столько припадки — в них в общем ничего страшного нет, они рано или поздно излечиваются, — сколько присутствующие больным эпилепсией повышенная конфликтность, обидчивость, злопамятность, мстительность. Эти черты могут быть выражены по-разному и нередко заметны лишь опытному врачу. Необходимо стремиться не провоцировать эту конфликтность, стараться успокоить больного. Это зависит во многом от одноклассников: иногда они обижают таких больных детей, подтрунивают над ними, даже зная об их повышенной ранимости, способности долго и мучи-

тельно переживать реальные и мнимые обиды. Чем хуже относятся к больному эпилепсией, чем больше выделяют его из-за его болезни, тем тяжелее протекает эпилепсия.

В некоторых случаях при эпилепсии нарушается память, но это бывает весьма редко, а если и бывает, то компенсируется педантичностью, аккуратностью и исполнительностью больных.

В истории человечества известно большое количество выдающихся людей, больных эпилепсией: Наполеон, Цезарь — перечисление здесь может быть большим. Стало быть, эпилепсия эпилепсии рознь: как и в случае с шизофренией, дело здесь не только в факте заболевания, а в темпе и типе течения. Лишь в редчайших случаях эпилепсия приводит к стойкой инвалидности. Чаще же всего от нее нет большого вреда, во всяком случае, дети могут обучаться в школе.

Допустим, у ребенка на занятии возник эпилептический припадок. Что делать в этом случае педагогу? Не терять присутствия духа, не впадать в панику, не суетиться. Нужно положить больного на бок, вложить ему в рот какой-нибудь твердый предмет, обмотанный тканью (чтобы больной во время припадка не прикусил язык), расстегнуть ворот рубашки и ремень. Не следует сдавливать конечности больного, стараться прекратить судороги. Единственно, что нужно делать, — чтобы больной во время припадка не ударился, не ушиб голову. Обычно после припадка больные эпилепсией долго спят, тут им не нужно мешать. Поэтому следует перенести больного в учительскую или в медпункт, посадить возле пациента медсестру. Потом ребенка необходимо отправить домой в сопровождении кого-нибудь из взрослых. Помимо больших припадков, бывают еще и малые приступы — без выраженных судорожных подергиваний, а с кратковременным отключением сознания. Тут тем более нет ничего страшного.

Эпилепсия лечится, как правило, годами и в конечном итоге — особенно в наши дни — почти всегда проходит, либо приступы становятся очень редкими. Лекарства следует принимать регулярно, в одни и те же часы. От педагога во многом зависит, насколько своевременно больной будет принимать препараты.

Больным эпилепсией строго-настрого запрещено ушибаться головой, поэтому они не должны играть в хоккей, футбол, заниматься каратэ, боксом и другими видами спорта, при которых неминуемы ушибы головы. Больным эпилепсией следует меньше употреблять жидкости, необходимо исключить из пищи все острое и возбуждающее, не находиться на жаре и в духоте. В выполнении этих врачебных рекомендаций также большая роль принадлежит учителям. У некоторых больных эпилепсией по утрам бывает тоскливо-злое настроение, именуемое *дисфорией*. Нередко припадки могут отсутствовать, а вся болезнь исчерпывается лишь прогрессирующими дисфориями. Если ребенок пришел на урок в дурном настроении, его лучше не вызывать к доске, следует подождать, пока настроение у него не выровняется.

К концу подросткового периода, когда постепенно уменьшается выраженность остаточных явлений раннего органического поражения головного мозга, эпилептиформные синдромы проходят. До взрослого возраста сохраняется в основном лишь истинная эпилепсия.

При воздействии на больных эпилепсией или различными эпилептиформными синдромами важная роль принадлежит воспитанию и психотерапии. Если у родителей достаточное терпение и любовь к своему больному ребенку, то в сочетании с правильно подобранными медикаментами можно гарантировать полный успех. Но, к сожалению, иногда у родителей опускаются руки, теряется терпение, они начинают меньше внимания уделять своим больным детям, а это все пагубно отражается на результатах лечения и на течении болезни.

Вообще судьба родных и близких, окружающих душевнобольного человека, заслуживает отдельной книги. Большинство этих людей — подвижники и герои. Живя с психически больным человеком, они все делают для того, чтобы близкий им человек выздоровел, и тем самым вызывают большое уважение за свой каждодневный труд. Педагог должен поддерживать у этих людей терпение, веру, силу духа.

Наследственные заболевания — это всегда большая драма не только для того, кто болен, но и для родственников, которые, сами будучи клинически здоровыми, являются передатчиками патологических генов, скрытых до поры до времени. В связи с этим могут возникать серьезные осложнения во внутрисемейных отношениях, когда один супруг начинает обвинять другого в том, что тот виноват в болезни их ребенка. На этой же почве встречаются попытки к самоубийству и разводы. Например, у некоторых женщин — носительниц патологического гена гемофилии (плохая свертываемость крови), — когда у них рождается больной гемофилией сын, возникают тяжелые депрессии с идеями самообвинения и попытками к самоубийству. Французский психиатр Л. Моор приводит даже цифру — 14—28% — такова частота подобных реакций женщин на свою болезнь. При заболевании ребенка фенилкетонурией супруги расходятся, по данным этого же автора, примерно в 75% случаев.

Фенилкетонурия — сложное наследственное нарушение обмена веществ — бывает, например, если ребенок рождается от мужчины и женщины, каждый из которых, будучи здоровым, является тем не менее носителем патологического гена, так что когда эти патологические гены встречаются вместе, возникает болезнь, сочетающаяся иногда со слабоумием (вот пример необходимости генетической консультации людей, вступающих в брак!). Часто первый ребенок еще здоров, а у последующих уже имеется все нарастающая патология. Современная медицина быстро диагностирует это заболевание и довольно успешно лечит его с помощью специальной диеты. Многие такие дети потом ничем не отличаются от обычных сверстников. Но можно представить, какие душевные драмы бывают у родителей таких детей и сколько благородства и совести им надо, чтобы в

такой сложной ситуации повести себя как подобает человеку! Вот тут-то педагог и должен посочувствовать и помочь им.

«Феномен Достоевского». Иногда ученики спрашивают учителя литературы о душевной болезни Достоевского. Делать вид, будто писатель не болел эпилепсией, нелепо, закрывать на это глаза не стоит.

Определенные обстоятельства накладывают существенный отпечаток на душевную болезнь. Творчество Достоевского отразило в этом смысле не столько индивидуальные искания одного из больных, сколько весь богатейший мир, которым жила целая эпоха.

Учитель литературы может сказать, что громадная литературная одаренность писателя, его неустанные поиски истины (не имевшие к эпилепсии никакого отношения) сблизили его мировосприятие с мировосприятием душевно здоровых гениев.

Таким образом, сказав, что Достоевский, как и многие другие люди, обнаруживал психические отклонения, учитель скажет правду. Отметим, что в его произведениях звучат темы, так или иначе близкие к психопатологии, мы тоже скажем правду. Но это не вся правда и не самая главная правда.

Истина прежде всего заключается в том, что Достоевский был гениальным писателем, который изобразил сложный, дисгармоничный и несовершенный мир. Психическим заболеванием нельзя объяснить ни появление таланта Достоевского, ни его литературный путь, ни систему нравственных ценностей, ни многое другое, что не касается психиатрии. Жизнь Достоевского — это героическая борьба со своей болезнью, это бесконечное стремление преодолеть ее пагубное воздействие.

Всякая душевная болезнь разрушает личность (а талант тем более). Феномен же Достоевского заключается еще и в том, что к концу жизни талант писателя как бы переборол болезнь мозга и в результате этой победы в его произведениях уменьшились повторы, болезненная детализация и другие признаки психической патологии, так раздражающие неискушенного читателя. Учитель может сравнить в этом отношении «Братьев Карамазовых» и повести 1840-х годов — они различны по стилю.

Часто упоминают слова Эйнштейна о том, что две страницы Достоевского дают ему больше, чем все книги математика Гаусса, вместе взятые. Думая о Достоевском, всегда вспоминаются слова из гоголевских «Арабесок»: «Это был художник, каких мало, одно из тех чуд, которых извергает из непочатого своего лона одна только Русь».

Таким образом, не душевная болезнь породила «феномен Достоевского», а его сложная личность, в которой, конечно, отразились некоторые ее черты, но не они были решающими. Личность Достоевского ни в коем случае не исчерпывается этими свойствами.

НЕ В НОГУ СО СВЕРСТНИКАМИ (О ЗАДЕРЖКАХ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ)

Нищие духом. Французский психиатр Эрнест Шарль Ласе (1816—1883) говорил, что бывают люди с рождения бедные духом (это врожденное слабоумие), а есть личности, родившиеся богачами, но в процессе жизни растерявшие свое духовное богатство (приобретенное слабоумие). В 1915 году Крепелин назвал врожденное слабоумие *олигофренией* (в переводе с латинского — малоумие).

Из всех видов слабоумия олигофрения — самое частое расстройство. У абсолютного большинства олигофренов имеется легкая степень слабоумия, именуемая *дебильностью*. Самая выраженная степень умственной отсталости называется *идиотией*. Промежуточное место между идиотией и дебильностью занимает *имбецильность*. Она встречается примерно в 5—6 раз чаще, чем идиотия. При олигофрении в степени идиотии пациент, как правило, определяется в учреждение социального обеспечения. Подобная судьба ожидает и большинство имбецилов. Лишь в редких случаях имбецилы обучаются в специальных классах вспомогательных школ или учатся на дому, к сожалению, подавляющее большинство из них необучаемы даже по программе вспомогательной школы.

Структура интеллектуального дефекта у олигофренов различна, но общим является большая или меньшая неспособность к абстрактному мышлению — даже легкие степени олигофрении становятся заметными (особенно при все усиливающемся усложнении школьных программ), когда ребенок идет в школу. Проучившись в первом классе обычной школы и обнаружив там свою несостоятельность, дебил переводится во вспомогательную школу.

6—8% случаев олигофрении вызваны наследственными факторами, остальные — патологией беременности, родов и болезнями в первые годы жизни ребенка. При все улучшающемся медицинском обслуживании населения, при почти полной ликвидации инфекционных заболеваний, при резком увеличении числа препаратов, спасающих от гриппа, простуды и других расстройств, опасность теперь заключается в том, что во время беременности женщины курят, употребляют алкоголь, принимают лекарства — вот это и есть главная причина врожденного слабоумия в наше время.

Но далеко не все причины олигофрении известны. Как показано в работах Л. А. Булаховой, Д. Н. Исаева, Е. С. Иванова и других лишь примерно в 25—30% можно говорить о точной причине малоумия, во всех остальных случаях причины пока не выявляются. Поэтому во всех странах этой проблемой занимаются множество ученых: педагогов-дефектологов, невропатологов, физиологов, педиатров и, конечно, детских психиатров.

Олигофрении быстрее всего выявляются в 6—8-летнем возрасте (пошел в школу!) и в 15—17 лет (решение вопроса о возможности службы в армии). В более поздние возрастные периоды число олигофренов, поставленных на учет у психиатра, резко уменьшается.

Бывают такие ситуации, когда по разным причинам дебила вовремя не перевели во вспомогательную школу, и он продолжает учиться в массовой школе. К VI—VII классу его интеллектуальная несостоятельность становится очевидной, даже если дебильность была и не очень выражена. Что делать? Переводить во вспомогательную школу уже поздно. Приходится обучать такого школьника индивидуально или приучать к ремеслу.

Деменция, т. е. приобретенное слабоумие вследствие воспалений и ушибов мозга и других грубых органических вредностей позже 2—3-летнего возраста, требует такого же подхода, как и при соответствующих степенях олигофрении.

Еще чаще, чем олигофрения, встречается одно расстройство, истинная распространенность которого пока еще совершенно не изучена. Медики выявляют лишь самые грубые формы этой патологии. Легкие же формы, встречающиеся наиболее часто, регистрируются относительно редко. Речь идет о *задержках психического развития*. Вызываются они разными факторами, бывают по-разному выражены, некоторые задержки психического развития временны, легко обратимы, другие — постоянны, выражены, с трудом отграничиваются от врожденного малолумия. Остановимся на некоторых их механизмах более подробно.

Тайна Каспара Хаузера.

В мае 1828 года на нюрнбергской улице был обнаружен странный молодой человек, который держал в руке записку, адресованную офицеру драгунского эскадрона, квартировавшего в городе. В записке указывалось, что податель ее родился 30 апреля 1812 года и что он может быть хорошим солдатом. Обращало на себя внимание необычное поведение юноши. Он не говорил ничего, кроме трех фраз: «Хочу быть солдатом, как отец», «Не знаю» и «Лошадиный дом». Произносил он их так чудно, будто лишь недавно выучил эти слова. Порой казалось, что юноша говорит с иностранным акцентом. Иных слов он не знал и в ответ на любое обращение мычал или, что чаще, молчал. Юноша не употреблял иной пищи, кроме воды и хлеба. Складывалось впечатление, что он привык только к этой пище и о другой не имеет понятия. Было обнаружено, что он хорошо видит в темноте, но плохо — при ясном свете (будто привык жить лишь во мраке). Когда юноше дали карандаш и бумагу, он стал что-то рисовать и писать, но разобрать толком можно было только два слова «Каспар Хаузер». Решили, что это его имя, однако он никак не реагировал на это обращение. Из записки вытекало также, что он один из десяти детей некоего бедного человека и что 16 лет он провел в полной изоляции от людей, ничего не слыша, не видя, не получая никакой информации из окружающего мира.

У Каспара было множество нарушений, обусловленных тем, что он длительное время находился в тесном помещении и большую часть времени лежал на соломе. Его ноги были искривлены, он был очень неуклюж, его движения были неkoordinированны. Ступни ног юноши были мягкими, как у младенца: так бывает, если человек почти не ходит. Со временем он стал много двигаться, но так и не смог научиться ходить как нормальный человек.

Многие нюрнбергцы стали предполагать, что юноша — идиот, покинутый своими несчастными родителями, потерявшими терпение или не имевшими средств воспитывать психически неполноценного сына. Однако чем больше Каспар жил среди людей, тем быстрее он обретал человеческие навыки. У него была феноменальная память, он обладал сообразительностью и любознательностью. Юноша относительно легко усваивал получаемую информацию и использовал ее соответственно назначению.

Жители Нюрнберга объявили его приемным ребенком города и передали юношу на воспитание доктору Георгу Даумеру. Тот наблюдал за ним, учил его человеческим действиям, многое рассказывал Каспару, стремясь, чтобы юноша как-то

наверстал упущенное и сравнился со своими здоровыми сверстниками. В то же время ученый пытался узнать что-нибудь новое, проливающее свет на происхождение найденыша. Поскольку жителей города особенно интересовало происхождение мальчика (ходили слухи, что Каспар незаконный сын племянницы Наполеона, баварского герцога или других вельмож), нюрнбергский магистрат периодически извещал жителей о тех новых сведениях, которые удавалось получить от юноши. В одно из официальных бюллетеней писалось следующее: «Он не знает, кто он такой и откуда пришел, ибо только в Нюрнберге увидел божий свет. Он все время жил в какой-то лачуге, где сидел на охапке соломы, брошенной на землю. Он никогда не слышал ни звуков жизни, не видел солнечного света. Он пробуждался, засыпал снова пробуждался. Когда он пробуждался, он находил возле ломоть хлеба и ковшик воды. Иногда вода казалась ему горькой, и тогда он вновь засыпал, а когда просыпался, то обнаруживал себя в чистой рубашке. Но он никогда не видел человека, который приходил к нему. Игрушками ему служили две деревянные лошадки и несколько ленточек. Он никогда не болел, никогда не чувствовал себя несчастным. Только однажды тот человек ударил его из-за того, что он слишком шумно возился со своими игрушками. Однажды человек пришел в лачугу и положил ему на колени доску, на доске лежало что-то белое, человек, вложив пальцы мальчика карандаш, стал водить им по белому и рисовать черные знаки. Так человек проделал несколько раз, а когда он ушел, Каспар сам попробовал изобразить то, что рисовал его рукой человек. Потом человек научил его стоять и ходить и, наконец, взял его из лачуги. Что произошло потом, Каспар не знает, он только помнит, что оказался в Нюрнберге с письмом в руке».

В течение нескольких лет доктор Даумер, доктор Иоганн Ансельм фон Фейербах (отец великого философа) и другие ученые и образованные жители Нюрнберга пытались научить Каспара читать и писать. Это им удалось. Со временем Каспар стал хорошо говорить и понимать обращенную к нему речь. Но многое в его поведении оставалось странным, хотя теперь всем уже было видно, что это не идиот. Более того, Каспар объявил, что намерен написать автобиографию. После этого произошло событие столь же таинственное, как и необъяснимое: на Каспара был совершено нападение. Некий человек, по словам юноши, «с черным лицом» напал на него, ударил ножом в лоб. Каспар остался жив, хотя и потерял много крови. Нюрнбергскому магистрату стало ясно, что кто-то, наверное, заинтересован в том, чтобы Каспар не выболтал нечто важного. К нему приставили двух телохранителей и разрешили проживающему в этих местах лорду Филиппу Стенхопу усыновить Каспара — тот в свою очередь переехал с юношей в город Ансбах, где поселил своего приемного сына у врача-психиатра доктора Майера. Последний пришел к выводу, что у Каспара ум восьмилетнего ребенка.

Каспар стремился в Нюрнберг, но его желанию не удалось сбыться: вечером 17 декабря 1838 года, когда Каспар находился в городском саду, его кто-то зарезал.

Рана оказалась серьезной, и через три дня юноша умер. Перед смертью он рассказал, что незнакомец якобы предложил ему рассказать о тайне его рождения, увел его в городской сад и там ударил ножом в грудь. Вряд ли тайна его рождения может быть раскрыта по истечении такого продолжительного времени. Тем более что в конце второй мировой войны большая часть архивных документов, касающихся Каспара Хаузера, была уничтожена во время одной из бомбардировок Нюрнберга.

Кем был Каспар Хаузер с точки зрения медицины? Большим шизофреником, олигофреником? Или у него была задержка психического развития, вызванная длительной изоляцией от человеческого общества?

В Индии существует следующая легенда. В XV веке при дворе падишаха Акбара возник спор между учеными. Одни говорили, что сын китайца безо всякого обучения заговорит по-китайски, сын араба — по-арабски и т. д. Другие утверждали, что дети будут говорить на том языке, которому их обучат, и что национальная их принадлежность

в этом смысле не имеет никакого значения. Падишах разрешил этот спор таким образом. Он велел поместить новорожденных, происходящих от разных национальностей, в комнату, до которой бы не доходили звуки человеческого голоса. За детьми ухаживали люди с отрезанными языками; ключ от комнаты, в которой находились дети, Акбар носил у себя на груди и т. д. Так прошло 7 лет. Через 7 лет комнату вскрыли, и вместо человеческой речи (да еще на разных языках) ученые услышали нечленораздельные звуки, бляенье, мяуканье, лай и пр. Эти дети не только не говорили ни на одном языке, но даже вообще не имели человеческой речи. Они были глубоко слабоумны.

Но длительная изоляция от человеческого общества — редкая и уж тем более не единственная причина задержки психического развития (не в такой, конечно, глубокой степени, как у Каспара Хаузера или Маугли). Чаще всего причинами этой патологии являются длительные болезни, когда ребенок оторван от сверстников. С подобным ребенком нужно особенно много заниматься. А это задача педагогов. Если задержка психического развития весьма заметна и ребенок не успевает в массовой школе, его следует перевести не во вспомогательную школу и не на индивидуальное обучение, а в класс для детей с задержками развития.

Всемогущая депривация. В 1963 году в Праге вышла монография «Психическая депривация в детском возрасте» (в 1984 году она издана в Праге и на русском языке). Ее авторы — Йозеф Лангмейер и Зденек Матейчек — обобщили собственные и литературные данные по проблеме, которая особенно стала волновать ученых в последние 40—50 лет. Она находится на стыке медицины, педагогики, психологии. Это проблема депривации. Что это такое?

Термин *депривация* обозначает состояние недостаточного удовлетворения какой-либо важной психологической потребности. По аналогии с недостатком питания некоторые авторы говорят о психическом голодании как о синониме психической депривации.

Выделяют три основных варианта психической депривации: *эмоциональная*, или *аффективная*, *социальная* и *сенсорная*. По степени выраженности депривация может быть *полной* и *частичной*.

Й. Лангмейер и З. Матейчек подчеркивают некоторую условность и относительность понятия психической депривации — ведь существуют культуры, в которых считается нормой то, что будет аномалией в другой культурной среде. Помимо этого, конечно, встречаются случаи депривации, имеющие абсолютный характер (например, дети, воспитывающиеся в ситуации Маугли).

Помимо самой депривации, выделяется еще ряд терминов, связанных с этим явлением. *Депривационной ситуацией* именуется такие обстоятельства жизни ребенка, когда отсутствует возможность удовлетворения важных психических потребностей. Различные дети, подвергаемые одной и той же депривационной ситуации, будут вести себя различно и вынесут из этого разные последствия, ибо у них разная конституция и различное предшествующее развитие

Например, *изоляция* — один из вариантов депривационной ситуации. И. Лангмейер и З. Матейчек выделяют также термин *последствия депривации* («депривационное поражение»), которым они называют внешние проявления результатов депривации, т. е. поведение ребенка, находившегося в депривационной ситуации. Если ребенок уже однажды побывал в депривационной ситуации, но это к счастью, было недолго и не привело к грубым психическим отклонениям, то говорят о *депривационном опыте* ребенка, после которого он будет более закаленным или, к сожалению, более чувствительным.

Фрустрация, т. е. переживание досады и т. п. из-за блокады потребности, — это не депривация, а более частное понятие, могущее войти в общее понятие депривации. Если у ребенка отнимают, например, игрушку, ребенок может находиться в состоянии фрустрации (к тому же обычно временной). Если же ему вообще не дают играть длительное время, то это будет депривацией, хотя фрустрации уже нет. Если ребенок в двухлетнем возрасте был разлучен с родителями и помещен в больницу, то на это он может дать реакцию фрустрации. Если же он остался в больнице год, да еще в одном и том же помещении, без посещения его родителями, без прогулок, без получения нужной сенсорной, эмоциональной и социальной информации, то у него могут появиться состояния, относимые к кругу депривационных.

Депривация — это не педагогическая запущенность. Последняя есть результат плохого воспитания, не нарушающего психического развитие ребенка.

Случаи крайней социальной изоляции могут привести к искажению и задержке психического развития лишь детей более или менее старшего возраста, способных уже — как Робинзон Крузо — обеспечить себе какое-то существование и выжить в тяжелых условиях. Другое дело, когда речь идет о маленьких детях или о грудных, — они обычно не выживают, лишившись человеческого общества, его заботы. Тут можно выделить три основных типа детей, с раннего детства живших в условиях полной социальной изоляции: 1) одичавшие дети, которые сами убежали или которых бросили в безлюдной местности и там они самостоятельно выжили; 2) «волчьи» дети, которые были потеряны или похищены и выжили в «обществе» домашних или диких животных; 3) дети, которых люди только кормили, в остальном же они были изолированы от человеческого общества преступными или умалишенными родителями.

От социальной изоляции отграничивают *сепарацию*. Под последней чехословацкие исследователи понимают не только болезненное отделение ребенка от матери, но и всякое прекращение специфической связи между ребенком и его социальной средой. Сепарация может быть внезапной и постепенной, полной или частичной, короткой и длительной. Сепарация — результат нарушения взаимного контакта, она отражается не только на ребенке, но и на родителях. У последних возникают тревожность и т. п. Если сепарация длится долго, то она переходит в социальную изоляцию. Сепарация имеет боль-

шее значение для развития в ребенке определенных социальных установок. Еще в 1946 году английский ученый *Боулби* опубликовал сравнительные данные о развитии 44 несовершеннолетних воров и такой же группы несовершеннолетних, но без антисоциальных тенденций. Оказалось, что у правонарушителей сепарация в детстве встречалась во много раз чаще, чем у их сверстников без правонарушений. Боулби считает, что сепарация затрагивает прежде всего этическое развитие личности и формирование в ребенке нормального чувства тревоги.

Как же выглядят сепарационные реакции? В первую очередь тут следует отметить так называемую *анаклитическую депрессию*, описанную американским ученым *Аленом Рене Шпицом* (1887—1975), внесшим большой вклад в развитие учения о психической депривации. Анаклитическая депрессия обычно возникает в возрасте 4—11 месяцев спустя 4—6 недель после сепарации. Анаклитическая депрессия формируется не во всех случаях сепарации. Появится ли она или нет, это зависит, полагает Шпиц, от факта получения ребенком пригодной замены матери, а также от того, какими были отношения между ребенком и матерью до сепарации. Ребенок со слишком интенсивной связью с матерью переносит разлуку намного хуже, чем ребенок с поверхностной связью. Анаклитическая депрессия, проявляющаяся в нарастании безразличия ребенка, ухода в себя, утраты интереса к окружению и т. д., часто остается нераспознанной.

С середины XIX столетия и до 30-х годов XX века исследователи много внимания уделяли анализу развития детей в детских приютах, считая эту модель наиболее совершенной для понимания причин депривации. Смертность в приютах колебалась от 50—60% до 97%. Причины смертности и аномального развития сложно переплетались, причем зачастую расчленить неблагоприятные социально-психологические факторы и биологические не всегда можно. Даже если дети и начинали своевременно ходить и говорить, то все равно очень часто страдали их любознательность и предприимчивость. Именно в это время появился лозунг, в заостренной форме выразивший мнение многих ученых: «лучше плохая семья, чем самое лучшее детское учреждение». С 30-х годов XX столетия была предпринята попытка пересмотреть этот вывод. Было показано, что улучшение работы детских учреждений приводит к уменьшению вероятности грубых форм психической депривации. Однако создать идеальное учреждение для детей трудно, если вообще возможно.

Исследователи сравнивали развитие детей из дневных яслей и с постоянным пребыванием. Развитие детей из дневных яслей было значительно лучшим, чем развитие детей, постоянно находившихся вне матери. Состояние ребенка нельзя обеспечить только лишь обучением говорить, ходить и т. п. Ведь в семье ребенка часто специально не учат ходить и говорить, он учится самостоятельно, живя со своими родителями совместной ежедневной жизнью, подражая тем, кого любит.

Особое место в книге коллег из ЧССР занимает описание развития детей, с раннего детства находившихся в экстремальных ситуациях. В частности, разбирается психическое развитие эвакуированных детей, детей, попадавших под массированную бомбежку, и т. д. Как правило, тяжелый острый травматизм во время военных действий не вызывает таких глубоких и стойких отрицательных последствий, как хронические психические лишения и изоляция. Уверенность, которую дает ребенку присутствие родителей, уравнивает, по-видимому, в значительной мере экстремальные потрясения, вызванные войной. Однако судьба детей, переживших длительное пребывание в нацистских лагерях уничтожения, была трагической. Авторы приводят подробные литературные и собственные данные о динамике психических изменений у этих детей. Последние были как бы поделены на 2 группы: грудные дети и дети 1—3-летнего возраста составляли одну группу, а более старшие — вторую. У маленьких детей отмечались явные признаки грубой задержки психофизического развития. У старших же детей регистрировались в основном нарушения поведения. Последние заключались в подозрительном и негативном отношении ко всем окружающим. Такие дети, даже включая детей из наиболее благополучных семей, быстро опускались: крали, обманывали, не считались с интересами даже членов своих семей. Мстительность, гнев, желание любой ценой спасти себя, отреагировать на первых попавшихся людях перенесенные унижения, драчливость, недоверие к людям, стремившихся как-то помочь им, — все это было характерно для этих детей. После освобождения из концлагерей детей направляли в специальные дома для реадaptации. Маленькие дети, попавшие в эти учреждения, были крайне раздражительны, бесцельно бегали, визжали, все рвали и уничтожали. Что касается их развития, то оно было всесторонне задержанным: дети не умели есть, не соблюдали чистоты тела, не умели играть. Они были небольшого роста, большая их часть вообще не говорила, задержка умственного развития большинства соответствовала олигофрении в степени дебильности. Процесс социализации детей из концентрационных лагерей продвигался очень медленно. После помещения в детский дом с индивидуальной заботой семейного типа они сначала вели себя по отношению ко всем людям отрицательно, лишь потом сживались, причем помогало им то, что они воспитывались совместно. Долго проявлялись нарушения в области чувств: панический страх перед животными, беспрестанная боязнь, что кто-нибудь отберет у них еду, игрушки, тревожность при появлении незнакомых людей, явное недоверие к окружающим. По истечении 2—3 месяцев индивидуальной работы с ними большинство детей социализировались. Тем не менее у них еще долгое время имелась повышенная потребность в проявлениях любви со стороны окружающих. Так, например, общим явлением было преувеличение физических жалоб, посредством чего дети обеспечивали себе повышенное индивидуальное внимание. Для многих детей представляло желанную цель пребывание в изоляторе с особой, специально

прикрепленной к ним сестрой. Все эти сложные психологические переживания обнаруживали себя в рисунках, стихотворениях, рассказах детей. Подобные дети куда больше страдали от потери семей и родного очага, чем от физических лишений.

Чехословацкие исследователи приводят данные о воспитании детей в семьях бразильских индейцев, в африканских странах и т. д., приходя к выводу о том, что в тех условиях психическая депривация встречается реже. Объясняется это тем, что дети больше времени проводят с матерью, что воспитанием детей занимаются все члены семьи и даже племени. Безусловно, это приводит к ускоренному двигательному развитию новорожденных, к большому развитию практических навыков. Удивительно то, что это происходит в отсутствие каких-либо игрушек. Большинство исследователей связывают это с тем, что такие дети первые 2—3 года жизни проводят за спиной матери, будучи вынужденными повторять все те движения, которые делает мать.

Одинаковые депривационные условия различно действуют на детей различного возраста. С возрастом меняются потребности ребенка, а также восприимчивость к их недостаточному удовлетворению. С годами ребенок становится более зрелым и выносливым в отношении разлуки с матерью, но тут уже большую роль начинает играть наличие других родственников (бабушек особенно). Наличие матери еще не уничтожает возможность семейной депривации. Если нет частого и длительного общения с социально положительными родственниками, то у ребенка — особенно у мальчика — могут возникнуть трудности поведения. Порой отсутствие отца становится более заметным, нежели отсутствие матери.

Что необходимо для предупреждения депривации? Необходимо, чтобы к детям поступали разнообразные стимулы из внешней среды в надлежащем количестве и качестве.

Необходимо, чтобы ребенку были обеспечены условия для учения уже на самом элементарном уровне.

Необходимо создать условия для развития положительных, стойких взаимоотношений между ребенком и его первыми воспитателями, средой его дома и, наконец, более широкой общественной и предметной обстановкой. Все используемые для воспитания ребенка приемы должны быть эмоционально окрашены, пробуждать в нем чувство радости и спокойной уверенности в общении с другими людьми — сверстниками и взрослыми.

Необходимо облегчить ребенку включение в общество (например, в специальной игре) для того, чтобы он мог усвоить адекватные социальные роли, обуславливающие впоследствии возможности «взрослой» общественной жизни.

Без просвещения широких масс родителей и педагогов достигнуть этого невозможно. Многие из аспектов предупреждения психической депривации выходят за пределы педагогики и психологии, но задача в том, чтобы привлечь к этой проблеме многочисленные и разнообразные общественные институты.

Отчего бывают задержки психического развития? В конце XX столетия акценты в причинах задержек психического и речевого развития переменялись. Если прежде основную роль в возникновении задержек развития играли недостаточное и несвоевременное поступление социальной информации, то в наше время подобный фактор встречается редко.

Чем больше информации имеют дети, тем, казалось бы, реже должны встречаться задержки в речевом и психическом развитии, но этого не происходит. Почему? Может быть, виной этому постоянно усложняющиеся школьные программы, выявляющие детей, неспособных их усвоить? Но ведь подавляющее большинство школьников эти программы усваивают.

Канули в Лету многодетные семьи, когда у родителей не доходили руки до занятий с детьми. Скорее наоборот: никогда за всю историю человечества родители не уделяли так много внимания детям, как в наше время.

И тем не менее встречается много школьников с задержками психического развития.

В литовском городе Шяуляе было проведено любопытное исследование. Его автор — местный детский психиатр *Пранас Пранович Улба*. С помощью математических методов он проанализировал причины задержек психического развития у школьников своего города, сравнив полученные результаты с аналогичными данными, касающимися детей, хорошо успевающих в школе.

Обнаружилось, что главными причинами задержек психического развития были не социальные факторы, а биологические механизмы: патология беременности, ненормальные роды, частые болезни в первые годы жизни.

Будучи с рождения маловыносливыми, эти дети не могли своевременно усвоить тот объем информации (далеко не чрезмерный), который им давали родители. Вся беда заключалась в том, что до 7—8-летнего возраста эти дети практически не наблюдались у детского психиатра и шли к нему лишь после того, как у них уже диагностировалось отставание в умственном развитии, т. е. с 7—8-летнего возраста.

Если бы такие дети — с повышенным риском замедления психического развития — обращались к специалисту задолго до поступления в школу, то многих из них к этому времени можно было бы полностью излечить от последствий рано приобретенной неполноценности головного мозга и в школе они бы уже не числились среди неуспевающих учащихся, да к тому же и с задержкой психического развития.

Тут следует отметить, что неуспеваемость и задержка психического развития — ни в коем случае не синонимы. Школьники плохо учатся по многим причинам — естественно, что врачи рассказывают лишь о медицинских сторонах этой проблемы, оставляя в стороне то, что к медицине не имеет прямого отношения.

Одна из причин школьной неуспеваемости.

Мальчик родился от беременности, протекавшей с сильной рвотой, отеками, головными болями. В конце беременности мать перенесла тяжелое простудное заболевание, принимала много лекарств. Художница по профессии, она до последнего дня беременности вела светскую жизнь, много работала, курила и не отказывалась от рюмки вина. «Я же свободная женщина, не хочу, чтобы беременность лишала меня свободы»,— говорила она.

Раннее развитие ребенка было своевременным, но он много болел. Во время болезни (и особенно при высокой температуре) у него начинался бред и галлюцинации, он плохо засыпал, испытывал страхи, что-то видел, куда-то в ужасе бежал, иногда возникали судорожные подергивания мышц рук и ног. С 3—4-летнего возраста эти явления стали проходить, но мать заметила, что ребенок плохо переносит жару, духоту, езду в транспорте, быстро устает, не выдерживает даже незначительного психического и физического напряжения. Если ребенок простужался, то болезнь протекала длительно, потом он никак не мог прийти в себя, становился еще более утомляемым и вялым.

Мальчик был повышенно суетлив, несобран, раздражителен, плаксив. Все это стало особенно заметным, когда он пошел в школу: быстро уставал, к концу урока плохо соображал, становился непоседлив. Продуктивность его была неравномерной: если он не уставал, то учился хорошо, все интеллектуальные процессы у него были нормальными, память не страдала. Но стоило ребенку утомиться, не отдохнуть, как он плохо усваивал новое, с трудом запоминал, становился неусидчивым и несосредоточенным, внимание его рассеивалось. Мать заметила также, что если сын днем не поспит или слишком поздно ложится спать вечером, все эти явления усиливаются, он «встает с левой ноги», даже бывает драчлив. Был двигательным, неуклюж, из-за этого часто становился мишенью насмешек со стороны сверстников. Обидчивый и вспыльчивый, он в ответ на легкие обиды и иронию начинал драться. Во время этих драк ему доставалось больше всех: однажды, например, его толкнули, он упал и ушиб голову. В больнице он пробыл неделю в связи с сотрясением мозга, кружилась и болела голова, несколько раз была рвота, постоянно чувствовал себя уставшим. Потом эти явления уменьшились.

Учился мальчик все хуже и хуже. Это стало очевидным в IV классе, когда нагрузка возросла и мальчик, помимо занятий в общеобразовательной школе, стал дополнительно учить иностранный язык (по инициативе матери, мечтавшей, чтобы сын говорил по-английски). В связи со всем-этим его направили на консультацию к врачу. Ребенку было назначено соответствующее лечение, даны лечебно-педагогические рекомендации, которые неукоснительно выполнялись, и через 2 года мальчик был совершенно здоров.

У него был *церебрастенический синдром* (от *церебро* — мозг, *астения* — слабость), обусловленный органическим поражением головного мозга за счет патологии беременности и последующего сотрясения мозга.

Проявления церебрастенического синдрома зависят не только от причины (их может быть много), но и от времени возникновения дефекта мозга. Признаки болезни меньше зависят от психических причин, а усиливаются от езды в транспорте, от физического переутомления, от соматических заболеваний. Такие дети жалуются на сильные головные боли, на то, что их укачивает в транспорте, они плохо переносят жару и духоту, быстро утомляются. У некоторых нарушается сон: у одних он чрезмерно глубокий (из-за этого больные, например, не просыпаются во время позыва на мочеиспускание), у других сон очень поверхностный с множеством сновидений, отражающих ту информацию, которую ребенок получил днем. Настроение

обычно неровное: при утомлении дети плаксивы, раздражительны, вспыльчивы; когда отдохнут, слишком веселы, беззаботны. Неравномерная интеллектуальная продуктивность очень типична для них: дети хуже отвечают в конце уроков, чем в начале, хуже отвечают на последнем уроке, чем на первом. Рекомендуется дневной сон, не следует вечером пить слишком много жидкости, питание должно включать больше витаминов, соков, рекомендуется преобладание молочно-растительной диеты. Следует избегать переохлаждения и перегревания, длительного пребывания в душном помещении, в транспорте. Необходимо ходить в головном уборе (у таких детей часто бывают тепловые удары, обмороки при перегревании).

Важную роль играют не только медикаменты и правильный режим дня, но и лечебная педагогика. Таких детей следует спрашивать не на последних уроках, а на первых, не в конце урока, а в начале. Нельзя заставлять детей с церебрастеническим синдромом беспрерывно долго заниматься, необходимо устраивать перерывы, ибо, чем больше занимается такой человек, тем ниже его продуктивность. Необходимо освобождать их от излишних нагрузок (занятий в специализированных классах с языковым или художественным уклоном, большая общественная работа и пр.). Все эти мероприятия особенно важны в первые школьные годы. Щадящего же режима следует придерживаться с первых лет жизни ребенка.

Валерий Николаевич Кузнецов и многие другие ученые убедительно показали, что церебрастения (как и многие другие признаки остаточных явлений органического поражения головного мозга) с годами постепенно уменьшается, а затем и вовсе исчезает. Это связано с большими компенсаторными возможностями развивающегося человеческого мозга. В тех случаях, когда не было дополнительных мозговых инфекций и травм, обычно наступает полная компенсация, она зависит от возраста ребенка и от своевременно начатого лечения. Как правило, компенсация заканчивается к 9—10-летнему возрасту, хотя отдельные болезненные признаки (например, склонность к укачиванию во время езды в транспорте) могут сохраняться на долгие годы.

Беда ребенка с церебрастенией в том, что она может predispose его к снижению успеваемости, к неврозам, патологическим формированиям личности и другим расстройствам. Пугливые, внушаемые, быстро утомляющиеся дети с церебрастенией легче поддаются воздействию неблагоприятных ситуаций, чем здоровые дети. Именно поэтому у детей с остаточными явлениями органического поражения головного мозга часто возникают реакции страха, протеста, они легче подражают антисоциальному поведению, у них чаще бывает задержка психического развития.

14-летний подросток, у которого с раннего детства был церебрастенический синдром, жил в тяжелых условиях: отец пьянствовал, скандалил, выгонял сына из дома. Мальчик большую часть времени проводил в обществе детей с трудным поведением, тяжело переживал не только безобразное поведение и пьянство отца, но и то, что сам он был физически слаб, быстро уставал, не мог наравне со здоровыми детьми бегать и играть. В нем развивалось чувство своей неполноценности. Из-за

скандалов дома и отсутствия элементарных условий ученик не мог регулярно готовить уроки, лечиться, не имел возможности даже выспаться, не мог нормально отдыхать. И без того чрезмерно раздражительный и вспыльчивый, он стал еще более взрывчатым и конфликтным. Общаясь с трудными подростками, стал подражать их поведению, легко возбуждался, дрался. Однажды вместе с другими детьми забрал деньги у какого-то пьяного, а когда тот стал сопротивляться, избил его: «мстил отцу за его издевательства». Постепенно менялось настроение. Стал более грубым, мрачным, пропускал занятия в школе, курил. Ко времени обращения к специалисту подросток обрел признаки начальные признаки патологического формирования личности по возбудимому типу.

Все это говорит о том, что, несмотря на в общем хороший прогноз¹ церебрастенического синдрома, при несоблюдении соответствующего режима и при неблагоприятных ситуационных воздействиях церебрастения может перерасти в более грубую патологию, вплета-ясь в картину деформации личности.

Мы рассказали именно о церебрастеническом синдроме не только оттого, что это одно из распространенных и важных с точки зрения здоровья школьников отклонений. Дело еще и в том, что из-за церебрастении у многих детей и подростков появляются признаки задержки психического развития: невыносливость, чрезмерная утомляемость, неспособность угнаться за темпом школьных занятий — все это приводит к нарастанию дефицита информации, а это делает таких детей хронически неуспевающими учениками. Им ни в коем случае нельзя заниматься хоккеем, футболом, боксом и другими видами спорта, при которых почти всегда бывают ушибы головы: ведь эти дети и без того неуклюжи и плохо себя контролируют, поэтому они часто лезут в драки, а из-за этого чаще, чем обычные сверстники, получают ушибы головы. Это в еще большей степени усиливает церебрастению.

ЭТИ МНОГОЛИКИЕ НЕВРОЗЫ...

На нервной почве. Итак, мы уже перешли к расстройствам, лежащим на границе нормы и патологии. Многие из проблем пограничной психиатрии столь переплетены друг с другом, что отделить их бывает весьма трудно, но сделать это необходимо. Поэтому следует подчеркнуть некоторую условность разграничения многих пограничных нарушений.

Самым частым среди них является *невроз*. Это всегда следствие межличностных конфликтов и психологического напряжения в отличие от неврозоподобных расстройств, внешне похожих на неврозы, но имеющих непсихогенное происхождение. К факторам, способствующим возникновению неврозов, относятся специфические особенности личности, включая инфантилизм, невропатию, психопатические черты характера, крайние варианты нормальных характеров, о которых речь пойдет позже, психофизическая ослабленность вследствие болезней, истощений, интоксикаций и пр. Несмотря на то что

¹ Прогноз — ожидаемый результат течения болезни.

термин «невроз» предложен английским врачом Кулленом еще в 1776 году, только в XX веке началось последовательное и глубокое изучение этого расстройства. В 1913 году выдающийся немецкий психиатр Карл Ясперс (1883—1969) подчеркивал, что невроз для своего определения должен отвечать трем основным критериям психогенных заболеваний: 1) он вызывается психической травмой; 2) содержание травмы отражается в клинической картине болезни; 3) невроз появляется, как правило, вслед за психической травмой и чаще всего уменьшается или вообще прекращается после исчезновения или дезактуализации психотравмирующих моментов. При неврозе имеет место сознание своей болезни и стремление избавиться от страдания.

По форме проявления невроз может быть *невротической реакцией* (кратковременное и быстро обратимое психогенное нервно-психическое расстройство), *невротическим состоянием* (более продолжительное и медленно обратимое) и *невротическим формированием характера*, когда факторы, вызывающие невроз, уже не просто «звучат» в картине болезни, а вызывают выраженные характерологические изменения.

Среди неврозов выделены: 1) *астенический невроз* (неврастения), вызванный психическими травмами, переутомлением, нарушением режима и суточного ритма; 2) *невроз навязчивых состояний*, проявляющийся болезненной склонностью к образованию навязчивостей в двигательной, эмоциональной и интеллектуальной сферах; 3) *истерический невроз* и некоторые другие.

У детей и подростков чаще, чем у взрослых, встречаются *системные неврозы*, при которых, помимо свойственных тому или иному виду невроза симптомов, имеются преимущественные поражения функции отдельных систем, следствием чего является, например, заикание, недержание мочи, исчезновение речи (*мутизм*).

Имевшая хождение долгие годы точка зрения, согласно которой прогноз неврозов всегда благоприятный, в последнее время серьезно пересмотрена. Прогноз невроза зависит как от непосредственных причин болезни, так и от факторов и условий, способствовавших появлению болезни. Нередко внешние причины являются лишь пусковым механизмом невроза, болезнь не исчезает в таких случаях после устранения этих внешних причин. Описываются остаточные невротические состояния как следствие длительно протекающих неврозов. В более легких случаях, когда в происхождении невроза психотравмирующие факторы играли большую роль, чем внутренние условия, прогноз значительно улучшается.

Школьные неврозы. В общественно-политической, а также порой и в психологической и педагогической литературе используют термин «школьный невроз», понимая под ним как бы особый невроз, якобы вызванный посещением школы и проявляющийся в массе симптомов, среди которых доминирует нежелание ребенка идти в школу. Этот термин был особенно популярен в 1960-е годы, потом его стали применять все реже и реже. Почему?

Дело в том, что практически все неврозы у школьников сопровождаются нежеланием посещать школу. Это же касается и всех других психических расстройств у школьников. Ясно, что всякие психические отклонения приводят к выраженной в той или иной степени социальной дезадаптации. В природе еще не описано болезней, благодаря которым больной человек был бы способен работать дольше и продуктивнее здоровых. У школьника социальная жизнь сводится главным образом к учебе. Если он серьезно заболел, то неминуемо нарушается школьная адаптация и в некоторых случаях ученик перестает посещать школу. Это бывает и при многих неврозах, и при других психогенных расстройствах, о которых мы еще много будем говорить.

Бывает и иное: само по себе посещение школы неприятно ребенку, действует на него угнетающе, он избегает посещать школу. Или оттого, что его там обидели, или учителя слишком строги (с его точки зрения), либо он не выучил урок и боится показать свою несостоятельность, или, быть может, школьнику хочется идти по пути наименьшего сопротивления и он любой ценой не идет в школу? Вариантов человеческого поведения тут бесконечное множество, и в этой книге речь идет только об их патологических проявлениях.

Итак, у школьников практически не бывает выраженных неврозов, которые бы не проявлялись в школе или не были связаны с ее посещением. Понятие школьного невроза недостаточно четко и дифференцированно: сюда включаются и всевозможные неврозы, и патохарактерологические расстройства, и все другое, о чем наша книга. Именно из-за недифференцированности, клинической нечеткости этого понятия термин «школьный невроз» не привился в среде психиатров (особенно в нашей стране) и используется лишь в литературно-публицистическом смысле.

Депрессия в маске и без. Почти все психические расстройства, кроме протекающих с интеллектуальной недостаточностью, окрашены в печальные, грустные тона. Конечно, далеко не все печальные люди психически больны, но почти все душевнобольные люди печальны. Впрочем, есть одна болезнь (в наши дни довольно редкая), которая иногда проявляется в болезненно повышенном настроении. Речь идет о *маниакально-депрессивном психозе*. При этой болезни чередуются *депрессия* (тоска, скорбь, скованность) и *мания* (безоблачно веселое настроение с чрезмерной говорливостью, подвижностью и пр.). Маниакально-депрессивный психоз у детей не бывает, он регистрируется у подростков и в более старшем возрасте. По не совсем понятным науке причинам маниакально-депрессивный психоз в наши дни переменял свои проявления: маниакальная фаза стала встречаться редко, в основном болезнь исчерпывается депрессивной фазой, да и депрессия сейчас чаще всего не такая, как прежде. Она сглаженная, смягченная, не так бросающаяся в глаза. Зато обычно более длительная, растянутая во времени.

Слово «депрессия» употребляют в разных смыслах — в научном, общежитейском и литературном. В последних двух случаях депрессией чаще всего именуют то, что на самом деле депрессией не является. Депрессия — это сильная тоска, сопровождающаяся чувством отчаяния и тревоги. Помимо депрессии, бывает *гипотимия* (снижение настроения, знакомое едва ли не каждому человеку, но носящее кратковременный и невыраженный характер; гипотимия сопровождает почти все психические болезни и бывает также и у совершенно здоровых людей). У детей и подростков часто регистрируют *дистимию* — такое кратковременное нарушение настроения, которое проявляется раздражительностью, плаксивостью, капризностью, вегето-сосудистыми расстройствами. Если человек встал утром «с левой ноги», т. е. злобен, раздражен, всем делает замечания, всем недоволен, ищет, на ком бы сорвать злобу, то в таких случаях говорят о *дисфориях*, которые бывают у больных эпилепсией и у лиц с органическими повреждениями головного мозга.

Как правило, в житейском и литературном смысле и дисфории, и дистимии, и гипотимии называют депрессиями и потом удивляются, откуда это столько депрессий развилось!

Истинные же депрессии, конечно, существуют, и не так редко. Они бывают не только при маниакально-депрессивном психозе, но и практически при всех душевных расстройствах. Например, нет и не может быть ни одного выраженного невроза, который бы не протекал с пониженным настроением, в некоторых случаях депрессивным. Нередко депрессивное настроение как бы прикрывается другими расстройствами, например соматическими. Начинают давать такому больному, который долгое время маялся по терапевтическим кабинетам, препараты, снимающие депрессию (антидепрессанты), как его соматическое состояние резко улучшается. Вот и говорят о депрессиях в маске соматического заболевания.

Чаще всего в практике детского и подросткового психиатра встречаются *невротические депрессии* и *специфические депрессии* у подростков.

В чем смысл невротических депрессий? Человек испытывает неблагоприятное психическое воздействие (оно неблагоприятно лишь для данного индивида, 99% других людей это воздействие не воспринимают как неблагоприятное), у него ухудшается настроение, он испытывает чувство своей неполноценности, ущербности, ругает себя, ищет у себя всевозможные недостатки и т. д. Все это сочетается с невротическими нарушениями сна, аппетита и пр. Но в любом случае на первый план выходит стойкое понижение настроения, зависящее от ситуации. Вот это расстройство ученый из ФРГ Х. Фелькель и назвал «невротической депрессией». В нашей стране оно было подробно описано *Надеждой Дмитриевной Лакосиной* в 1970 году. У детей невротическая депрессия — это не столько депрессия, сколько гипотимия и дистимия.

Протекает она недлительно, успешно излечивается. Помимо лекарств, тут помогает чувство юмора как у педагога, так и у школьника, максимальная занятость (труд — лучший лекарь всех психических заболеваний у детей и подростков), оптимистическое воздействие класса и семьи.

Депрессия у подростков — это совсем другое дело, до конца еще не изученное. Давно известно, что данный возрастной период, хотя то и «опьянение без вина» (Гете), часто сопровождается грустью и печалью, которые нередко достигают такой степени, что подросток добровольно расстается с жизнью.

Депрессии у подростков могут выступать в «чистом» виде и в какой-то маске (чаще соматической). Обычно во втором случае подростки жалуются на общую разбитость, пониженное настроение, отсутствие аппетита, непонятные боли в разных частях тела. Если жалобы затянулись, если поведение больного вызывает опасение у окружающих, то такого подростка лучше проконсультировать с педиатром, а тот уже решит, нужно ли обращаться к психиатру. Подобные депрессии обычно излечиваются без следа, нужно только правильно их лечить. Но если речь идет о депрессии, то всегда нужно быть начеку: почти все самоубийства совершаются, когда настроение понижено, когда одолела тоска и потерян смысл жизни. Всякое неуважение к школьнику, грубое к нему отношение (учитывая тем более повышенную ранимость подростков, их чрезмерную чувствительность ко всякого рода замечаниям и нотациям) — это и многое другое могут вызвать пониженное настроение или резко заострить его, а от этого до непоправимой беды один шаг.

Почему у меня невроз, а у соседа нет? Что предрасполагает к неврозам? Ведь у всех людей бывают неприятные переживания и всякие — порой очень сложные — проблемы, а неврозы возникают далеко не у всех и по-разному протекают: у одних проходят быстро и бесследно, а у других тянутся годами. Понятно, что дело не в самих психических травмах, а в том, как их воспринимают люди. Ведь некоторые люди как бы предрасположены к тому, чтобы быстрее и глубже воспринимать удары судьбы; миллионы людей переносят всевозможные обиды, неудобства, тяготы, и большинство из них довольно легко и быстро приходят в себя и сразу или постепенно, но забывают то, что с ними происходило. Одни выносливы и сильны, другие слабы, обстоятельства могут их «сломать». Часть из таких наиболее слабых и податливых к необычному восприятию внешних воздействий людей — это физически больные, соматически ослабленные люди, многие из них пребывают в том возрасте, когда возрастают ранимость и беззащитность (это чаще всего дети, подростки и старики), а некоторые — это субъекты с конституциональной психической слабостью. Это сборная группа людей, у каждого из которых свои особенности, и не любая психическая травма может привести их к неврозу; как каждому замку соответствует свой ключ, так и каж-

дой аномальной психической конституции должна соответствовать определенной психической травма, способная вызвать невроз. Если содержание травмы и особенности личности не совпадают, то никакого невроза и не будет. Мы знаем подростков с такими особенностями характера, благодаря которым человек равнодушен ко многим явлениям, для большинства людей являющихся психической травмой, но он обостренно реагирует на то, на что обычные люди почти не обращают внимания; такой субъект, например, может равнодушно отнестись к смерти своих близких, но горячо переживать утрату любимой марки или политические события в отдаленных от него краях. Бывает и иначе. Вот один из монологов.

Зачем я родился таким тонкокожим! Я все воспринимаю, на все реагирую, мое сердце, будто какой-то локатор, улавливающий все, что происходит в мире, все, что творится вокруг меня. И этим обнаженным сердцем я реагирую на всякую ерунду и неерунду. Все вызывает во мне волнение, все трогает, все заставляет думать, страдать, бояться, надеяться, опасаться. Например, полет на самолете для меня — многодневная драма: задолго до полета я мучаюсь, боюсь, не сплю, теряю аппетит, весь свет мне не мил, вспоминаю все случаи авиакатастроф, представляю, как мой самолет разбивается, жалею себя — ведь жизнь прожита, а в ней мало чего хорошего было, все надеюсь, что впереди будет что-то необычное, оправдывающее мое пребывание на земле. И вдруг смерть. Фу, какой ужас! Доктор, я не сумасшедший? Слава богу, что нет, но от этого мне не легче.

Лечение неврозов не может быть некомплексным. Исключение психотравмирующих ситуаций, отреагирование вовне болезненных переживаний, уменьшение психического напряжения значительно помогают таким больным. Общеукрепляющее и успокаивающее лечение в сочетании с правильно проводимой психотерапией могут привести к безусловному успеху, что убедительно подтвердили *Олег Александрович Трифонов* и многие другие современные детские психиатры.

О неврозах много пишут и еще больше говорят. Некоторые авторитетные ученые рассматривают нынешнее широкое распространение неврозов как своеобразную расплату за повышение темпа жизни. С нашей же точки зрения серьезных оснований для пессимизма нет: пластичность нервной системы человека паразитерна, человек быстро привыкает к самым разнообразным и в прошлом, казалось бы, невыносимым перегрузкам, причем у большинства не возникает никаких неврозов.

Исключить неврозы можно, если в каждом школьном коллективе, в каждой семье, в каждом случайном микросоциальном объединении (например, в очереди в магазине) люди будут щадить друг друга, не станут портить себе нервы, не будут ссориться по пустякам, если они научатся разумно строить свои отношения друг с другом и следовать принципам психогигиены. Важную роль в профилактике неврозов играет также исключение пьянства, так как подавляющее большинство детей становятся невротиками из-за скандалов и ссор, виновниками которых явилось пьянство родителей.

лей. Алкоголизм отцов является важнейшим невротизирующим фактором, приводящим к психиатру детей, жен и соседей пьяниц.

Уменьшить возможность неврозов можно также, если люди будут преодолевать свою мнительность, не будут чрезмерно фиксироваться на своих болезненных ощущениях и искать у себя симптомы болезней, ибо кто ищет, тот всегда рано или поздно найдет.

Как добиться ликвидации психических травм и микросоциальных конфликтов, приводящих к неврозам? Психиатр не может дать ответ, годный на все случаи жизни. Все хорошие советы человечеству давным-давно уже даны, тысячи мудрецов разных эпох и в разных странах призывали людей лучше друг к другу относиться, не воевать, не унижать друг друга. Сотни корифеев педагогики опубликовали тысячи статей-предупреждений, обращенных к своим коллегам, с просьбами и требованиями быть милосердными к своим ученикам, быть понимающими, вежливыми, интеллигентными, уважать в школьнике чувство собственного достоинства, не унижать юное существо. Легионы писателей-моралистов громко, на весь мир обличали жестокость, злобность взрослых, мстящих детям за свои собственные неразрешимые проблемы. Ф. М. Достоевский на всю планету взывал к обезумевшим от взаимной ненависти людям: опомнитесь, пожалейте детей!

Помогли ли эти призывы, советы, обвинения? Всякий, кто будет вновь говорить о них, будет в лучшем случае повторяться. И голос его на фоне голосов Толстого или Достоевского вряд ли будет услышан.

Однако повторять надо, другого выхода нет. Ведь слушаемое, но не услышанное сейчас, может быть понято в будущем.

Когда молчание — не золото.

Мальчику было 10 лет, когда у отца начались запои, длившиеся по 2—3 недели. В это время отец пропивал вещи, хулиганил, избивал жену, выгонял из дома сына. Мальчик в меру своих сил защищал мать, плакал, умолял отца не пить. Но все было напрасно. Постепенно ребенок все больше ожесточался по отношению к отцу и назло тому в его присутствии молчал. «Слова от него не добьешься дома, в школе со всеми говорит нормально, а дома молчит, словно воды в рот набрал. Если отец трезв, сын еще как-то разговаривает, но если пьян, то звука от него не дождешься. Я спрашивала его, отчего молчишь, а сын в ответ: «Разойдись с отцом, не могу видеть его пьяную физиономию. Пока не разойдешься или пока он не бросит пить — буду молчать». Больше того: стал молчать вообще в присутствии всех пьяных мужчин и женщин. Как придут на праздники родственники, поставлю выпивку, сын немедленно замолкает, назло молчит. Чем его отучить, не знаю. Била — он еще больше молчит. Может, он заболел?» — изливала свое горе мать.

А вот еще один случай. Дома девочка разговаривала прекрасно. Стоило же ей прийти в школу — молчала. Уроки отвечала письменно. Если и разговаривала, то только на переменах и только шепотом. Мать рассказывала, что все эти явления были у дочери еще в детском саду. Когда ее отдали в детский сад, девочка очень не хотела идти туда, и сад ей не нравился, и воспитатели, и дети. Но, главное, она была очень привязана к матери и к своему дому. Вообще девочка всегда отличалась большим консерватизмом, все новое ее раздражало, она с очень большим трудом привыкала к новой обстановке, к новым людям. Когда ее повели в первый раз в детский сад, она плакала, вырывалась, упрашивала мать не отдавать ее. Но родители решили сломать сопротивление дочери: ее ругали, даже

били и каждый день отводили в сад. Через несколько недель воспитатели, по совету родителей относившиеся к девочке очень строго и требовательно, с радостью сообщили: девочку переломили, теперь она как шелковая, не плачет, не кричит, молчит, будто немая. Так продолжалось 2 года: в саду девочка молчала или говорила шепотом, дома же разговаривала как ни в чем не бывало. За то, что девочка молчала назло воспитателям, те ее наказывали, лишали обеда, ставили в угол, ругали в присутствии детей. Ничего не помогало: упорное сопротивление ребенка пребыванию в нелюбимом детском саду ничто не могло сломить. По требованию воспитателей родители повели ребенка к детскому психиатру. Тот посоветовал забрать дочь из детского коллектива, а через какое-то время, когда ребенок успокоится и забудет о детском саде, к которому у него не лежала душа, попробовать отдать его в другой коллектив. Родители так и сделали: речь дочери восстановилась и никаких проблем с нею не было до III класса, когда пришла новая учительница и чересчур строго стала требовать от девочки абсолютного послушания. К этой учительнице у ребенка тоже не лежала душа, и девочка вновь замолчала. Иными словами, повторилась та же ситуация, что и в детском саду: дорога была проторена давно.

Итак, и в одном и другом случае умолкание ребенка в психотравмирующей ситуации носило характер реакции протеста. Бывают и другие случаи психогенного молчания.

Робкая, впечатлительная, очень ранимая второклассница оказалась свидетельницей автомобильной катастрофы. Все случилось на ее глазах в считанные минуты: рядом с ней столкнулись две легковые машины, оба водителя погибли, немедленно собралась толпа, возбужденно обсуждая случившееся. Девочка была потрясена увиденным. Она прибежала домой и хотела рассказать матери, но слова будто исчезли, «отнялась» речь, девочка высовывала язык, но ни звука не произносила. Мать перепугалась и отвела ребенка к детскому психиатру. Тот провел ей сеанс лечебного внушения, и речь полностью восстановилась.

12-летний мальчик симпатизировал своей однокласснице, с которой сидел на одной парте. Однажды на классном собрании педагог, славящаяся своим «острым» языком, высмеяла его дружбу с девочкой. Мальчик стал бояться этой учительницы. При одной мысли о том, что ему придется отвечать на ее уроках, он покрывался потом, краснел, терял дар речи, подкатывался комок к горлу и перехватывалось дыхание. У мальчика возник настоящий страх речи в присутствии этой учительницы. Стоило ей вызвать его к доске, как он не мог произнести ни звука. Он хотел говорить, пытался говорить, успокаивал себя и мучался оттого, что дал своему страху покорить себя, но ничего поделать не мог. Как только он садился за парту, страх исчезал, речь возвращалась. Учительница его высмеивала: «За партой болтаешь, а у доски слова вымолвить не можешь. Притворяешься, значит». От этого мальчик еще больше страдал и боялся эту учительницу.

Через несколько месяцев страх речи стал проявляться не только в ее присутствии, но и в присутствии других учителей. Проявлялся страх речи либо в виде молчания, либо в виде заикания. Оба эти расстройства прямо зависели от страха речи: если его не было, речь была великолепной.

Мальчик очень страдал из-за своего расстройства. К тому же он был отличником, всегда знал материал, но из-за страха речи отвечал на некоторых уроках плохо, а потом вообще перешел на письменные ответы.

Когда он обратился к специалисту, тот провел подростку сеанс лечебного внушения и страх речи прекратился, вместе с ним исчезли и заикание и болезненное молчание в определенных ситуациях, эмоционально важных для мальчика.

Итак, что же это за расстройство, наиболее типичные примеры которого мы привели?

Врачи и логопеды выделяют следующие основные расстройства речи: *агалия* — врожденное отсутствие речи; *афазия* — исчезновение нормально развитой речи под влиянием сотрясений мозга, ушибов головы, воспалений мозгового вещества; *афония* — утрата

звукопроизношения («нет голоса»). Если же дотоле нормально сформировавшаяся речь исчезает под влиянием психических потрясений или каких-либо иных психических травм, то это называется *мутизмом* (от латинского слова *мутус* — молчание). Мутизм может быть выражен по-разному. Если мутизм постоянный, его называют *тотальным*. Если он проявляется лишь в определенных ситуациях, то именуется *избирательным*.

Причины психогенного мутизма — неблагоприятные психические воздействия: хронические, субшоковые, шоковые. Механизмы же его различны. В одних случаях мутизм вызван реакциями пассивного протеста (мы называем его *патохарактерологическим мутизмом*). В других он обусловлен механизмами, неоднородными по своему характеру. Есть два главных невротических механизма мутизма: *истерический* и *фобический*. Первый проявляется, когда от психической травмы шокового характера речь парализуется и отнимается. Второй — результат страха речи (*логофобия*). Он всегда избирателен: в психотравмирующей ситуации ребенок молчит, в других говорит нормально. Бывает и смешанный мутизм: и истерический и фобический одновременно.

Мутизм — расстройство преимущественно школьного возраста. У взрослых людей он встречается редко. Формирующаяся речь ребенка — самая молодая функция психики. Поэтому она чаще всего и ломается под влиянием самых разнообразных вредных факторов. Оттого так распространены в школьном возрасте заикания и мутизмы (они часто сочетаются).

Прогноз этого расстройства обычно хороший, нужно только вовремя его начать лечить. Однако это лечение будет совершенно неэффективным, если медикам не будут помогать родители и педагоги. Мы уже привели примеры, как неправильное поведение семьи и школы приводит к мутизму, а таких примеров можно привести много.

Есть в современной психотерапии два понятия: *психотерапия среды* и *психотерапия средой*. Что это такое?

Под психотерапией среды понимают улучшение психологического климата в семье, классе и школе, где учится пациент, ведь болезнь просто так не появляется, она всегда результат неблагоприятных воздействий и конфликтов среди людей, окружающих человека. Дети чаще всего и являются жертвой неправильного поведения взрослых.

В некоторых случаях изменить микросоциальную среду не удастся. Тогда нужно изъять ребенка из этой среды: перевести в другой класс, детский сад, пионерский лагерь, отправить в санаторий, в деревню и т. д. Это и называется психотерапией средой. Порой бывает так, что ребенка изъяли из ненормального окружения и мутизм прекращается безо всякого медикаментозного воздействия.

Дети с мутизмом нуждаются в бережном отношении. Их не нужно наказывать и требовать от них речи. Известны случаи, когда детей с мутизмом сурово высмеивали, ругали, оскорбляли, уни-

жали, в первые минуты урока вызывали к доске и не отпускали до конца урока («пока не заговорит») — все это только ожесточает ребенка, усугубляет его состояние.

Особенно нужно быть деликатным и осторожным в отношении детей слишком чувствительных, обидчивых, ранимых — в силу своих индивидуальных свойств они предрасположены к невротическим расстройствам и к реакциям протеста.

Встречаются и другие виды мутизма.

Чуть ли не в каждом детском коллективе имеются дети, с раннего детства имеющие славу молчунов. Эти малоразговорчивые ребята отличаются своей удивительной способностью замыкаться в себе под воздействием самых незначительных причин. Потерял марку, о чем-то прочитал, кто-то на него косо посмотрел — и такой ребенок, и без этого отличающийся малой разговорчивостью, умолкает, и ничто не может его побудить к речи. Предусмотреть все случаи, которые могут быть для такого ребенка психотравмирующими, невозможно. Сами по себе неблагоприятные воздействия являются не причиной, а предлогом усиления в таком индивидуе его природной молчаливости. Этот вид мутизма называется *аутистическим*.

Реже встречается мутизм в рамках тяжелых душевных заболеваний, но в таких случаях тяжесть расстройства столь велика, а странности в поведении ребенка столь заметны, что пациента немедленно ведут к специалисту.

Заикание и его формы. Одно из самых распространенных на земле расстройств — заикание — заключается в нарушении координации речедвигательных актов. Поэтому человек либо не может начать слово, либо судорога возникает во время произнесения слова и тогда звуки растягиваются, либо эти расстройства комбинируются.

Заикание встречается в основном в школьном возрасте. У взрослых людей оно почти всегда продолжает заикание, начавшееся в 2—3-летнем возрасте, т. е. в момент становления речи.

Прежде заикание рассматривалось как однородное расстройство: дескать, существует такая болезнь под названием заикание. Если и делили заикание на формы, то в зависимости от того, каков характер судорог речевой мускулатуры. Так как заикание считали единым заболеванием, то всех заикающихся и лечили одинаково.

Сейчас подобный взгляд представляется безнадежно устаревшим. С тех пор как в 1973 году впервые были выделены две основные формы этой патологии (М. И. Буянов с соавторами), появилось множество работ, показывающих неоднородность заикания, его различное клиническое содержание, прогноз и т. д. Естественно, что роль семьи и школы в отношении разных форм заикания тоже различна.

Заикание — это симптом разных расстройств, и тактика в отношении этого симптома в каждом конкретном случае должна быть различной. Заикание может возникать в рамках самых разно-

образных заболеваний, но чаще всего оно встречается при *логоневрозе* и при *неврозоподобном речевом синдроме*.

Что такое *логоневроз*?

Это невроз с преимущественным поражением речи, т. е. это особая болезнь. Особенно часто неврозы встречаются у детей и подростков. В силу незрелости и хрупкости их психики, несформированности систем защиты от психических нагрузок, стрессов дети и подростки легче поддаются тем воздействиям, которые для более зрелых и взрослых людей проходят бесследно. В одних случаях под влиянием психической травмы (обычно шоковой или субшоковой) речь вначале отнимается, а потом восстанавливается, но уже с заиканием. В других — под влиянием психической травматизации (в основном хронической) постепенно формируется страх речи, а вследствие его и заикание. Поэтому, когда ребенок волнуется, боится говорить, он заикается; если не волнуется, говорит превосходно. Стало быть, заикание психогенного происхождения всегда непостоянно, оно возникает лишь при волнении, связанном с речью, и может достигать такой степени, что ребенок умолкает, это, как уже отмечалось, называется мутизмом. Таким образом, логоневроз складывается из разных по происхождению психогенных видов заикания, страха речи (логофобия), мутизма и других симптомов. Обычно к признакам невротического поражения речи примыкают и невротические нарушения сна, аппетита, настроения, общее чувство дискомфорта и т. д.

Логоневроз сказывается и на развитии личности школьника. У одних детей под влиянием длительного невроза речи нарастают робость, нерешительность, застенчивость и другие астенические черты. У других — усиливается отгороженность, молчаливость, стремление избегать общения — это *псевдошизоидные свойства личности*. Третьи становятся очень возбудимыми, раздражительными, драчливыми, злобными — это *возбудимый вариант* невротического формирования личности. Четвертые переполняются навязчивыми сомнениями, тревожной мнительностью, чувством незавершенности действий и другими симптомами *тревожно-мнительного варианта* затянувшегося невроза.

В 4 года, когда речь у девочки уже сформировалась и она говорила безо всяких отклонений, на нее напала собака, прокусив ей ногу. Собаку принялись ловить, чтобы узнать, — больна она бешенством или нет. Лишь через неделю выяснилось, что собака здорова. За это время девочка уже заболела неврозом.

Дело осложнилось тем, что бабушка и мать постоянно внушали девочке, чтобы она меньше общалась с собаками, так как они «бешеные». Эти знания в данной ситуации принесли ей вред. После укуса собаки девочка стала жить одним только тревожным ожиданием: придется ли ей принимать уколы от бешенства?

От потрясения у девочки отнялась речь, исчез сон, она постоянно плакала, выглядела грустной, почти ничего не ела и молчала. Затем она стала говорить, но говорила с сильным заиканием. Через 2—3 недели острота переживаний уменьшилась, нормализовались сон и аппетит, улучшилось настроение. Девочка была бы уже здоровой, если бы не заикание. Оно было очень непостоянным: то пропадало, то возникало. Но тут девочка услышала рассказ о том, что некая бешеная собака укусила какого-то ребенка, и все прежние печальные воспоминания оживились. Стоило де-

вочке услышать разговор о собаках, как она вся съеживалась, бледнела, начинала сильно заикаться, нервничать, раздражаться, испытывать страх, в том числе и страх речи. Так повторялось несколько раз. Потом заикание несколько стихло, и лишь через 5 лет оно возобновилось. На этот раз после того, как учительница при всех обругала девочку, а в это время одноклассники беззаботно смеялись над нашей будущей пациенткой. Как и в дошкольном возрасте, заикание сопровождалось плохим настроением, страхом речи, чувством общего эмоционального напряжения. Чем больше девочка думала о своей речи, тем сильнее было заикание. Чем больше она отвлекалась от печальных дум, тем меньше заикание проявлялось, а временами вообще исчезало. Девочке было легко говорить по телефону, но стоило встретиться с собеседником (особенно незнакомым), заикание становилось таким сильным, что лишало ее возможности разговаривать. Когда девочку спрашивали, где у нее возникали судороги, она всегда показывала на горло: в этом месте будто перехватывало дыхание, будто комок подкатывался, нечем было дышать от страха и от тревоги. В знакомой обстановке девочка за частую говорила безо всякого дефекта. Девочка очень переживала свою речевую неполноценность. Она просила мать полечить ее у специалиста, порой плакала от горя: ну, кому я такая нужна? Почему все говорят нормально, а я маюсь от заикания?

Когда девочку привели к логопеду, тот проверил правильность произнесения ею звуков и приказал внимательно следить за своей речью, более четко говорить, контролировать дыхание и т. д. В глубине души не веря логопеду, девочка все же принялась выполнять его рекомендации, но очень скоро заметила, что, чем больше она следует советам специалиста, тем хуже говорит. Она давно уже обнаружила, что ей нельзя фиксировать свое внимание на речи, нужно как можно меньше думать о заикании и тогда оно уменьшается или вообще проходит. Логопед же ей говорил все наоборот. Раздосадованная на специалиста, больная еще больше замкнулась в себе, перестала верить в свое излечение.

Шли годы. Заикание становилось все более выраженным. Особенно оно усилилось в 15-летнем возрасте, когда появилось слишком обостренное переживание своего дефекта («раньше я воспринимала свое заикание на 100 рублей, хотя оно было на копейку, теперь же я бы его сравнила с миллионом») и панический страх собак. Дело в том, что наша пациентка всегда боялась собак, видя в них причину своих несчастий. Однажды она вечером возвращалась домой, и на нее набросилась соседская собака. Больная понимала, что собака домашняя, что она ее не укусит, однако устрашающий вид дога не перепугал — заикание усилилось. Настроение было постоянно сниженным, появились мысли о самоубийстве — «коль я такая несчастная, то зачем жить дальше? Все равно меня ничего путного не ожидает».

В состоянии затянувшегося невроза с преимущественным поражением речи больная была консультирована нами. Мы диагностировали у нее невротическое формирование личности, требующее стационарного лечения. Пройдя курс терапии, девочка выздоровела.

Как же ее лечили?

Ее отвлекали от дефекта речи, проводили сеансы внушения в бодрствующем и гипнотическом состоянии, внушали веру в себя, веру в излечение и т. д. Лечение носило характер коллективной психотерапии (о психотерапии мы расскажем позже).

Совершенно иной подход к детям с *неврозоподобным речевым синдромом* (иначе *неврозоподобным логосиндромом*).

В роду 13-летнего паренька почти все мужчины говорили очень быстро и невнятно (кстати сказать, заикание — болезнь преимущественно мужская: девочки страдают ею в 5—6 раз реже; объясняют это тем, что девочки болтливей мальчишек, и поэтому их речевой аппарат более крепок; впрочем, это мнение справедливо не всегда). Точно так же говорил и наш пациент. Со времени становления речи произносимые им слова порой невозможно было разобрать. Мать повела сына к логопеду, который диагностировал *тахилалию* (чересчур быструю речь) и *дислалию* (не-

внятную речь), посоветовав подождать, пока дефекты речи сами по себе не пройдут. В 5 лет на фоне врожденных речевых недостатков появилось заикание. Оно возникало на высоте тахилалии: если ребенок следил за темпом речи, старался говорить медленнее и четче, заикания не было. Когда же темп речи ускорялся, ребенок начинал захлебываться от напора слов и на высоте этого плохо контролируемого нарастания скорости произнесения слов появлялось и усиливалось заикание. Больной не обращал на это никакого внимания, он настолько привык к своим дефектам, что несколько не переживал их. Чтобы мать перестала делать ему замечания касательно темпа речи, он говорил: «Следить за скоростью речи мне куда труднее, чем говорить с заиканием. От заикания никто инвалидом не стал, не умер, мой отец и дед говорили очень плохо, но стали профессорами, ничего со мной не будет, если я буду заикаться. Когда надоест заикаться, научусь следить за темпом речи и сам избавлюсь от заикания».

В 17-летнем возрасте пациент влюбился. Его подруга твердо заявила парню: «Мне стыдно с тобой ходить в гости, ты говоришь очень невнятно, давай-ка избавляйся от заикания». Эти слова произвели на юношу куда более сильное впечатление, чем уговоры всех родственников и педагогов, вместе взятых: он обратился к логопеду, принялся усиленно заниматься и уже через 2—3 недели говорил вполне прилично.

Еще один пациент стал заикаться в 11-летнем возрасте после того, как попал в автомобильную катастрофу. У него было сильное сотрясение мозга, сопровождавшееся раздражительностью, возбудимостью, плаксивостью, нарушением памяти и другими остаточными явлениями. Он и до этого говорил весьма быстро, но после сотрясения мозга темп речи резко усилился. Причем темп зависел от степени возбужденности больного: стоило ему с кем-то поспорить, поругаться, как он немедленно возбуждался, следом за этим нарастал темп речи и соответственно заикание. Помимо этого, у него были сильнейшие головные боли, головокружение, плохая переносимость жары, духоты, езды в транспорте.

По поводу заикания и тахилалии пациент уже в 14-летнем возрасте обратился к логопеду, тот послал его к детскому психиатру. Врач назначил лечение, направленное на снятие чрезмерной возбудимости, раздражительности, истощаемости. Когда эти симптомы были ликвидированы, исчезла и тахилалия, а вследствие этого и заикание.

Таким образом, общим для пациентов с неврозоподобным речевым синдромом является не п с и х о г е н н ы й характер патологии речи, т. е. это не невроз (невроз всегда психогенен), а нечто похожее на невроз — неврозоподобное расстройство. Все лица с подобными нарушениями не переживают свой дефект, они относятся к нему равнодушно. Конечно, если их спросить, хотят ли они избавиться от заикания, то, если эти пациенты не слабоумны, они ответят утвердительно, но сами палец о палец не ударят без напоминания со стороны следить за речью. Здесь заикание порой очень сильно выражено, а переживаний по этому поводу нет.

Стоит ли заставлять ребенка избавляться от неврозоподобного заикания, если он сам не считает нужным это делать? Мы отвечаем на этот вопрос таким образом: а стоит ли отбирать у младенца спички, который, не ведая, что творит, может спалить весь дом? Сравнить эти две совершенно разные ситуации нельзя: от заикания никто не погибал, а от пожара люди гибнут. Ясно лишь одно: нужно испробовать все способы давления на ребенка с целью заставить его активно лечиться от заикания. Если же это не получается, то нужно на время оставить его в покое.

Если стержнем большинства форм логоневроза является логophobia, то стержнем неврозоподобного речевого синдрома является

тахилалия — она причина причин, на нее и направлено все лечение. Чтобы снять тахилалию, нужно принимать соответствующие препараты и обязательно следить за речью (в отличие от лечения пациентов с логоневрозом). Больных логоневрозом лечат психиатры и лечат в основном психотерапевтическими методами, лиц же с неврозоподобными нарушениями речи лечат в первую очередь медикаментозно с обязательными занятиями у логопеда.

Какова тактика педагогов и родителей в том и другом случае? В общих чертах я ее уже описал. При логоневрозе необходимо максимально щадящее отношение к ребенку, необходимо всячески отвлекать его от речевого дефекта;

при неврозоподобном же нарушении речи следует быть более строгим, требовать от больного выполнять правила речи, следить за ее темпом. Если же будем делать все наоборот, то принесем только вред. Если же ко всем будем относиться одинаково, то кому-то поможем, кому-то нет, а кого-то сделаем тяжким инвалидом.

Результат излечения зависит не только от правильной квалификации нарушения речи, не только от адекватного лечения и продуманных занятий с логопедом, но и от личностных особенностей пациента. Если он инфантилен, незрел, если у него нет стремления вылечиться, если ему все трын-трава, то даже от самого разумного лечения не будет пользы. Вот тут-то велика роль педагогов и родителей в уменьшении черт личностной незрелости такого ребенка. Но это уже разговор на другую тему.

Всегда ли возможно деление заикания на невротическое и неврозоподобное? Почти всегда, но ведь возможны и смешанные формы (они чаще встречаются в подростковом периоде), тогда лечить труднее: две болезни более тяжелы, чем одна.

Все ли больные излечиваются от заикания? Я бы ответил так: все, кто хотят избавиться от него и прилагают к этому усилия, от заикания избавляются. Те же, кто только на словах, а не на деле намерен излечиться, тот будет заикаться до тех пор, пока не начнет прилагать усилия для собственного излечения. Дети с логоневрозом выздоравливают быстрее, чем дети с неврозоподобным речевым синдромом, так как в последнем случае меньше критика своего состояния и больше наплевательского отношения к здоровью.

Многим больным заикание приносит даже своеобразную выгоду, прикрывая их малую информированность, ограниченность, примитивность интересов. Такой больной в глубине души сознает: вылечат его от заикания, а ему и сказать будет нечего.

А что делать, если заикание тяжелое и больной при всех своих усилиях не может от него избавиться? Запастись терпением, настойчивостью и юмором.

Многие люди, страдающие нарушениями речи, охотно прибегают к помощи письма. Среди писателей поэтому довольно много заикающихся людей.

Один из самых известных из них — англичанин Уильям Сомерсет Моэм (1874—1965), который с раннего детства страдал тяжелым неврозоподобным заиканием, из-за чего не мог общаться с людьми. Моэм все же поступил в медицинский колледж, успешно закончил его, но работать врачом не смог: при попытке начать разговор он начинал сильно заикаться и порой не мог выговорить ни слова.

Еще подростком Моэм заметил, что если он напишет что-либо важное для него, то после этого чувствует себя спокойнее и даже меньше заикается. Это чувство облегчения от письменной речи каждый раз возникало, когда будущий писатель изливал на бумаге свою душу. Вероятно, это и способствовало тому, что этот художественно одаренный человек все больше стал увлекаться литературой и скоро стал профессиональным писателем.

Спокойное и порой юмористическое отношение к своим расстройствам спасает многих больных от ухода в себя, от фиксирования на своих переживаниях и ощущениях.

Лечение заикания всегда должно быть комплексным: некомплексное лечение бессмысленно. Комплексность означает, что на заикающегося действуют медики, логопеды, педагоги и, конечно, родители. Если хотя бы одно звено не срабатывает, помочь больному очень трудно.

Исповедь.

Мне 21 год. Родилась я в неблагополучной семье. Отец пил, издевался над мамой и мной. Мама старалась по возможности уберечь меня от пьяного отца. Обычно, когда он приходил пьяный, мы уходили гулять по городу, пока отец не уснет, когда же он не ложился спать, мы уходили ночевать к соседям.

Я росла капризной, плаксивой, упрямой. В школе до IV класса училась на 4 и 5, а уже в V классе перебивалась с двойки на тройку. Такой большой перемене содействовали, как я это сейчас понимаю, острый конфликт с пьяным отцом, после которого я начала всего бояться: шума, темноты, собак, начала вздрагивать от незначительного шума; перемена привычной школьной жизни (до IV класса меня вела одна учительница, а в V на каждый предмет — свой учитель), ну и, наверное, то, что я близко все принимала к сердцу и на каждый раздражитель отвечала либо плачем (чаще всего), либо грубостью. И вот однажды в V классе на уроке, вскоре после конфликта с отцом, я тихо отвечала урок. Учительница меня все время заставляла повторять сказанное, мотивируя тем, что класс не слышит, что я бубню себе под нос. Я замолчала. Учительница сделала мне несколько обидных замечаний, а потом сказала, что если я немая, то мне место в школе для немых, а не в нормальной школе. Я перестала вообще отвечать на всех уроках. Сначала не говорила из-за упрямства, обиды, а потом не смогла отвечать потому, что при попытках говорить у меня появлялась судорожная одышка, при которой голова отбрасывалась в правую сторону и спазмы в горле, как при плаче. И каждая моя попытка говорить оканчивалась плачем, который служил своеобразной разрядкой такого состояния. Я перестала даже пытаться отвечать на уроках. Но когда учителя со мной говорили на внеурочные темы, я говорила, и вполне свободно. Только же дело касалось уроков, как я не могла отвечать. Все считали это упрямством, капризами. В школе отвечала письменно. Так учителя мучились со мной и я с ними до VIII класса. После VIII класса меня попросили из школы. Маме сказали: или пусть она меня забирает из школы или будут меня отсылать на второй год. Мама забрала меня. Можете себе представить, с каким мировоззрением я ушла из школы. Я возненавидела людей. В каждом находила только плохое и бичевала это плохое как могла. Я перестала верить людям, доверять им. Я ненавидела своих одноклассников только за то, что к ним относились по-человечески, что иногда учитель или учительница могли, проходя между парт, с кем-нибудь пошутить, кого-то погладить по голове или спросить что-то, не касающееся урока. Это может быть смешно и странно для вас, но мне страшно хотелось, чтобы меня замечали, чтобы тоже что-то спросили или хотя бы посмотрели на меня ласково. Но этого не было, конечно. Каждый день я слышала — «Ты что, язык проглотила. Маме свои фокусы показывай, а не мне.

Если все начнут фокусы показывать, то я не знаю, что это будет! Отвечай сейчас же или больше не приходи на мои уроки без разрешения директора... Я тебя не буду поднимать до тех пор, пока сама руки не поднимешь...» Я замкнулась. Стала очень много читать. Запоём. Книги лечили меня. Действовали как наркотики. Я забывала обо всем на свете. После VIII класса мы с мамой решили, что мне надо пытаться куда-нибудь поступать, ибо работать я не могла, была сильно ослаблена физически. Я решила поступать в педучилище. Как это поступление будет выглядеть, я не представляла. Усиленно готовилась. И вот на вступительном экзамене по математике я впервые заговорила за 3 года. Обычно на экзаменах в школе я читала с листка ответ и думала, что и в училище так сделаю. Но преподаватель забрал листок у меня и сказал, чтобы я объяснила теорему, а задачу он проверит на листке. Я начала объяснять. Сильно заикалась, спотыкалась на каждом слове, делала между словами длительные паузы. Экзаменатор удивился и сказал, что у него такое впечатление, как будто я первый раз в жизни заговорила. Это был самый счастливый день в моей жизни. Я была уверена, что буду говорить. И правда, поступив в училище, я первое время отвечала на уроках, а потом, после резкого замечания учительницы, что я неправильно отвечаю (я тогда плохо выучила урок), я опять перестала отвечать и стала более нелюдимой, еще больше замкнулась в себе. Стала уходить на кладбище, где бродила среди крестов, в овраги, в поле. Куда-нибудь, лишь бы подальше от людей. У меня не хватало силы воли перевоспитать себя, и я перестала пытаться изменить как-то мою жизнь. Так я прослыла в училище «чуждачкой», «странной». Учителя, правда, относились ко мне очень хорошо, старались помочь мне, ободряли. Но мне казалось их участие мнимым, неискренним. Принимать от них жалостливую помощь казалось для меня унижением. Я не хотела, чтобы ко мне относились как-то особенно, выделяя, как будто я тяжелобольная. Меня очень удивило различие между обращением ко мне учителей в школе и в училище. Учителя в училище, вызывая меня отвечать, говорили: «Ну, не волнуйся, соберись с мыслями». В таком случае все поворачивали головы ко мне и мучили меня ожидающими взглядами, в которых так и горел вопрос: «Заговорит или нет», или тоже начинали упрашивать: «Ну, давай, не бойся. Мы помогать будем, если что». Я краснела. Мне становилось ужасно стыдно и обидно. Во мне поднималось возмущение против публичного подчеркивания моей неполноценности, и я иногда с плачем выбегала из класса. Успокаивалась я только на старом заброшенном кладбище, куда, кроме меня, никто больше не ходил.

Некоторые учителя делали по-другому: они вызывали меня, задавали вопрос и оставляли в покое, дав одновременно ученикам задание: подготовиться к уроку, прочитав заданный параграф, или что-нибудь другое. Я молчала минуты 3, а то и все 5, а потом начинала отвечать. Мне ставили оценку, и я садилась на место. Я очень благодарна таким учителям. Если бы все были такими. Но не у всех было терпение слушать мое «молчание», которым я часто выводила учителей из равновесия. На каждый урок я шла, как на экзамен.

После училища я стала работать воспитателем в детском саду. Очень тяжело мне было привыкать к коллективу. Я работаю уже 3 года, но чувствую себя новенькой. Часты конфликты с заведующей: то я не могу провести собрание с родителями, то открытое занятие, то не участвую в обсуждении педагогических вопросов на педсоветах. С детьми я общаюсь свободно, но если кто-то приходит в группу, то я становлюсь «роботом»: стараюсь меньше говорить, ибо речь становится у меня наигранной и движения скованны и неестественны. Это все создает отрицательное впечатление обо мне. Каждый день, проведенный на работе, это день величайшего, нечеловеческого напряжения, это постоянный страх сорваться с привычной роли, которую мне приходится играть, это и огромная сила воли, позволяющая сдерживаться от слез, таить все в себе. Я разучилась смеяться. Когда, бывает, мне приходится с кем-нибудь беседовать, то я в эти минуты чувствую такую муку от общения, что это невозможно передать словами. Я не умею радоваться успехам других или утешить, когда горе. Я не смеюсь, когда смешно, потому что губы мои начинают дрожать и вместо улыбки — гримаса. Это все звучит неправдоподобно. Я никому не рассказываю об этом, ибо никто не поймет и не сумеет помочь. Раньше я думала, что это все пройдет со временем, но сейчас я вижу, что ошиблась. Наверное, мне никогда не дано будет ощутить радость общения с людьми, радость смеха, радость ощущения себя в мире, своей значимости. Становится горько, чувствую, что

я лишняя, оторванная от людей. Вы не думайте, что я не борюсь. Я занимаюсь с собой: тренирую речь, учусь правильно дышать, владеть собой. Но все тщетно.

Сейчас я учусь в педагогическом институте. Уже на III курсе. Заочно. На практических занятиях во время сессий часто не отвечаю: опять начинается одышка и спазмы в горле.

У меня нет подруг, я совершенно одинока. Лес стал моим вторым домом. Все свободное время я там. Меня тянет к людям, а быть с ними я не могу. Я в отчаянии. Мне тяжело жить. Не могу ничего с собой сделать. Наверное, сойду с ума от всего этого».

Это подлинник письма человека со сложной формой мутизма, в происхождении, закреплении и усилении которого не последнюю роль играло неверное поведение педагогов.

Мы привели почти полностью эту пространную исповедь одной из пациенток не только для того, чтобы показать на живом примере, как формируются неврозы, что этому способствует, как нужно вести себя, чтобы неврозов не было, но и чтобы еще раз проиллюстрировать, чего не должны делать педагоги. Если в глазах общественного мнения с пьяниц-родителей и спросить нечего, то на учителя смотрят все, и смотрят пристально, и если замечают его промахи, то плохо думают уже о всей профессии, о всех его коллегах.

Понятно, что в анализируемом случае вина учителей состоит не только в способствовании появления невроза, но и в том, что педагоги вовремя не заставили пациентку пойти к врачам.

Даже дошкольнику ясно, что, если человек чем-то заболел, ему следует обратиться за помощью. Наша корреспондентка живет не в джунглях тропической Африки и не на дрейфующей льдине Арктики, а в большом населенном пункте. Дожив до 21 года, она тем не менее практически не лечилась, ожидая, что свершится чудо и она станет здоровой. Естественно, что ее болезнь зашла слишком далеко, ее состояние можно уже расценивать как один из вариантов патологического формирования характера. Мутизм, заикание излечатся, это несложно. Труднее гармонизовать характер больной, который, по-видимому, и раньше был непросто, но еще больше деформировался под влиянием длительного течения основного заболевания.

Но ни при каких обстоятельствах нельзя терять оптимизма и надежды: и эта больная, которая, казалось бы, очень давно и тяжело больна, будет здоровой, если будет правильно лечиться.

Диалог о синдроме Туретта

— Мне неудобно говорить, доктор, но ведь у вас такая профессия, что приходится сталкиваться со всякими аномалиями, даже очень некрасивыми и неприличными. Я долго колебалась, идти к врачу или нет, но потом все-таки решилась.

— Так в чем же дело?

— Моей девочке 9 лет. С 3—4 лет у нее заикание и различные подергивания мышц лица — это врачи называют, кажется, тиками. Мы лечились у невропатологов. Заикание и тики то уменьшались, то исчезали. Кстати, с раннего детства девочка была двигательльно расторможена, суетлива, не находила себе места, ни секунды не могла сидеть за столом, носилась как угорелая.

— И что же дальше?

— Все было бы ничего, если бы с 7 лет не возникли новые явления — они-то и замучали нас. Я забыла сказать, что дочь всегда плохо переносила жару, духоту, езду в транспорте, ее быстро укачивало, болела голова, бывали рвоты и тошноты от переутомления. Во второй половине дня она уже выдыхалась, валилась с ног от усталости, становилась раздражительной и вспыльчивой. Врачи объясняли это тем, что у дочери имеются остаточные явления патологии родов. Медики успокаивали: такие расстройства встречаются у многих детей, потом они с годами проходят бесследно. Но когда девочка заканчивала I класс, у нее появилось новое расстройство. Вот оно-то и привело к вам. Мы долгое время стеснялись о нем говорить, скрывали от врачей.

— Что же это за загадочное заболевание?

— Она, помимо своей воли, хрюкает, визжит, лает и нецензурно бранится, — с отчаянием выкрикнула мать, — из-за этого не может находиться в общественных местах. Разве это не трагедия?

— Хрюканье, визг и прочее (врачи называют это *вокализацией*) держатся на протяжении всего дня или возникают лишь под вечер, на фоне усталости?

— Совершенно верно: все это появляется к вечеру. Стоит дочери переутомиться, не поспать после обеда, набегаться или понервничать, как она принимается хрюкать и лаять. Ни в школе, ни в других местах об этом и не догадываются: там она нормальная. Приходит домой, подготавливает уроки, устанет, — и появляется лаянье и — самое страшное — омерзительная площадная брань.

— Может ли она себя сдерживать?

— Если и сдерживает, то ненадолго: на 2—3 часа, потом все повторяется сначала.

— Переживает она?

— Раньше не переживала, а сейчас очень мучается, сама просит, чтобы я ее полечила. Мне же было неудобно обращаться к врачам и говорить о ее ругательствах...

— Простите, я вас перебыю: эти произвольно произносимые ругательства, к которым пациент относится очень критически и воспринимает их как нечто болезненное и мучается из-за них, называют *копролалией*. В дальнейшем будем употреблять этот термин.

— Правда, однажды я рассказала одной подруге — педиатру по профессии — о копролалии моей дочери. Та рассмеялась: твоя дочь просто хулиганка. Нет такой болезни, при которой человек хрюкает, лает и матерится. Это распушенность, выпори ее пару раз — сразу отучишь ругаться и визжать.

— И вы последовали ее совету?

— Последовала. Однажды крепко избивала дочь. Та расплакалась: мамочка, миленькая, я же не хочу ругаться, не хочу лаять, но у меня ничего не получается, я не могу себя сдерживать. Будто какая-то сила заставляет произносить эти слова. Если ты думаешь, что битье поможет, бей меня что есть силы. Я на все согласна, лишь бы выздороветь.

— Значит, девочка считает себя больной?

— Да! Она ищет помощи, плачет, просит свести ее к специалисту. Однако многие считают это просто распушенностью. Но я-то вижу, что это болезнь.

Да, это болезнь, и называется она *синдромом Жюль де ля Туретта* в честь французского ученого, который в 1884—1885 годах описал девятерых взрослых пациенток, у которых имелись те же симптомы. Сам Жорж Жиль де ля Туретт (1857—1904) предполагал, что подобные больные неизлечимы и кончают жизнь чуть ли не слабоумием. Но здесь он заблуждался. Люди с этим заболеванием интеллектуально полноценны.

Бывают разные формы синдрома Жюль де ля Туретта: в одних случаях прогноз абсолютно благоприятный, в других — менее благоприятный и лишь примерно у каждого пятого вокализация и тики — два обязательных проявления синдрома Жюль де ля Ту-

ретта — сохраняются на долгие годы. Короче говоря, ничего чудесного в нем нет. От этого заболевания никто не становится инвалидом. Конечно, те, кто страдает им долго, испытывают известные трудности из-за копролалии. В США, например, существует ассоциация больных синдромом Жилиа де ля Туретта, в нее входит около 300 человек из США, Англии, Бельгии, Малайзии и некоторых других стран.

Вообще точной статистики по этому заболеванию нет, но косвенно об этом можно судить по количеству публикаций. Например, в СССР еще в 1978 году *Георгий Георгиевич Шанько* описал 45 таких больных. Нью-Йоркские специалисты Артур и Элайн Шапиро в том же 1978 году издали книжку, в которой рассказывают о 250 наблюдениях, из которых 145 они описывают подробнейшим образом. Это уникальное число наблюдений.

Автор этой книги лично лечил около 60 таких больных. Примерно столько же пациентов зарегистрировали *Рэм Андреевич Харитонов* и его ленинградские коллеги.

Пациентов с синдромом Жилиа де ля Туретта наблюдают и невропатологи и психиатры. Те авторы, которых я упоминал, были невропатологами. Среди психиатров мало специалистов по лечению этих расстройств. Например, наибольшее число наблюдений опубликовала психиатр из Праги Зденка Валкова, у нее 30 пациентов. Однако все эти данные выборочные и не позволяют судить об истинной распространенности синдрома.

Но вернемся к описанному случаю.

— Я уже поняла, что это заболевание не такое уж редкое. Но меня все эти премудрости мало интересуют: для меня главное — излечивается ли оно и каким образом?

— Сейчас я назначу лечение, и через месяц вы вновь придете: в этот день я буду читать лекцию об этом нарушении. Я хочу, чтобы вы присутствовали на ней и рассказали слушателям, как чувствует себя ваша дочь.

— Хорошо, я приду. Что же сейчас нужно делать моей дочери?

— После обеда обязательно спать, не переутомляться, вечером меньше пить жидкости. Будете давать препараты, уменьшающие двигательную расторможенность и эмоциональную возбудимость.

Когда я дал соответствующие рекомендации, выписал рецепты и мать ушла, полная недоверия к моим словам, я подумал о том, что вот так же, как и сейчас, только 150 лет назад, к Жану Итару привели мадемуазель Дампьер, с описания которой и началось изучение *синдрома генерализованных тиков* (так иначе именуется синдром Жилиа де ля Туретта). Эта мадемуазель с раннего детства страдала копролалией (она, кстати, встречается лишь у трети больных): чудовищная брань, вылетающая из ее уст в самом неподходящем месте, давно уже превратила эту больную в самую экстравагантную особу Парижа. Помимо копролалии, у пациентки доктора Итара было множество тиков, т. е. неподдававшихся самоконтролю насильственных движений (главным образом мышц лица). Тики были генерализованными, они не давали возможности

писать, играть на фортепьяно, держать длительное время в руках книгу или ложку: ни с того ни с сего по мышцам будто пробегает электрический ток, мышцы напрягались, вздрагивали.

Эта больная прожила более 80 лет. Ее наблюдали несколько поколений медиков. Видел и начинающий врач Жиль де ля Туретт. Вообще больные с этим расстройством похожи друг на друга. Однако внешнее сходство — это еще не тождество: среди этих пациентов бывают разные люди с разной степенью выраженности этого синдрома. Да и причины болезни тоже различны. В любом случае этот синдром — проявление какого-то раннего органического повреждения центральной нервной системы. В основном мозг поражается в период беременности и родов. Синдром Туретта может сочетаться с разнообразными проявлениями раннего органического нарушения головного мозга. С годами эти и другие синдромы постепенно проходят, а генерализованные тики и вокализация могут сохраняться долгие годы.

Итак, причины этого расстройства и интимные механизмы его пока неизвестны: предположений тут чуть ли не столько же, сколько существует самих пациентов. Но гипотезы гипотезами, для врача главное — лечение.

Ни Итар, ни Жиль де ля Туретт не знали, как лечить это нарушение. И в наши дни это неизвестно. Однако эмпирически обнаружилось, что галоперидол (психотропный препарат, используемый главным образом для ликвидации галлюцинаций и бреда) высокоэффективен при лечении синдрома Туретта: из каждых 10 пациентов примерно у восьми он уменьшал симптоматику. Галоперидол относится к той группе нейролептиков, которые вызывают побочные действия, особенно при длительном применении. Чтобы ликвидировать побочные действия, следует одновременно с приемом галоперидола назначать лекарства, уменьшающие паркинсонизм и другие неврологические симптомы. Даются эти лекарства годами.

В тех случаях, когда синдром Жили де ля Туретта возник у ребенка до 10—12 лет и сочетается с массивными признаками раннего органического поражения центральной нервной системы, очень эффективна терапия, направленная не на снятие вокализации и тиков, а на ликвидацию всех остальных признаков органической неполноценности головного мозга. Следует назначать лекарства, уменьшающие двигательную расторможенность, повышенную вспыльчивость и т. д.

Прошел месяц. На лекцию явилось много врачей и еще больше родственников пациентов. Объясню, в чем дело: есть такие расстройства, когда родители больного должны знать всю истину. Если они не будут полностью информированы о сути заболевания, они могут впадать в панику, неверно лечить больного или вообще отказываются от лечения. Без помощи родителей вылечить многих больных невозможно (при синдроме Туретта тем более). Родители больного — незаменимые, важнейшие союзники врача. Медик

должен научить их выполнять его рекомендации, а остальное зависит лишь от родителей. Понятно, что далеко не все заболевания требуют, чтобы родители были в курсе дела. Но большинство расстройств, возникающих на старте жизни, как бы нуждаются в том, чтобы люди, окружающие маленького пациента, знали, что к чему, и были помощниками психиатра.

После лекции я попросил родителей рассказать о том, как идет лечение их детей. Первой выступила мать девочки. Она была обрадованна и взволнованна.

— Дочери стало значительно лучше. Двигательная расторможенность, произвольное подергивание мышц лица и плечевого пояса резко уменьшились. Соответственно она почти уже не выкрикивает бранные слова, не мяукает, не лает. Доктор, теперь она уже здорова?

— Нет, она еще не здорова. До излечения еще далеко. Я, естественно, рад, что девочке значительно лучше. Вероятно, она скоро вообще выздоровеет, но как бы вы ни были сейчас довольны, вы должны продолжать лечение, несмотря на то, лучше или хуже становится больной. Нужно годами не только давать медикаменты, но также заставлять больного выполнять соответствующий режим, но и исползовать психотерапевтическое лечение. Оно заключается в том, что под руководством психотерапевта пациент учится подавлять насильственные движения и выкрики.

— А результат всего этого какой?

— На этот вопрос ответят родители других пациентов.

Мать одного мальчика рассказала, как тяжело протекало заболевание и как хорошо сын сейчас себя чувствует. Мать, однако, видела, что болезнь еще не прошла полностью: пока мальчик принимает препараты, он здоров. Перестает глотать таблетки и тренировать себя — тики и вокализация вновь появляются.

Выступали и родители, чьи дети давно уже выздоровели, но все равно у врача еще не было уверенности, что болезнь не возобновится. Таким образом, результат лечения был разный, но в общем неплохой. Главное, лечить, не терять терпения, не поддаваться отчаянию.

Из наших рассказов о мутизме, заикании, синдроме генерализованных тиков читатель-педагог уже наверняка сделал верные выводы. Во-первых, учитель должен дифференцированно подходить к таким пациентам. Например, при неврозоподобном заикании и синдроме Жилиа де ля Туретта необходимо деликатно, тонко, но достаточно решительно требовать от школьников, чтобы они контролировали себя, лучше следили за своей речью или движениями. При невротических же нарушениях важно, чтобы пациенты были спокойны, чтобы им не напоминали об их дефектах, относились к ним максимально щадяще (но не сюсюкающе!).

Педагог должен не только сам не вызывать психоневрологические расстройства у школьников, но и, используя свой авторитет и знания, действовать на родителей своих подопечных, чтобы как-

то нормализовать отношения в их семьях. Педагог (как и врач-психиатр) не только выполняет свои прямые обязанности, но и является активным социальным работником, неустанно стремящимся гармонизовать запутанные и не всегда легкие отношения между людьми, помня, что его главная задача — счастье детей. Педагог должен по меньшей мере сам не вредить, помогать детям в меру своих сил, приглашать в школу врачей-психиатров для чтения научно-популярных лекций для родителей и педагогического коллектива.

ПОВРЕЖДЕНИЯ ОТДЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ

Когда не сидится на месте. Едва этот мальчик перешагнул порог I класса, у учительницы защемило сердце: она проработала в школе много лет и неплохо разбиралась в психологии своих детишек. Сомнений не было: новенький был расторможен, суетлив, ни секунды не сидел на месте. Его перевели сюда из другой школы, и учительница понимала, что это случилось из-за трудного поведения ребенка. Ну, теперь прощай покой,— подумала она.— Никому житья не будет: ни ученикам, ни педагогам, ни обслуживающему персоналу.

Учительница помнила, что и в прошлые годы в классе всегда встречались 1—2 ученика с чрезмерной возбудимостью, двигательной расторможенностью, непоседливостью. Из-за этого они не могли спокойно сидеть за партой, вертелись, мешали другим, беспричинно смеялись. Поначалу их воспринимали как невоспитанных детей, требовавших усиленного контроля, но вскоре педагоги приходили к выводу, что если невоспитанность и имела место, то она сочеталась с какими-то отклонениями со стороны психики детей. Эти отклонения предрасполагали к невоспитанности, отбивали у родителей и учителей охоту заниматься с такими детьми. Одних из них направляли на консультацию к врачу, и тот принимался лечить их (нередко в стационаре), других переводили на индивидуальное обучение, но подавляющее большинство продолжали учиться в школе. Учительницу больше всего поражало, что через несколько лет все или почти все подобные дети выправлялись, вели себя нормально и никаких нареканий уже не вызывали. Их чрезмерная подвижность обнаруживалась в I классе, а к IV у большинства она уже проходила. Учительница заметила также, что эта ненормальность в основном встречается чаще у мальчиков, чем у девочек, и самое главное — она редко бывает изолированным, единственным признаком какой-то патологии, обычно сочетаясь с другими психическими нарушениями.

Каковы же причины и механизмы такой двигательной расторможенности?

Пока ребенок созревает, он проходит ряд определенных этапов. Эти этапы постепенно усложняются, дифференцируются. Пока ребенок грудной, у него почти не развита психика, и на все воздей-

ствия он реагирует соматическими и вегетативными симптомами: повышенной температурой, рвотой, нарушением питания и т. д. Став постарше, он достигает следующего уровня развития — психомоторного. Поэтому все неблагоприятные воздействия в 4—7-летнем возрасте вызывают нарушения со стороны двигательной сферы: появляется расторможенность, или заторможенность, либо нарушение координации движений (например, тики и заикания). Потом наступает третий уровень развития, для которого уже нехарактерны двигательные расстройства и они постепенно сами по себе проходят; ведь возрастной этап закончился — закончились и типичные для него нарушения.

Причин, вызывающих чрезмерную суетливость, — бесчисленное множество. Перечислить их невозможно. Это и родовая травма, и ушибы головы в раннем возрасте, и инфекционные заболевания, и многое-многое другое. Неблагоприятные воздействия могут произойти задолго до наступления психомоторного уровня развития, но, как только ребенок достиг этого этапа, все его нарушения будут окрашены в «двигательные» тона. В болезни всегда заостряется то, что присуще здоровым людям, а ведь здоровым дошкольникам в первую очередь свойственно бегать.

Таковы в общих чертах причины расторможенности. Каковы же ее механизмы? Ведь причины должны действовать на какие-то участки мозга и поражать их — чаще всего не весь же мозг поврежден у тех, кто слишком непоседлив и непослушен!

Да, не весь. В основном поражается специфический участок мозга, называемый *ретикулярной формацией*. Этот участок «отвечает» за человеческую энергию, за двигательную активность и выраженность эмоций, активируя кору больших полушарий и другие вышележащие структуры. Вследствие различных органических вредностей ретикулярная формация может находиться в перевозбужденном состоянии, и поэтому ребенок двигательно расторможен. В зависимости от степени поражения ретикулярной формации и нарушений со стороны близлежащих отделов мозга бывают разные степени двигательной расторможенности, по-разному сочетающиеся с другими отклонениями.

Наиболее часто расторможенность сочетается с психической незрелостью. Что это такое? Если ребенку 10 лет, а он ведет себя как 6-летний, значит, у него преобладают реакции, свойственные более младшему возрасту, и он отстает в своем эмоционально-волевом развитии. Это *гармонический инфантилизм*. Такие дети беспечны, веселы, поверхностны в своих привязанностях, они быстро пресыщаются даже любимыми играми. Как и свойственно малышам, они чересчур подвижны, суетливы, не могут сидеть на одном месте. Казалось бы, ничего трагического в этом нет, однако, начав ходить в школу, такой первоклассник с трудом занимается, потому что ему хочется бегать, играть, а его заставляют заниматься скучным и требующим сосредоточения внимания делом.

Обычно гармонический инфантилизм постепенно проходит безо

всякого специального лечения (лишь в редких случаях необходим прием медикаментов), но без помощи родителей и педагогов тут не обойтись. Взрослые люди должны каждодневно контролировать равномерное отстающих в своем эмоционально-волевом развитии детей, нужно постоянно формировать в них стремление к самостоятельности, чувство ответственности, обязательности, дисциплинированности. Их следует не столько наказывать, сколько вырабатывать у них чувство раскаяния за недисциплинированное поведение: демонстрировать свою обиду на них из-за дурного поведения, лишать поощрений и поощрять за примерное поведение. В некоторых случаях нужно игнорировать их бесчисленные капризы. Эта работа длительная, кропотливая: чем раньше она начнется, тем быстрее будет эффект.

Гармонический инфантилизм — в основном проблема педагогическая. *Дисгармонический же инфантилизм* — это и медицинская и педагогическая проблема. При этом виде недоразвития эмоционально-волевой сферы (интеллект может быть тут разным: и сниженный, и высокий, а чаще обычный) имеются не только симптомы, свойственные гармоническому инфантилизму, но и резкое заострение тех или иных свойств характера: возбудимости, неустойчивости, склонности ко лжи. Во всех случаях тут есть и двигательная расторможенность.

К проблеме психического инфантилизма — одной из самых актуальных в наше время — мы еще будем неоднократно возвращаться. Отметим лишь, что разные виды психической незрелости играют очень большую роль в возникновении школьной дезадаптации.

9-летний мальчик с I класса зарекомендовал себя как малоуправляемый и взрывчатый. Он часто конфликтовал с детьми, особенно с педагогами. Ему хотелось играть, бегать и петь, а ему это запрещали делать в классе. Тогда мальчик начинал драться, кричать, ругаться. Как спичка, он вспыхивал и так же быстро приходил в себя, давал обещание вести себя хорошо, но через 5 минут все забывал — и вновь начинались его фокусы. По натуре он не был злым ребенком, но своей горячностью и неумением держать в узде свои эмоции легко наживал себе врагов. К тому же педагоги жаловались на его детскость: вроде бы умный и знающий, мальчик готов был без конца возиться с малышками, бегать до изнеможения, затевать игры, которые обычно заканчивались дракой. Набегавшись днем, он засыпал как убитый, и чем крепче спал (а это зависело от усталости днем), тем чаще мочился в постель и даже не просыпался от этого — такой у него был крепкий сон.

Когда у одноклассников и у педагогов кончилось терпение, мальчика показали врачу-психиатру, тот назначил лечение, и через несколько месяцев поведение ребенка неузнаваемо переменялось: он стал спокойнее и сдержанней, уже не носился как угорелый по школе и лучше подчинялся дисциплине. Тем не менее черты детскости еще сохранялись. На радостях, что ребенок стал вести себя более благопристойно, родители, не посоветовавшись с врачом, отменили лечение, и через несколько дней поведение мальчика опять стало трудным: его расторможенность и суетливость в сочетании с драчливостью и взрывчатостью возобновились. Потом ему вновь стали давать лекарства, и родители, помня, что было с ним, когда лечение они сами отменили, больше не шли на подобные эксперименты. Пациент получал лекарства много лет, все это сочеталось с длительной педагогической работой — в результате к 14—15-летнему возрасту мальчик полностью выправился и потом уже никогда не обращался к психиатру.

Двигательная расторможенность очень часто соседствует с повышенной истощаемостью, утомляемостью, невыносливостью и другими симптомами, большей частью входящими в картину *церебраластенического синдрома*. Поэтому у таких детей часты головные боли, головокружения, рвоты, плохое настроение, рассеянное внимание, сниженная память. Устают они от беготни, от занятий, от мало-мальски длительной нагрузки. Переутомившись, некоторые из них нуждаются в том, чтобы лечь и выспаться, поэтому они вялые и раздражительны. Другие же становятся расторможенными, суетливыми, непоседливыми. Уложить их в постель очень трудно, хотя родители и педагоги отчетливо представляют, что, если такой ребенок не отдохнет, он будет еще больше носиться, а от этого еще больше устанет — возникает порочный круг.

Понятно, что если двигательная расторможенность сочетается не только с церебраластенией, но и с инфантильностью, лечить нужно дольше и педантичнее, ведь три расстройства труднее вылечить, чем одно.

Встречаются и дети, у которых вследствие ушибов лобных долей мозга нарастает определенный вариант так называемого *психопатоподобного синдрома*. Он проявляется в нелепой дурашливости, беспечности, суетливости. Пациенты веселы, хохочут, не обращая внимания на замечания, очень часто производят впечатление каких-то поглупевших. Они требуют обязательного лечения. Некоторые из них не могут обучаться вместе с детьми, так как представляют для них некоторую опасность и, самое главное, дезорганизуют детей, толкают их на нарушение дисциплины. Их приходится переводить на индивидуальное обучение.

В других случаях психопатоподобный синдром проявляется в сочетании с двигательной расторможенностью и *нарушением влечений*: дети любят поджигать что-нибудь, убежать из дома, их тянет к спиртному, к курению, многие из них эмоционально-холодны, бесчувственны, бессовестны. Конечно, все они нуждаются в лечении у специалиста. От родителей же и от педагогов зависит, чтобы они терпеливо и настойчиво формировали в таком ребенке способность к раскаянию и умение подчиняться дисциплине — без этого любые медикаментозные воздействия будут малоэффективны. Только союз медиков, педагогов и родителей может преодолеть все те формы нарушенного поведения, о которых идет речь. Тут нельзя переваливать ответственность с представителя одной профессии на представителя другой. И уж тем более это должны знать родители, ведь именно они в первую очередь хотят, чтобы их ребенок был здоров. Обвинять же во всем врачей или учителей они не должны ни в коем случае, они обязаны сотрудничать, каждый внося свою лепту в гармонизацию психики ребенка.

Двигательная расторможенность — симптом заметный, не обратить на него внимание невозможно. Он относится к числу нарушений, которые излечиваются полностью и быстро. Нужно только терпеливо лечить и обязательно воспитывать в ребенке потреб-

ность вести себя более дисциплинированно, быть более усидчивым и терпеливым.

Если нарушен почерк.

Родители и педагоги не могли нарадоваться: девочка была исполнительно аккуратной, очень обязательной, училась отлично, активно занималась общественной работой. Правда, временами мать замечала, что дочери трудно, что она предъявляет к себе очень завышенные требования и лихорадочно старается их выполнить. «Зачем себя изводишь, доченька?» — спрашивала мать, но в ответ получала одно и то же.

— Так надо. Хочу быть лучше всех. Нужно постоянно самоусовершенствоваться. Нужно предъявлять к себе самые высокие требования.

Однажды у нее возник конфликт в классе: девочки обвинили ее в дикторских наклонностях и отказались ей подчиняться. Через несколько дней у героини нашего рассказа появилась дрожь в руках. Точнее, не в руках, а в правой руке и то лишь тогда, когда она держала перо. Если держала в руках ложку, вязала, печатала на машинке, никакого дрожания не было и в помине. Естественно, что она не могла писать: как только приходила в школу и должна была взять в руку ручку (не важно какую — шариковую, перьевую, карандаш), в правой кисти появлялась дрожь и судороги пальцев. Писать было невозможно. А ведь раньше девочка писала лучше всех и ее почерк всем ставился в пример, ее тетрадки выставляли на конкурсах.

Педагоги были удивлены не меньше девочки, заметив эту неожиданную и необыкновенную метаморфозу. Первое, что пришло в голову учителям и одноклассникам: девочка симулирует дрожание рук, чтобы обратить на себя внимание и чтобы ее пожалели. Поэтому педагоги и одноклассники, разделявшие подобную точку зрения, стали высмеивать девочку, обзывать, унижать ее. Девочке было 13 лет, она училась в VI классе, мечтала стать учительницей. Когда она увидела, как к ней стали относиться люди, которых она прежде уважала, ей стало очень больно. Ей не хотелось ходить в школу, она старалась избегать одноклассниц, не разговаривала с учителями. Нарушился сон и аппетит, понизилось настроение, девочка стала раздражительной, вспыльчивой.

Проходили недели за неделями. Почерк не восстанавливался. Настроение становилось все хуже. Конфликт с одноклассницами принял злостный характер. Девочка по-прежнему считали нашу будущую пациентку злостной симулянткой и всячески демонстрировали ей свое пренебрежение. Тем временем девочка принялась ходить по врачам, чтобы избавиться от невозможности писать. Ни невропатологи, ни нейрохирурги, ни тем более терапевты или травматологи не находили у нее никакой патологии. В конце концов они послали ее к детскому психотерапевту. После двух сеансов гипноза все нарушения у девочки прошли. Правда, психотерапевт поставил перед девочкой условие: она должна простить своих обидчиц и вести себя как ни в чем не бывало. Сам же врач отправился в школу, собрал родителей подростков и прочитал им лекцию о том, что такое писчий спазм, как его лечить, что делать, чтобы он не появлялся. Не только прочитал лекцию, но и попросил родителей, чтобы они — в доступной форме — передали ее содержание своим детям, и особенно одноклассникам нашей пациентки. Родители выполнили просьбу врача, девочки извинились перед пациенткой. Мир в классе был восстановлен. Параллельно этому проводилось лечение. Оно, как уже отмечалось, было успешным.

Еще 20—25 лет назад у детей и подростков это заболевание не диагностировалось. Вот как, например, писал о нем в 1963 году выдающийся советский невропатолог академик Сергей Николаевич Давиденков: «Писчего спазм как будто не было или почти не было, пока писали мягкими гусиными перьями, а распространился он вместе с изобретением более твердых стальных перьев, сделавших возможным более скорое письмо... заболевают писчим спазмом большей

частью не раньше четвертого десятилетия. Дети писчим спазмом не болеют».

Резкое увеличение школьных нагрузок, нарастание темпа жизни, гиподинамия — эти и многие другие факторы, ставшие актуальными в последней трети XX столетия, выявили такие нарушения, которых прежде не бывало. Писчий спазм в этом отношении тоже «помолодел», и нет никаких оснований надеяться, что с годами он будет встречаться реже: ведь маловероятно, чтобы школьные нагрузки уменьшились и темп жизни замедлился. А поскольку почти всегда драма с писчим спазмом разворачивается в семье и школе, именно от родителей, педагогов и одноклассников зависит, в каком направлении пойдет болезнь, вовремя ли ее погасят или она обрстет множеством невротических нарушений в виде расстройств сна, аппетита и пр., то именно родители и учителя должны в первую очередь знать об этом заболевании.

Впервые оно было описано в первой трети минувшего века. Называли его по-разному: профессиональная дисграфия, графоспазм, спазм писцов и т. д. Со временем укоренилось название «писчий спазм». Эта болезнь была бичом писарей и литераторов, т. е. тех, кто по своей профессии должен был много писать. Однако было замечено и другое: писчим спазмом заболевали лишь те, кто писал то ропливо и волнуясь. Стало ясно и то, что писчий спазм — это привилегия тех, кто обладает хорошим почерком.

Если нарисовать усредненный портрет школьника, предрасположенного к писчему спазму, то он будет выглядеть примерно таким.

Это человек исполнительный и очень педантичный, порой даже болезненно аккуратный. Он очень внимателен к письму, выводит каждую букву, пишет очень медленно. Когда его заставляют писать быстрее либо когда во время письма приходится нервничать, то в правой руке появляется вначале легкая дрожь, затем она усиливается и вскоре школьник уже не может вывести ни одной буквы. Дрожь возникает не только от скорости письма, к которой человек не привык, но и от ссор, конфликтов, непонимания, раздражения, от обид, унижений, чувства досады. Писчий спазм никакого отношения к симуляции не имеет. Более того, эти пациенты мучительно страдают из-за него, активно ищут помощи, добросовестно исполняют все рекомендации медиков. Это, как правило, люди высоко-сознательные, положительные. Обломовы, легкомысленные и необязательные школьники, а также субъекты с плохим почерком, связанным с чрезмерной поспешностью или суетливостью, писчим спазмом заболевают редко. В ироническом смысле можно сказать, что болезнь возникает в силу того, что у некоторых школьников слишком много положительных черт.

Никто не призывает этих детей стать хуже, чем они есть. Очень хорошо, что они такие. Нужно только стараться быть людьми, которым не чуждо ничто человеческое. Следует больше двигаться, заниматься спортом, чередовать периоды занятий с периодами отдыха. Нужно спать после обеда, не засиживаться вечерами за кни-

гами, у телевизора или магнитофона. Нужно воспитывать в себе коммуникабельность, быструю эмоциональную отходчивость, не хранить в душе раздражения и зла. Писчим спазмом обычно заболевают люди слишком честолюбивые, прямолинейные, несколько догматически мыслящие. Зная это, нужно перевоспитывать себя, ведь никто, кроме самого человека, это делать не станет и ни от кого, кроме как от самого обладателя подобных карикатурно заостренных черт (речь только об этом!), это не зависит.

Ну, а если писчий спазм все-таки возник, что нужно делать?

Во-первых, сводить ребенка к детскому психиатру или невропатологу, чтобы врач решил, в чем здесь дело. Во-вторых, строго выполнять все рекомендации врача и не заниматься самолечением. В-третьих, относиться к такому ребенку (как и к любому другому, разумеется) нужно с пониманием, стремясь помочь ему, поддержать его и уж ни в коем случае не высмеивать и не считать симулянтом. Как было уже показано, к добру это не приводит. Стало быть, профилактика писчего спазма — это во многом профилактика любых невротических и иных нарушений, вызванных неправильным отношением людей друг к другу, их нетерпимостью или раздражением.

Встречаются различные виды писчего спазма. Бывает *дрожательная форма*, когда рука начинает дрожать в тот момент, когда человек взял в руки перо. Встречается *болевого варианта* писчего спазма, когда в руке, держащей перо, немедля появляется сильнейшая боль. Иногда случается и *паралитическая форма*: взял человек в руки перо — и рука бессильно падает, словно парализованная. Человек может поднимать тяжелые гири, сутками печатать на машинке, не разгибая спины вязать или шить, и никаких болезненных явлений не будет. Стоит же взять в руки легонькое перо, и болезнь обнаруживает себя в самой гротескной форме. Нередко встречается *судорожная форма* писчего спазма, когда появляются судорожные подергивания в правой руке. Самая же частая форма — смешанная, обычно складывающаяся из сочетания дрожания и судорог.

Еще 30—40 лет назад писчий спазм считался неизлечимым расстройством. Чем и как лечить его, не знали. В некоторых случаях помогал удлинненный сон. Так, в конце 1950-х годов *В. Н. Габашвили* (автор единственной в нашей стране монографии, посвященной писчему спазму) лечил своих пациентов длительным сном: 36 взрослых больных писчим спазмом спали ежедневно по 14—16 часов и лишь около половины из них могли после этого мало-мальски сносно писать. В настоящее время в лечебных целях применяется психотерапия, имеющая очень высокий эффект.

В те годы, когда не было лечения писчего спазма, медики пробовали переучивать больного писать левой рукой. Однако большинство исследователей потом обнаруживало, что писчий спазм скоро переходил и на левую руку. Поэтому люди становились глубокими инвалидами и не могли продолжать свое образование. Мы таких случаев никогда не наблюдали. Более того, в процессе лечения мы внушали пациенту, чтобы он не обращал внимания на то, какой

рукой он пишет. Какой умеет, такой пусть и пишет. При этом пора- жало, как быстро дети и подростки переучивались писать левой ру- кой и как красиво писали ею.

Склонны к писчему спазму люди вялые, медлительные, с несколь- ко «сонным» темпераментом. Именно их и нельзя заставлять писать очень быстро. Они должны привыкать постепенно к нарастающей нагрузке.

Освобождать от школы детей с писчим спазмом не следует (впро- чем, в каждом конкретном случае медики решат более точно). Лишь в редких случаях подобных пациентов переводят — да и то временно — на индивидуальное обучение. Мы не наблюдали ни од- ного случая, когда от писчего спазма нельзя было бы избавиться. И мы не видели ни одного случая, чтобы писчий спазм возник у людей, за- нимающихся физкультурой, не ведущих неподвижный образ жизни, у людей веселых и с чувством юмора.

Писчий спазм — это невроз. Он встречается начиная с IV—V класса. В более младшем возрасте редок. Там чаще бывают другие нарушения почерка. В частности, в I—II классах чаще всего диаг- ностируется особое расстройство, именуемое *дисграфией*. При этом нарушении имеется дефект способности к пространственному син- тезу; короче говоря, такой ребенок с трудом учится писать, во всем же остальном он чаще всего абсолютно здоров. Причин дисграфии много, не все из них еще изучены. Ясно одно: ребенок с дисгра- фией должен больше времени проводить за писанием букв, он должен заниматься терпеливо и аккуратно, пока не научится хорошо писать. Тут тоже многое зависит от него и от педагогов: они не должны тер-ять терпения и обязаны много заниматься с таким больным.

Но чаще всего нарушение почерка бывает у людей двигатель-но расторможенных, суетливых, которые не могут долго сидеть на ме-сте и постоянно вертятся. Многих из них следует лечить, но незави-симо от того, нуждается такой гиперактивный ребенок в лечении или нет (это решит только врач), у всех них нужно формировать волевые процессы, учить их лучшему самоконтролю, способности быть дисци-плинированным и терпеливым. Тогда и почерк улучшится. Вос-питание и самовоспитание (часто на фоне лечения) — вот что является единственным способом научиться хорошо писать, если почерк нарушен из-за чрезмерной суетливости.

Лентяи лентяям рознь. В 1859 году был опубликован роман И. А. Гончарова «Обломов», благодаря которому в русский язык прочно вошло понятие «обломовщины», ставшее символом лени, ду-шевной вялости, пассивной жизненной позиции, интеллектуальной и эмоциональной трусости и неподвижности. Разные люди вклады-вают в слово «обломовщина» неодинаковое содержание, но каким бы оно ни было, в нем всегда присутствует обязательный компо-нент — лень. Без лени не может быть обломовщины.

Что такое лень, как ее понимают врачи, да и можно ли вообще рассматривать лень с точки зрения медицины?

Лень лени рознь, все лентяи разные. Подавляющее большинство

из них абсолютно здоровые люди (мы говорим только о школьниках), требующие хорошего нагоняя, а не советов медиков. Меньшинство (к тому же очень небольшое) — это люди, у которых лень есть одно из проявлений определенной патологии. О такой лени — патологической, если так можно выразиться — и пойдет сейчас речь. Для начала уточним некоторые термины, которые употребляют медики, говоря о лени: *адинамия* — малоподвижность, нежелание двигаться, *апатия* — неактивность, нежелание что-то делать, *абулия* — расстройство воли, приводящее к отсутствию всяких желаний. Это все степени патологической лени.

Хотя внешне все люди, о которых идет рассказ, ведут себя как лентяи, у одних имеется настоящая лень, у других она лишь маска, скрывающая их заболевание, у третьих лени по существу нет, имеется лишь невозможность что-то делать при выраженном желании деятельности.

Веселый, работоспособный, жизнерадостный юноша заболел гриппом, но продолжал ходить в школу и заниматься с репетиторами, пока не свалился от усталости, головных болей и сильной слабости. Три дня посидел дома, потом опять принялся за учебу, так как не за горами были вступительные экзамены в университет. Прозанимавшись несколько дней, понял, что толку все равно нет, поскольку он быстро уставал, покрывался потом, плохо соображал и главное — ему, такому обязательному и энергичному, ничего не хотелось делать. Стоило позаниматься 2—3 часа, как им овладевала убийственная лень, он не мог даже двигаться. Обратился к врачу, тот объяснил, что это *соматогенная астения*, вызванная тем, что он не долечился от гриппа и переутомился. Побыв неделю дома, будущий студент-физик полностью восстановил свои силы, но потом как только чем-то заболел, то вспоминал полученный урок и старался тщательно выполнять рекомендации врачей.

Соматогенная астения, т. е. физическая и психическая слабость, вызванная соматическим заболеванием, — самая частая причина низкой работоспособности. Она преходяща, нужно только слушаться врачей, не нарушать щадящий режим, и тогда соматогенная астения будет безвредна. Но, к сожалению, многие люди — обычно социально очень активные и абсолютно непохожие на Обломова — во имя догматически воспринятых правил и собственной безалаберности считают, что соматическая болезнь — это ерунда, на которую не стоит обращать внимания, и что ежели человек еще не помер и способен переносить высокую температуру, то надо работать. А за это подобные люди расплачиваются резким упадком работоспособности, адинамией и даже абулией.

Иногда вследствие тяжелого соматического заболевания в той или иной степени нарушаются волевые процессы и человек становится малоактивным, равнодушным к жизни, повышенно подчиняемым, малообщительным. Это, например, нередко встречалось после тяжелых дизентерий и диспепсий, дистрофий, длительного голодания.

К проявлениям соматогенной астении внешне близки *церебра-*

стения и неврастения наиболее частые невротические расстройства нашего времени.

О первой говорилось выше, неврастения же — это результат переутомления. В младшем школьном возрасте неврастения не встречается, в основном ею страдают люди более старшего возраста. Они внешне становятся лентяями именно потому, что по своему образу жизни прямо противоположны Илье Ильичу Обломову. Те, кто заболевают неврозом переутомления, — это обычно чрезвычайно активные и настойчивые люди. Переутомившись, они подстегивают себя кофе, крепким чаем, холодным душем и, работая все больше, постепенно попадают в замкнутый круг.

Чаще всего неврастения встречается у старшекласников и первокурсников, еще не освоивших законы психогигиены. Например, подросток учится в специальной школе с обучением на иностранном языке, помимо этого, он самостоятельно учит еще 1—2 языка и, наконец, готовится с репетитором к поступлению в институт. Нагрузка большая, некогда побегать и по-настоящему отдохнуть. Подросток начинает чувствовать усталость, появляются головные боли, нарушается сон, аппетит. Засыпает с трудом, обильно снятся кошмарные сновидения, утром не чувствует себя отдохнувшим, весь день тянет ко сну, ничего не хочется делать, не может сосредоточиться, продуктивность резко падает, настроение снижается. Чем больше занимается, тем меньше успевает. Чтобы не казаться лентяем, еще больше сидит за книгами и лишь очень нескоро обнаруживает, что толку от занятий нет. Он переутомился, ему нужен отдых, нужно нормализовать сон, избавиться от гиподинамии. Что для этого сделать, ему подскажут врачи, а задача больного лишь одна — выполнять врачебные советы. От неврастения никто еще не умирал, но инвалидами становились — именно те, кто самоуверенно считали себя всезнайками и не доверяли медикам.

Научно-популярные книги — это не пособие для будущих симулянтов или учебник по самодиагностике и самолечению. Их цель — *заставить читателей не мешать специалистам помогать им*. Особенно в тех случаях, где сами читатели стали виновниками своих болезней, а неврастения — это всегда результат необразованности и самоуверенности активных людей, в результате неразумного режима дня весьма быстро превращающихся в малоактивных и раздражительных неврастеников.

Иногда за лентяев принимают депрессивных больных. В наше время появилось много стертых, смазанных форм депрессии. Поэтому и говорят о *замаскированных депрессиях*. Маски бывают разные. Довольно часто — в виде лени или соматических болезней (как говорил крупнейший отечественный терапевт *Роман Альбертович Лурия* (1874—1944), «плачет душа, а слезы в желудке, в сердце, в разных других органах»). Однако только специалист может расценить, вызвано ли снижение работоспособности скрытой депрессией. Снимая депрессию, врачи тем самым ликвидируют и бездельность.

Порой лень является как бы реакцией протеста против дурного отношения к человеку. В основном это обнаруживается у детей и подростков, так как взрослые достаточно зрелы, чтобы использовать иные способы протеста против реальных безобразий. Пьяница-отец плохо относился к сыну, обижал его, выгонял из дому. Назло отцу ребенок стал плохо учиться, хулиганить в классе, лентяйничать. Учителя называли его нахалом и бездельником. В конце концов вызвали родителей мальчика в школу, а мальчишке это только и надо было: он надеялся, что хотя бы таким способом отца усмирят и он перестанет пьянствовать.

Подобные случаи мнимой лени часто сочетаются с педагогической запущенностью и другими социально обусловленными формами неправильного поведения. Школьник поссорился с педагогом и на его уроках ничего не делает, зато на других уроках учится хорошо. Это тоже реакция протеста, которая встречается сплошь и рядом. Тут должны задуматься и родители, и педагоги, да и сам псевдолентяй; задуматься и найти более правильный путь разрешения конфликта.

Некоторые подростки, стремясь привлечь к себе внимание, покрасоваться перед сверстником, разыграть из себя некоего непризнанного гения или печального Печорина, нередко начинают лентяйничать. Тут нужно подобрать педагогический ключик и, не унижая школьника, объяснить ему неправильность его поведения. *Все хорошее и все плохое вытекает из детства.* В том числе и лень — неважно какая она: патологическая или, так сказать, нормальная. В любом случае нужно сочетать разные виды подхода к лентяям: в одних случаях лечить их, в других — больше внимания уделять их воспитанию.

Привычка? Досада? Злость? Отчего говорят: «постричься в монахи», «посыпать голову пеплом», почему католические священники выстригают себе затылок (это оголенное место называется тонзурой), а буддийские всегда ходят стриженными наголо, отчего люди придают особое символическое значение своим волосам? Исчерпывающий ответ сейчас, видимо, невозможен, так как человеческая психика изучена еще слишком мало.

Когда восьмилетняя девочка сняла с головы косынку, было видно, что волосы на голове были как бы неровно подстрижены, они топорщились, концы их были изломаны. В отдельных местах волос вообще не было. Мать объяснила, что с раннего детства девочка выдергивает волосы, иногда съедает их. Особенно часто она ломает, дергает, жует волосы, если у нее что-то не получается или кто-то ее обидел, а она не может дать сдачи. Эта привычка появилась в трехлетнем возрасте, когда мать в сердцах избилла ее за непослушание. Девочка пробовала дать сдачи, кричала, плакала, бегала по комнате. С тех пор девочка боится поднимать на мать руку, но в случае ссоры она «от злости и досады» (как говорит мать) рвет на себе волосы.

Пациентка родилась после неблагоприятно протекавшей беременности и преждевременных родов. Росла крикливой, беспокойной, расторможенной, непослушной. Любила командовать, добивалась, чтобы все было «по ней». Если что-то у нее не получалось, начинала все ломать и крушить. Родители по-своему пытались переделать девочку: они били ее, требовали безоговорочного послушания. Им как будто удалось переломить дочь: та стала слушаться родителей, боялась их, но, «затаив злобу», долго не могла успокоиться, выдирала из головы (а иногда и бровей) волосы.

В детском коллективе стремилась быть первой, командовать, требовала подчинения себе. Если ее честолюбие не удовлетворялось, «затаивала обиду», «от досады выдергивала волосы». Раньше родители заставляли девочку носить косынку на голове, чтобы дочь оставила волосы в покое, но она сбрасывала косынку, либо выдергивала брови. Сама девочка объяснила также, что в последние годы она выдергивает волосы в основном «по привычке» и не чувствует той потребности нанести себе боль, которая была у нее раньше.

Сомнений в диагнозе не было: девочка страдала *трихотилломанией*. Впервые это расстройство было описано в 1889 году французским дерматологом *Франсуа-Анри Аллопо* (1842—1919). В то время оно встречалось редко, и вплоть до последнего периода описывались лишь единичные случаи. Но в конце XX века это нарушение стало все чаще встречаться на страницах медицинской и психологической печати, все чаще трихотилломанию стали регистрировать и в нашей стране.

Греческое слово «трихотилломания» означает «страсть выдергивания волос». Им объединяются разные нарушения, так как трихотилломания — не изолированное расстройство, а симптом той или иной болезни. Выдергивание волос может быть в рамках такого особого заболевания, как шизофрения, но значительно чаще трихотилломания — это проявление неврозов, патологических свойств личности и других пограничных психоневрологических нарушений. В последних случаях трихотилломания довольно быстро излечивается, необходимо вникнуть в суть заболевания, выбрать правильную тактику и помочь больному.

Трихотилломания чаще встречается у девочек, чем у мальчиков. У взрослых она редка.

Выделяется несколько основных механизмов возникновения трихотилломании, сложно переплетающихся и сменяющих друг друга.

В одних случаях трихотилломания возникает по типу зафиксированной привычки: ребенок привык, сидя за уроками, крутить пальцем волосы и незаметно для себя их отрывать или выдергивать. Эта привычка может длиться месяцы и годы. Она обычно проходит без значительного вмешательства врача, но требует педагогических воздействий, переключения внимания, бесед и т. д.

В других случаях трихотилломания — проявление самокалечения: не имея возможности отомстить обидчику, быстро отреагировать агрессивные комплексы вовне, ребенок как бы подсознательно совершает *аутоагрессивный акт*. Обычно этот механизм встречается у интеллектуально достаточно развитых и воспитанных детей, которых приучили к сдержанности.

Бывает и третий вид трихотилломании, проявляющийся как символическое выражение чувства утраты, досады, краха притязаний. Он возникает в результате крайнего эмоционального напряжения, при невосполнимых утратах и т. д. Многие народы имели обычай посыпать голову пеплом в знак траура или утраты, с этой же целью люди стриглись наголо; известен случай с одной из олимпийских чемпионки, которая остригла себе волосы после того, как не заняла

ожидаемого места. Обычно этот тип трихотилломании имел место у честолюбивых, с высоким уровнем притязаний или чрезмерно привязанных к кому-либо людей.

Помощь таким пациентам может оказать в первую очередь психотерапевт, цель которого — снять эмоциональное напряжение, изменить отношение человека к психологическому конфликту, постараться уменьшить боль от невосполнимой потери, переориентировать систему ценностей личности. Например, после смерти матери у девочки появилась привычка выдергивать волосы, она стала равнодушной к другим родственникам и к отцу. В процессе лечения было обращено ее внимание на то, что у нее есть отец и другие любящие ее люди, тем самым удалось смягчить у ребенка горечь утраты.

Пишущий эти строки знал больную, которая стремилась всегда быть первой и всегда занимала командные посты в школе. Но однажды ее не выбрали председателем совета отряда. Девочка была крайне раздосадована, но внешне не показывала виду. Спустя некоторое время у нее развилась невротическая трихотилломания, которая сочеталась с нарушениями сна, аппетита и т. д. Своевременная помощь избавила девочку от болезненного расстройства.

В некоторых случаях больные с трихотилломанией обращаются за помощью к врачам-косметологам, которые часто не могут полностью излечить таких больных, а если и облегчают их состояние, то за счет того психотерапевтического компонента, который есть в практике любого врача.

Если трихотилломания сочетается с трихофагией (так мы называем стремление съесть вырванные у себя волосы), то говорят о нарушении влечений, обычно это наблюдается у больных с психопатоподобными проявлениями. Этим пациентов следует лечить не внушением и не препаратами антиневротического действия, а лекарствами (аминазин, неулептил, меллерил), подавляющими чрезмерную активность. Препараты в таких случаях дают годами.

Близкими по своим механизмам к трихотилломании является обкусывание, грызение ногтей. Это нарушение встречается столь часто, что на него не всегда обращают внимание, считая его только дурной привычкой. Действительно, чаще всего дети и подростки кусают ногти вследствие привычки. Но в некоторых случаях оно бывает выражением аутоагрессии или сильной неудовлетворенности чем-то. Грызение ногтей (по-латыни *онихофагия*) — это оживление древних механизмов реагирования, возврат к тому уровню развития, для которого свойственно преобладание сосательного рефлекса, т. е. раннему возрасту. Поэтому подход к этим детям различный: в одних случаях их следует отучить от дурной привычки, в других — компенсировать те внутренние переживания, одним из внешних проявлений которых было грызение ногтей.

Близким к онихофагии является *хейломания* — неудержимое желание кусать, сосать и облизывать губы. Обычно все эти три расстройства сочетаются у одного и того же больного, онихофагия чаще всего бывает у инфантильных субъектов.

Проклятая боль. В медицине почти нет симптомов, свойственных только одной конкретной болезни, большинство симптомов встречаются при самых различных заболеваниях.

Трудно найти школьника и вообще любого человека, который бы не знал, что такое головная боль, не проклинал бы ее и со страхом не ожидал очередного ее наступления. Все люди на земле испытали хотя бы один раз в жизни, что такое головная боль. И как ни странно, но такое актуальное и действительно важное для людей всех веков и стран явление, как головная боль, по сей день остается одним из самых неисследованных.

Головная боль — это не самостоятельная болезнь, а проявление разных (их около 50) болезней, различных состояний, далеко не все из которых могут быть отнесены к категории болезни. Например, воспаление почек — болезнь, а менструация — нормальное для женщины периодическое состояние. Но и при нефрите и при менструации могут быть головные боли. Каждый больной страдает присутствием только ему головной болью, у всех «голова болит» по-своему.

Бывает головная боль как проявление церебрастенического синдрома после различных органических повреждений головного мозга. Головная боль в таких случаях возникает или усиливается при длительной езде в транспорте, при качании на качелях, при перелетах в самолетах, при резком изменении метеорологических условий. В таких случаях следует принять удобное положение, не двигаться и постараться заснуть. Сон снимает почти любую головную боль, а связанную с церебрастенией — тем более. Особая головная боль встречается при шизофрении.

Голова разламывается на куски, изнутри что-то ее распирает, будто медведи ворочаются в черепной коробке. Иногда вдруг кольнет, будто большой иглой весь мозг прокалывается. А то раздается какой-то шорох: это одна извилина о другую трется, и от этого трения вся голова раскалывается от боли. Но эти боли непостоянны, их неделями не бывает, а то подряд 1—2 дня мучают. И кто, вы думаете, вызывает эту головную боль? Нет, не от усталости, не от плохого сна, не от голодовок. Это на меня электромагнитными колебаниями действуют. На Марсе сидит мой враг, Васья его зовут, это одноклассник туда убежал от наказания за двойки, на другой планете обосновался и начал мне мстить за то, что я милицию вызывал, когда он на меня порчу наводил. Он то вызовет головную боль, то сжалится. А какая будет головная боль, это все от него зависит.

Головная боль при шизофрении вытекает из бреда, и лечить нужно не ее, а основное заболевание, главные его проявления, сняли бред — и голова перестала болеть. Иногда у больных шизофренией возникают неприятные ощущения, на первый взгляд не связанные с бредом воздействия. Эти ощущения называются *парестезиями* или *сенестопатиями*¹. Они также носят вычурный,

¹ *Парестезия* — самопроизвольно, помимо воли человека, возникающие неприятные, нелокализованные, неопределенные ощущения онемения, покалывания, жжения, ползания мурашек и т. д. *Сенестопатии* — тягостные ощущения, возникающие в строго определенном месте при отсутствии изменений в тканях и органах, выявляемых современными методами исследований. Сенестопатии — признак явно болезненный. Парестезии же не всегда являются симптомом какого-либо заболевания.

странный, чудной, необъяснимый характер, и если они длительное время существуют, то постепенно начинают обрывать признаками, какие бывают в результате бреда воздействия.

Одним из частых заболеваний, при которых головная боль является основным расстройством, является *мигрень*. Кто не описывал ее! Кто не страдал ею! Полководцы (Наполеон), политические деятели (Мирабо), писатели (Герцен), великие врачи-невропатологи (Шарко), лечившие этих же писателей, представители всех профессий и социальных слоев болеют мигренью, на изучение ее тратится множество средств, но и сейчас вряд ли кто из исследователей осмелится утверждать, что знает об этой болезни больше, чем знали о ней сто и двести лет назад. Впервые научно описал ее в 1723 году врач Патер, с тех пор о ней упоминали многие ученые, но вряд ли кто из них смог рассказать о приступе мигрени более ярко и убедительно, чем М. А. Булгаков в «Мастере и Маргарите». Пятый прокуратор Иудеи Понтий Пилат страдает мигренью. Помните: «Да, нет сомнений! Это она, опять она, непобедимая, ужасная болезнь гемикрания, при которой болит полголовы. От нее нет средств, нет никакого спасения».

Еще в конце XIX века мнения авторов, изучавших мигрень, сводились к следующему (и в наши дни они существенно не изменились):

1) мигрень проявляется с раннего возраста, но чаще всего с периода первых менструаций у женщин и с подросткового периода у мужчин;

2) кто до 35—40 лет не заболел мигренью, тот может быть уверенным, что она уже вряд ли у него появится;

3) с годами приступы мигрени становятся все реже и все менее интенсивными и никогда не бывают так сильно выражены, как в подростковом и юношеском возрасте. Как сказал один из исследователей мигрени Буассар: «Обе старятся: мигрень и большая мигрень»;

4) мигрень — это болезнь главным образом города и женщин. У мужчин и у сельских жителей (в том числе и женщин) она сравнительно редка;

5) для лечения мигрени нужно мало есть (особенно мяса), много пить минеральной воды и заниматься гимнастикой. Впрочем, эти традиционные средства помогают далеко не всегда, а если приступ начался, то пока он не закончился рвотой и сном или, если больной не принял обезболивающее или снотворное средство, остановить приступ не всегда удается.

Мигрень носит наследственный характер в том смысле, что у тех больных, у которых определялась мигрень, в роду были уже случаи этого страдания. Однако сколько бы ни рассуждали о наследственном происхождении мигрени, это все остается мало достоверным, поскольку никто еще не изучил потомство людей, больных мигренью. Если мигрень имеет только наследственную

природу, то у подавляющего потомства больных мигренью должны быть больные мигренью дети, внуки, правнуки и т. д. А это еще никем не доказано и не опровергнуто потому, что просто еще не изучено.

Чаще всего встречаются головные боли, обусловленные психическими факторами. Одним из симптомов неврастения является головная боль — такая, будто голова стянута каской, обручем, кольцом. При истерическом неврозе почти обязательно бывают головные боли. «Будто гвоздем голову проткнули. Стоит понервничать, как появляются головные боли, очень мучительные. Но если успокоюсь, то они чуть ли не мгновенно проходят. С годами стала я понимать это, поэтому стремлюсь зря не нервничать, а то вновь схватит голову», — рассказывает одна из таких больных.

Встречаются головные боли и другого характера. Всего выделяется не менее 15 основных механизмов головных болей. Зная причину головной боли, следует и подбирать соответствующее лечение. Если голова болит от переутомления, надо отдохнуть. Если от психической травмы, нужно переключиться на что-нибудь иное, не думать о травме и т. д. Всегда следует помнить, что нельзя без особой нужды принимать лекарства болеутоляющего действия. Лучше перетерпеть, чем глотать лекарства. Если головные боли упорны и сильны, нужно, не мешкая, обратиться к специалисту и тот решит, что следует делать. Никогда не следует заниматься самолечением, а при головных болях тем более. Если у человека головные боли, ему нельзя играть в хоккей, футбол и другие игры, при которых возможны ушибы головы и, следовательно, усиление головных болей. Подобный запрет в первую очередь касается школьников.

Недержание мочи. В детском возрасте очень часто встречаются крайне антиэстетичные болезни, о которых неприятно говорить, но никуда от них не денешься. Их тоже надо изучать и лечить, а первейшим помощником врача тут должен быть педагог, ведь от его такта, ума, информированности зачастую зависит судьба школьника.

Недержание мочи (по-латыни *энурез*) — частая жалоба детей и подростков — может быть ночным, дневным и постоянным. Это проявление разных болезней. Чаще всего недержание мочи бывает в детском возрасте. Функция регулирования мочевыделения — одна из самых молодых биологических систем, в силу этого она легче всего разрушается под влиянием самых незначительных воздействий. У мальчиков недержание мочи встречается в 4—5 раз чаще, чем у девочек.

Мы выделяем несколько основных форм этого расстройства.

Встречается недержание мочи, обусловленное тяжелыми анатомическими дефектами соответствующих систем, травматическими повреждениями, воспалениями и т. д. У многих школьников урологическая (да и всякая другая тяжелая) болезнь вызывает чувство своей неполноценности. Стесняясь здоровых, они стремят-

ся уединиться, замкнуться в себе, чтобы избежать насмешек, безразличного отношения. Вот тут нужен особый такт, умение поддержать человека. Ведь в конце концов все это излечивается, нужно только набраться терпения.

Недержание мочи, как следствие замедления темпа формирования либо разрушения этой функции органическими заболеваниями нервной системы, называется *неврозоподобным*. В норме регуляция функции мочевыделения формируется к 2—3 годам. Когда она формируется позже, чем обычно, дети не удерживают мочу и после 2—3-летнего возраста. Эта патология, как правило, проявляется ночью и может быть связана с наследственностью (есть семьи, в которых большинство мальчиков до 6—7 лет, а иногда и позже страдали недержанием мочи), но чаще бывает вызвана остаточным явлением органического поражения головного мозга.

Неврозоподобный энурез вследствие раннего органического поражения нервной системы не зависит от волнений и других психологических факторов, усиливается же под влиянием переутомления, физических страданий, переохлаждения и пр. Известны весенне-осенние учащения недержания мочи, связанные с изменением погоды. Чем старше становится ребенок, тем реже у него встречаются подобные отклонения. Некоторые подростки, у кого еще долгое время сохраняется недержание мочи, под влиянием переживания заболевания меняются по характеру, у них иногда усиливается робость, нерешительность, замкнутость, отгороженность, чрезмерная ранимость, впечатлительность и другие свойства повышенной тормозности.

При разрушении уже сформировавшейся функции недержание мочи обнаруживается не с рождения, а со времени менингоэнцефалита, травмы позвоночника, сотрясения мозга и т. д. В дальнейшем течение болезни зависит от постепенной ликвидации основного повреждения и носит, как правило, монотонный, однообразный характер с неуклонным ослаблением болезни. В тех случаях, когда темп наступления компенсации замедлен или имелись дополнительные мозговые вредности, неврозоподобное недержание мочи может тянуться годами и в подростковом периоде иногда приводит к патологическому формированию личности.

Разрушиться функция мочевыделения может и под влиянием психических причин. В таких случаях говорят о *невротическом энурезе*. Чаще всего это невротическая реакция, когда под влиянием острой психической травмы кратковременно нарушается соответствующая функция. Например, от страха у ребенка возникло непроизвольное недержание мочи или кала (описывают весьма распространенную — особенно у старшеклассников и первокурсников — так называемую *медвежью болезнь*: проявление невротической реакции с дисфункцией кишечника). Обычно невротическая реакция с энурезом длится часы или несколько дней и проходит по мере исчезновения психического напряжения. В тех случаях,

когда душевное волнение долго сохраняется и болезненные проявления закрепляются, говорят о *невротическом состоянии*. Тут больной тяжело переживает свое затянувшееся заболевание. Четкая зависимость невротиического недержания мочи от психического состояния приводит к тому, что эти нарушения, в отличие от неврозоподобных расстройств, проявляются все-таки непостоянно.

Непроизвольное недержание мочи может быть, кроме того, составной частью других заболеваний. Речь идет о таких болезнях, как шизофрения, состояние слабоумия и т. д. При эпилепсии, например, во время припадка иногда наблюдается непроизвольное мочеиспускание. Лечение таких нарушений зависит от ликвидации основного заболевания.

Лечение невротиического недержания мочи в первую очередь психотерапевтическое при соблюдении, конечно, питьевого режима: вечером не следует употреблять жидкость, перед сном нужно несколько раз сходить в туалет, спать только на спине, следует успокоить больного, отвлечь от тяжелых переживаний. С этой же целью иногда дают препараты успокаивающего действия: элениум, седуксен и др.

При лечении больных с неврозоподобным энурезом первое место занимает биологическая терапия, направленная на ликвидацию органического поражения и на восстановление утраченной функции. Используются разные препараты, а также специфические тренировки (например, больному рекомендуется мочиться дробно, выпуская за один раз не всю мочу, а частями). Если у больного слишком глубокий сон, нужно сделать его более поверхностным. С этой целью применяется специальный аппарат, предложенный в 1950-х годах курским профессором *Борисом Израилевичем Ласковым*. Аппарат устроен таким образом, что при появлении первой капли мочи замыкается электрическая сеть, раздается тревожный звонок и больной просыпается. Использовать аппарат Ласкова Ал-2 и препараты пробуждающего действия можно только тогда, когда речь идет о неврозоподобном энурезе, связанным с чрезмерно глубоким сном; при невротиическом же нарушении использование этих приемов недопустимо, оно лишь усилит невроз, при котором и без того всегда имеется дефицит сна и лечение направлено на то, чтобы дать больному выспаться.

К настоящему времени известно более 300 самостоятельных методов лечения энуреза, их обилие говорит в первую очередь о малой эффективности каждого из них. Это заставляет исследователей искать новые приемы. Однако важно не только создавать новые методы, но и разумно использовать уже имеющиеся. Правильное распознавание расстройства и выбор соответствующего лечения гарантируют полное и скорое выздоровление.

Можно ли и нужно будить детей с недержанием мочи?

Ответ (даже в самой общей форме) будет зависеть от клинической картины заболевания. Детей с невротиическим энурезом

будить строго-настрого запрещено. При неврозах сон обычно ухудшается, становится поверхностным, со множеством сновидений. Больные с трудом засыпают вечерами, они испытывают чувство тревоги. Лечение направлено на углубление сна, поэтому таких больных ни в коем случае нельзя насильно пробуждать.

Что же касается детей и подростков с неврозоподобным недержанием мочи, то тут следует помнить, что искусственное пробуждение не принесет пользы и может лишь раздражать пациента, если с больным не будет проводиться медикаментозного лечения. На фоне этого лечения (особенно в конце его) можно иногда будить пациентов, чтобы поскорее выработать стойкий рефлекс своевременного пробуждения в ответ на позыв на мочеиспускание.

Чем младше ребенок, тем чаще энурез. У подростков, у юношей он становится все реже. В среднем недержанием мочи страдает 5—10% детей. В детских домах и интернатах число детей с недержанием мочи резко возрастает (по данным ряда исследователей, до 25—30%).

Недержание кала. Это расстройство встречается в 10—15 раз реже энуреза и очень часто сочетается с ним. Как и недержание мочи, это нарушение бывает в основном у лиц мужского пола. Если среди пациентов с недержанием мочи преобладают лица с неврозоподобным нарушением, то среди больных недержанием кала (оно может быть ночным и дневным) большинство страдает невротическими формами. На примере этого заболевания еще раз покажем необходимость дифференцированного подхода к психическим расстройствам у школьников.

Недержание кала может быть симптомом грубого анатомического дефекта заднего прохода и строения прямой кишки. Это бывает после некачественной хирургической ликвидации врожденного зарращения ануса, вследствие травматического поражения прямой кишки и анального отверстия и т. д. Лечение подобных расстройств занимаются представители хирургических специальностей, однако и в таких случаях важна роль психотерапии. Последнюю необходимо использовать главным образом для преодоления невротических наслоений, нередко имеющих у таких пациентов из-за переживания ими своего дефекта, и для снятия состояния детренированности после ликвидации анатомического дефекта анального отверстия. Необходимо рекомендовать больному 15—20 раз в день втягивать и напрягать мышцы анального жома, много раз в день, приподнявшись на пальцы ног, с силой всей тяжестью тела ударять пятками об пол, кататься на велосипеде, ходить крест-накрест и т. д.

Недержание кала может быть результатом шизофрении, грубого органического поражения головного мозга, слабоумия. В таких случаях, естественно, лечат основное заболевание, после смягчения или ликвидации которого уменьшается или исчезает и недержание кала.

Как уже говорилось, недержание кала почти всегда соседствует с недержанием мочи. Это сочетание чаще всего имеет место при грубых органических поражениях головного мозга.

Расторможенный, суетливый, очень беспокойный 9-летний мальчик был приведен на консультацию по поводу дневного и ночного недержания кала и мочи. Во время беседы ребенок ни секунды не сидел на месте: вскакивал, хаотически носился по кабинету, кричал, хохотал. Мать считала, что до 6 лет он был хотя и крикливый и капризный, но все же терпимый. В 6 лет он перенес клиническую смерть, после этого стал совершенно невыносим. Во время беспрерывной беготни мальчик забывал вовремя опорожнять кишечник — таков был механизм дневного недержания кала. Устав за день, он ночью спал «как убитый», и поэтому имело место ночное недержание мочи и кала. Все это совпадало с выраженным возбуждением днем и слишком крепким сном ночью. Ребенку был назначен амипазин, скоро он стал несравненно спокойней, ему постоянно напоминали, что надо следить за своевременным опорожнением кишечника и мочевого пузыря. В результате дневное недержание мочи и кала прекратилось. Поскольку днем мальчик меньше уставал, он не так крепко, как прежде, спал ночью (к тому же ему наладили и дневной сон) и ночное недержание мочи и кала также прекратилось. Прежде больной многократно обследовался у урологов и проктологов, которые не находили у него какой-либо органической патологии, но лечили его своими методами. Уменьшение психопатоподобного синдрома уменьшило недержание мочи и кала в дневное время.

Чаще же всего встречаются психогенные формы недержания кала, среди которых доминируют невротические расстройства. Самой распространенной точкой зрения многих психиатров является та, согласно которой недержание кала — это всегда или почти всегда результат истерических нарушений. Проанализируем этот механизм. Эволюционная теория Дарвина учит, что современный человек прошел длинную эволюцию и что в нем как бы заложены способы реагирования, типичные для его предшественников по эволюционной лестнице. Одним из способов реагирования всех мало-мальски развитых живых существ являются два типа *реакций на опасность*, подробно описанных выдающимся немецким ученым *Эрнстом Кречмером* (1888—1964) на модели психических нарушений.

Первый тип реагирования заключается в следующем: когда любому живому существу угрожает опасность, это существо подсознательно мобилизует все свои жизненные ресурсы и дает бурную двигательную реакцию, направленную на то, чтобы убежать от опасности. Это способ реагирования, естественный для собак, кошек или крокодилов, встречается и у людей. В одних случаях он носит, так сказать, нормальный характер (например, у спортсменов), в других — очень редких — окрашен в психопатологические тона и тогда называется «двигательной бурей». Последняя проявляется в виде истерических припадков и истерических трясучек, которые в XX столетии встречаются весьма редко.

Второй тип реагирования внешне диаметрально противоположен первому: вместо того чтобы убежать от опасности, живое существо, наоборот, как бы замирает, приостанавливает свое функционирование, как бы прикидывается мертвым, чтобы опасность обошла его стороной. Этот вид реагирования называется

«мнимой смертью». Если оба эти типа реагирования — архаические, древние, в выраженной форме присущие главным образом животным — оживают в психике человека, то чаще всего они носят болезненный характер и условно относятся к истерическому типу реагирования. Симптомами «мнимой смерти» являются разнообразные парезы, параличи, истерические мутизмы, глухонмота, слепота и т. д. К этой же реакции «мнимой смерти» относятся и некоторые нарушения со стороны каловыделения: задержка стула, истерические поносы, недержание кала.

10-летний мальчик был свидетелем драки взрослых мужчин. Один из участников драки — известный всем пьяница — погнался с железным прутом за своим противником и пробежал рядом с нашим будущим пациентом. От страха у мальчика «отнялись ноги» и неудержимо захотелось опорожнить кишечник. Когда он пришел в себя от потрясения, то обнаружил, что все белье выпачкано калом. Дома он получил от родителей нагоняй за это. Мальчик долго плакал, потерял аппетит, вечером долго не мог заснуть, ночью снилась сцена, виденная днем.

Утром он обнаружил, что за ночь еще раз испачкал белье. Родители вновь крепко обругали сына. Вечером не мог заснуть, и ночью опять имело место недержание кала. На следующий день мать привела ребенка к нам. Пациенту был назначен седуксен, проведено гипнотическое внушение. Недержание кала более не повторялось, остальные невротические симптомы прошли через несколько дней.

С первых классов школы девочка обращала на себя внимание чрезмерной серьезностью, добросовестностью, она решительно пресекала любые отклонения от норм общежития. За это ее назначали на руководящие посты в школе. Училась она отлично, и каких-либо трудностей у ее родителей из-за нее не было.

В 13-летнем возрасте девочка была в музее, и вдруг ей захотелось в туалет. Усилием воли она подавила это желание и потом еще долго корила себя за то, что так «распустилась, дала волю желаниям, будто какая-то двоечница». Придя домой, она обнаружила, что у нее уже нет потребности в опорожнении кишечника. Стула не было в течение 4-х дней. Она рассказала все матери, та сделала ей клизму, и каловые массы вышли. Казалось бы, все стало на свои места. Позже девочка заметила, что стоит ей поволноваться или за что-то поругать себя, как у нее появляются длительные запоры, которые прекращаются лишь после приема слабительных. Поскольку временами образовывался каловый камень, больная стала регулярно следить за работой кишечника, волноваться из-за этого, фиксироваться на неприятных ощущениях. Постепенно она стала меньше общаться со сверстниками, больше времени проводила одна.

В дошкольном возрасте истерические нарушения каловыделения, по данным В. И. Гарбузова, А. И. Захарова и Д. Н. Исаева (1977 год), составляют 12% от всех истерических неврозов у детей.

К психогенным нарушениям относятся также недержание кала при грубых истерических психозах, но особенно часто как патохарактерологическая реакция пассивного протеста.

Патохарактерологическое недержание кала встречается только в дневное время, оно никогда не возникает в состоянии сна. Нам доводилось видеть много детей, у которых появлялось дневное недержание кала (иногда и мочи) после прихода в дом отчима или после помещения ребенка в детский коллектив. Практически всегда этот вид реакции протеста обнаруживался в 3—6-летнем возрасте; ни до этого периода, ни после мы его не встречали.

У каких детей возникало подобное недержание кала? Сказать, что почти все они страдали церебрастениями и другими последствиями раннего органического поражения центральной нервной системы,— значит не сказать ничего. Дело не в органике, а в личностных свойствах детей и главное — в их чрезмерной привязанности к матери и к своему дому. Пожалуй, именно это (ревность, обида, нежелание отрываться от матери и т. д.) и являлось главной причиной патохарактерологического недержания кала. Что же касается оскорблений, наказаний и других извечных причин неврозов, то их роль в возникновении указанной патологии бесспорна.

Недержание кала быстро излечивается, нужно только вовремя обратиться к специалисту и строго выполнять его рекомендации.

Ну, а что делать, если в классе находится ребенок с недержанием кала? Ведь от него же исходит запах кала, раздражающий окружающих. На все случаи жизни советы дать трудно. Ясно лишь одно: если пребывание подобного больного мешает окружающим, то пациента с затянувшимся недержанием кала следует перевести на индивидуальное обучение. Однако тут очень важно, чтобы ребенок не чувствовал своей полной оторванности от школы, т. е. его нужно навещать, приглашать на школьные мероприятия, всячески показывать, что он полноправный член коллектива. Нужно все делать, чтобы уменьшить у ребенка чувство своей неполноценности.

В память несчастного Онана. Один из библейских персонажей — некий Онан — не любил свою жену и не хотел иметь от нее детей. С этой целью он старался, чтобы его детородная жидкость не попадала к его супруге. История сохранила имя этого страдальца, хотя смысл здесь иной, ведь сам Онан по существу онанистом не был. Врачи называют онанизм еще одним термином — *мастурбация*.

И родители и педагоги очень интересуются этим вопросом, но не всегда знают, в чем дело, и из-за этого порой калечат подростку жизнь. Примером этого является судьба 20-летнего пациента.

Когда ему было 15 лет, родители заметили, что мальчик занимается онанизмом. По совету классного руководителя отец провел с сыном беседу в агрессивно-угрожающих тонах: если будешь онанистом, превратишься в импотента. Впечатлительный подросток выслушал все это и с большим трудом, но прекратил онанировать. В 20 лет он влюбился, решил жениться, но очень сомневался в том, сможет ли он выполнять свои супружеские обязанности. По натуре юноша был очень тих, стеснителен, крайне боязлив. Чем больше он думал о своей супружеской жизни, тем чаще вспоминал суровые слова отца. Постепенно возник страх, что он не сможет вступить со своей будущей женой в интимные отношения. Этот страх усиливался и в конечном итоге привел молодого человека к врачу. В результате лечения он выздоровел, но сколько есть людей, которые не смогли так быстро выздороветь!

Это все говорит о том, что к онанизму следует относиться осторожно и знать, что и как подростку говорить, чтобы не принести больше вреда, чем пользы.

О вреде мастурбации ходит много слухов, большей частью необоснованных. Беда еще в том, что молодые люди обычно стесняются обращаться к специалистам, пользуясь советами доморощенных знатоков. В результате происходит нагромождение страхов, опасений, человек мучается из-за них, теряет правильные ориентиры в интимной жизни, страдает.

Онанизм бывает *физиологический* и *патологический*.

Физиологическая мастурбация как возрастная особенность подростка ничего страшного собой не представляет и не требует каких-либо медицинских вмешательств. Она с возрастом проходит, и очень существенную помощь в этом оказывают меры педагогического воздействия: не ругать и грозить, а успокаивать, отвлекать, переключать энергию подростка, заставлять его уставать физически. Необходимо больше заниматься спортом, не употреблять во второй половине дня возбуждающей пищи, следует спать на спине и пр. И конечно, нужно уменьшить поступление к подростку информации сексуального содержания.

Многие зарубежные специалисты считают, что физиологическая мастурбация — особенно у женщин — нередко играет и полезную роль (если она имеет меру), как бы подготавливая женщину к предстоящей половой жизни с эмоционально-насыщенным оргазмом. По их мнению, такой онанизм есть как бы разминка перед будущей половой жизнью.

Но многие исследователи это оспаривают.

Случаи патологического онанизма входят в компетенцию врача, и связаны они чаще всего с резким усилением влечений, оно может быть очень сильным и проявляться с раннего детства.

Условно можно сказать так: случаи мастурбации в грудном и раннем возрасте всегда свидетельствуют о болезни, в 5—12-лет — это либо подражание или проявление болезни. В подростковом же возрасте мастурбация может быть как патологической, так и физиологической. В случае патологической мастурбации следует длительное время назначать аминазин и другие психотропные препараты.

В детских коллективах порой встречается групповая мастурбация: под влиянием какого-нибудь больного онаниста инфантильные существа начинают подражать ему. Обнаружив все это, педагог обязан немедленно разогнать эту группу; вожака направить к врачу, а слишком доверчивых мальчиков, ставших жертвой подражания, изолировать друг от друга.

Многие из врачей говорят: весь вред онанизма заключается в разговорах о его вреде. Это выражение полностью подходит к физиологическим формам мастурбации, но неверно, когда речь идет о патологическом онанизме. В таких случаях больного следует интенсивно лечить. А это, как правило, гарантирует успех.

Интерес к противоположному полу должен проявляться у каждого психически здорового юноши, у инфантильных людей этот интерес возникает несколько позже. В силу дефектов вос-

питания и психических аномалий некоторые юноши продолжают долгое время относиться к лицам противоположного пола только как к своим товарищам, а к некоторым своим однополым товарищам — как к субъектам противоположного пола; последнее обстоятельство может быть начальным проявлением *гомосексуализма*. Впрочем, это бывает очень редко, особенно если общество запрещает любую пропаганду порнографии, в той или иной форме наказывает людей с половыми извращениями и тем самым ликвидирует элемент подражания в возникновении половых аномалий.

Роль социальных факторов в формировании патологии влечений очень велика. Если половые извращения рекламировать, то они рано или поздно появятся. Западные средства информации, которые в погоне за сенсациями много уделяют им внимания, тем самым вызывают к ним повышенный интерес, а на эту удочку в первую очередь попадают внушаемые или душевнобольные люди.

НЕЗРЕЛЫЕ ЛИЧНОСТИ

«Вечная весна». Мы уже неоднократно упоминали о психически незрелых школьниках. Рассмотрим этот вопрос более детально, тем более что вторая половина XX столетия — период, когда инфантилизм стал одной из самых актуальных проблем. Именно поэтому важно, чтобы педагоги ориентировались в проблеме психического инфантилизма и в меру своих возможностей предотвращали развитие этого сложного явления, в происхождении которого играет роль сложное переплетение социальных и биологических факторов, причем социальным механизмам (особенно воспитанию в семье и школе) придается самое большое значение. С инфантильными детьми и подростками приходится сталкиваться всем: педагогам, юристам, милиции, врачам и т. д. Среди несовершеннолетних правонарушителей, прошедших судебно-психиатрическую экспертизу, каждый пятый обнаруживал черты личностной незрелости и в силу этого плохо понимал социальные ограничения, не знал, что можно, а чего нельзя делать, не полностью осознавал последствия своих поступков. По данным некоторых исследователей, процент психически незрелых людей среди правонарушителей достигает примерно 50. Что делать с такими людьми, как их наказывать: отправлять в тюрьму, т. е. все-таки считать их достаточно зрелыми, чтобы они несли полную ответственность за свои поступки, или помещать в психиатрическую больницу, т. е. относиться к ним как к психически аномальным субъектам? Конечно, преступление преступлению рознь, и подход к таким людям тоже разный, но я говорю о принципе: как относиться к этим субъектам? Как к взрослым или как к детям независимо от их паспортного возраста?

Среди наркоманов (в первую очередь алкоголиков) число психи-

чески незрелых людей очень велико. Вероятно, оно приближается к 75%. Таких пьяниц усиленно лечат, но из-за слабоволия, неспособности противостоять ничтожнейшему давлению извне, неумения преодолеть мельчайшие соблазны такие люди вновь начинают пить, опять попадают в психиатрическую лечебницу, вновь врачи бьются, чтобы выработать у них отрицательный условный рефлекс на водку. Вырабатывается он у инфантильных субъектов быстро из-за их чрезмерной подчиняемости и также быстро и из-за этих же причин гасится, как только эти люди оказываются на воле, где есть пьяницы-друзжки, винные магазины, пивные ларьки.

В школе почти в каждом классе есть дети, которые вроде бы всем хороши и учиться могут отлично, но из-за детскости, типичной для более младших детей, они неусидчивы, не могут проявить минимальное волевое усилие и полчаса посидеть за партой, они требуют постоянного контроля. Если их контролируешь, все время напоминаешь им об обязанностях (незрелые же люди обычно очень любят говорить о своих правах, а обязанности выполняют плохо и очень обижаются, когда им напоминают об этом), они более или менее еще держатся. Стоит же уменьшить контроль — распускаются, начинают бездельничать, хулиганить, хотя делают они это без особой злобы и мести, а ради шутки, ради баловства, не задумываясь над последствиями.

Среди разного рода бродяг психически незрелые люди составляют основную массу. Бегут они по разным мотивам, у каждого свое, но если отбросить их детские объяснения, то истинные причины могут быть сведены к нескольким (более подробно см. на с. 138).

Всем инфантильным субъектам свойственна *сенсорная жажда*, т. е. им хочется как можно больше узнать, увидеть, почувствовать, вкусить. Само по себе это приобретение опыта и знаний, казалось бы, ничего плохого в себе не несет. На первый взгляд это действительно так. Но у незрелых людей это приобретение р а д и приобретения. Они, как мотыльки, летают по верхам, ничего глубоко не понимая и видя лишь поверхность явлений. Из-за хаотического стремления получить новую информацию они убегают из дома, бродяжничают и, лишь повзрослев, успокаиваются и порой используют приобретенный в странствиях опыт для сочинения красочных и внешне правдоподобных историй. Сама по себе сенсорная жажда отвлекает таких людей от того, что им на самом деле нужно, от дела, превращает их в рабов усиленного, расторможенного «рефлекса свободы». К счастью, к 25—30 годам большинство таких бродяг приходят в себя, исчезает охота к беспричинной и не приносящей ничего хорошего перемене мест, они постепенно превращаются из никому не нужных перекати-поле в более зрелых людей.

Романтическая *страсть к приключениям* — эта еще одна важная черта психически незрелых людей — приводит многих из них к бродяжничеству. Такие подростки убегают из дома, чтобы уехать, например, в Африку и найти там следы какого-нибудь доисторического животного, остатки хижины легендарного Тарзана или бо-

роться за освобождение угнетенных народов. Сами по себе эти порывы — порой благородные — не приносят инфантилам ничего, кроме хлопот и насмешек, уж очень они некстати, шиты белыми нитками, слишком несерьезны. Зрелый человек может делать то же самое, что и инфантил, но у зрелого мотивы поступков иные, более продуманные, учитывающие последствия.

Бесконечная склонность незрелых людей *подражать кому-то* тоже превращает их в бродяг, особенно если их увлечет какой-нибудь бородатый романтик, которому не сидится на одном месте. Этот романтик сам не знает, чего он хочет и чего ищет, а из подражания ему множество хороших, но незрелых людей зря будут тратить свое время на пребывание в обществе этого героя.

Из-за чрезмерной обидчивости, ранимости инфантилы могут убежать из дома и в знак протеста. Подобные характерологические реакции иногда закрепляются, генерализуются, и такой «протестант» убегает по любому поводу, а чаще без повода. Был бы он поумнее, не стал бы этого делать, но чтобы понять это, ему нужно совершить самое трудное — дозреть.

Врачи, отбирающие призывников в армию, ломают голову над тем, что делать с инфантилами, которых довольно много. Понятно, что армия с ее суровыми законами, строго регламентированным распорядком и дисциплиной должна перевоспитывать психически незрелого человека, учить его правильно вести себя. В армейских условиях инфантил должен дозреть. Просидев за нарушение дисциплины какое-то время на гауптвахте или чистой картошке на кухне под руководством непреклонного и сурового старшины, он познает прозаический смысл жизни и учится быть более предусмотрительным. То есть инфантилу от армии только польза, а армии от него? Это же не филантропическое заведение, у армии свои определенные функции. Вдруг такой инфантил выкинет какой-нибудь номер, от которого пострадает множество неповинных людей? Значит, необходимо как-то обезопасить армию от психически незрелых солдат, нужно в таких случаях стоять не на стороне больного, которому будет польза от армии, а на стороне армии, которой такой субъект приносит лишь хлопоты. Таким образом, в каждом конкретном случае медики вынуждены по-разному решать этот сложный вопрос.

Известно, что разрушение семей бывает чаще у психически незрелых, безответственных, непредусмотрительных людей, даже если им уже по 40—50 лет.

Инфантилы бывают разными: у одних — это врожденное свойство характера, у других — следствие воспитания, у третьих — результат нежелания быть взрослым (а это чаще всего тоже от воспитания) и т. д. Такие субъекты не могут переносить прозу семейной жизни, им нужна романтика и, как поется в популярной молодежной песенке: «вечная весна». А если такому попрыгунчику достанется слишком молодая и не

имеющая самостоятельной линии поведения жена, развода не миновать. Лучше бывает, если жена поумнее, попрacticalнее и — что еще важнее — старше. В наши дни резко возросло число фактических да и формальных браков молодых мужчин с женщинами намного старше их. Наверное, это не случайно. Психически незрелый мужчина нуждается в такой жене, которая поможет ему «дозреть», заменит ему мать.

Если раньше инфантилизм описывался главным образом у людей из зажиточных семей, то сейчас он распространен во всех слоях общества. Изучать его психиатры стали лишь со второй половины XIX века, и к настоящему времени исследование этой проблемы прошло большой путь.

Естественно, что врача в первую очередь интересуют патологические формы психической незрелости. Непатологические формы (временные, невыраженные, без серьезного нарушения социальных и биологических основ личности) тоже нельзя игнорировать, ведь со временем они могут стать патологическими.

Подробнее остановимся на непатологических формах психической незрелости: ведь именно они наиболее распространены среди инфантильных школьников. Коррекцией психической незрелости тут должны заниматься педагоги и семья — участие же врачей в этих случаях в основном символическое.

Когда речь идет о патологических формах психического инфантилизма (случаях весьма редких), то ясно, что помощь им будут оказывать главным образом медики, и эта помощь очень часто бывает весьма эффективной. Лица же с непатологическими формами психической незрелости чаще всего остаются безо всякой помощи.

Кто вовремя не созрел. У Пушкина есть строки:

Блажен, кто смолоду был молод,
Блажен, кто вовремя созрел.

Те, кто вовремя не созрел, и есть инфантилы.

Когда родители говорили о 10-летнем сыне, они с грустью отмечали, что у мальчика много черт психической незрелости, в его характере преобладали особенности, которые более свойственны детям более младшего возраста. Но то, что было естественным для 6—7-летнего ребенка, стало ненормальным для десятилетнего. В поведении мальчика доминировали поступки по первому побуждению (захотелось — сделал и только потом подумал, можно ли это делать), беспечность, легкомыслие, безответственность, неспособность довести до конца начатое дело, преобладание игровых интересов, легкая пресыщаемость. Он делал только то, что было ему интересно, но затем ему это быстро надоело, и он, не доведя до конца начатое дело, быстро охладевал к нему и переключался на другое.

Ребенок был необыкновенно привязан к матери, не отпускал ее ни на шаг, тревожился, если она поздно приходила домой, по многу раз в день звонил ей, что тоже характерно для более младшего возраста.

Учился мальчик неравномерно: если ему что-то нравилось, он легко усваивал и получал хорошие отметки, но все брал наскоком, не любил систематический труд. Его суждения отличались поверхностностью. Легко меняя свои мнения, он не

имел стойких убеждений, был чрезмерно внушаем. Одноклассники относились к мальчику без уважения, считали, что он хвастун, любит приврать, ничего ему нельзя поручить. Родители видели, что отдельные черты характера, свойственные сыну, очень часто встречаются у многих детей (в том числе и у сверстников их сына), но у него они были так сильно выражены и так сочетались, что мальчик казался необычным по сравнению со сверстниками. Обратившись за советом к врачу, они узнали, что все поведение их сына обусловлено состоянием психического инфантилизма и является в данном случае крайним вариантом нормального (здорового) характера.

Уже более 120 лет психология и медицина изучают проблему психической незрелости. За эти годы были подробно описаны варианты этой особенности характера, выделены типы их динамики, начаты исследования наилучших форм медико-педагогической коррекции. Несмотря на большие успехи в изучении психического инфантилизма, к настоящему времени эта проблема является пока малоизученной, в ней много спорного и малоизвестного.

Проф. Г. Е. Сухарева выделяла два основных варианта психического инфантилизма у детей и подростков: *гармонический* и *дисгармонический*. Выше мы останавливались на различиях между ними, сейчас же рассмотрим их более подробно.

Гармонический вариант психической незрелости — это необычный, но нормальный характер. Обнаруживается подобный тип инфантилизма обычно с 7—8-летнего возраста, когда становится заметным отставание темпа психического созревания от возрастных норм: ребенок ведет себя соответственно не своему возрасту, а более младшему. В его поведении преобладают незрелые, плохо контролируемые эмоциональные реакции, свойственные маленьким детям: капризность, жажда удовольствия, быстрая пресыщаемость, стремление идти по пути наименьшего сопротивления, преобладают игровые интересы. В школе такие дети отличаются неусидчивостью, стремлением к развлечениям, неспособностью сделать вывод из своих ошибок и из опыта других людей. Им трудно сосредоточиться, их все отвлекает. Беспечны, настроение у большинства из них повышено, они легко смеются, но также быстро обижаются и плачут. Их эмоции поверхностны и бурны («бурная река всегда неглубока»). У многих имеются артистические склонности, они любят выступать на сцене, «кривляться». К 10—12 годам у большинства подобных детей черты психической незрелости уменьшаются и в подростковом возрасте обычно проходят бесследно.

Однако иногда темп психического созревания оказывается слишком медленным, и в подростковом возрасте черты психической незрелости могут еще сохраняться и даже быть достаточно резко выраженными. Слабоволие таких подростков, их чрезмерная внушаемость и подчиняемость более сильным личностям могут привести к тому, что такие люди становятся на неправильный путь. Некоторые из них перестают учиться в школе, убегают с занятий (им ведь неинтересно заниматься скучной и однообразной деятельностью), примыкают к «плохим» компаниям, из-за жажды нового и стремления не отстать от своих приятелей начинают пить вино,

курить, не получая, кстати, от этого особого удовольствия.

В то же время это, как правило, добрые и отзывчивые люди; они любят животных, всяческие приключения и романтику, способны к сопереживанию, любят помогать другим. Они легко дают обещания правильно вести себя, но также легко забывают о них. Наивность, непосредственность, непредусмотрительность, несамостоятельность в суждениях и поступках обращают внимание педагогов и родителей. «Скорей бы ты повзрослел и стал бы, как твои сверстники»,— говорят родители таким детям, видя в них чрезмерное простодушие, детскость в поведении и суждениях.

К 20—25 годам (а у многих людей значительно раньше) черты гармонического типа психического инфантилизма бесследно и окончательно проходят, человек как бы дозревает и сравнивается со своими сверстниками.

Для того чтобы раньше сгладились черты психической незрелости, необходимо соответствующее воздействие со стороны родителей и педагогов. Нужно воспитывать в детях стремление к самостоятельности, выдержанности, умение довести до конца начатое дело, следует культивировать в таких детях и подростках лидерские свойства, не выраженные у большинства из них, вырабатывать у мальчиков формы мужского поведения.

Из-за того что в наше время большинство мальчиков воспитываются и дома и в школе женщинами и будущим мужчинам не всегда есть с кого копировать модели правильного мужского поведения, это нередко задерживает гармоническое созревание психики мальчика, делает его незрелым. Зная о повышенной внушаемости инфантильных детей, следует оберегать их от «плохих» компаний, поскольку психически незрелые люди чрезмерно тянутся к ним и совершают в связи с этим много непоправимых глупостей. В некоторых случаях, если нет строгого контроля, могут возникнуть алкоголизм и болезненное стремление к приему наркотиков. В школе им нужно давать побольше общественных поручений (посильных!), строго контролировать ход их выполнения, т. е. недостаток внутреннего контроля в известной мере заменять внешним.

Положительное воздействие на таких детей и подростков оказывает пребывание в военно-спортивных лагерях, участие в походах, служба в армии. Все это способствует тому, что черты психической незрелости у таких юношей постепенно компенсируются.

Каковы причины такой детскости? Их много, и не все из них хорошо изучены. Одной из главнейших (в ряде случаев единственной) является изнеживающее, инфантилизирующее воспитание, когда ребенок растет в оранжерейных условиях, когда выполняются все его капризы, когда в семье ребенка искусственно ограждают от сложностей жизни, лишают его самостоятельности, все делают за него. Именно в таких семьях нередко вырастают слабовольные, неспособные постоять за себя дети, легко теряющиеся, поддающиеся унынию, панике и идущие по пути наименьшего сопротивления. Это своеобразный инфантильный тип патологического формирования

характера. Неверное воспитание нередко сочетается с биологическими особенностями ребенка, что обычно приводит к более заметным формам психической незрелости, и они медленнее компенсируются.

Инфантильные субъекты склонны к эмоциональным решениям и порывам, в том числе и к самоубийствам. Это бывает при неудачах, стремлении стать жертвой, найти быстрый выход из мучительного конфликта. По сему поводу известный австрийский психотерапевт *Вильгельм Штекель* (1863—1940) как-то сказал, что признак незрелости человека — то, что он хочет благородно умереть за правое дело, а признак зрелости — то, что он хочет жить ради этого дела.

Инфантилы выбирают дело полегче, где поменьше ответственности, где бы получить больше удовольствий и меньше трудов потратить. Принцип удовольствия — главный в поведении инфантилов. Именно поэтому многие из них потом оказываются слабовольными, нерешительными, никчемными, живущими по линии наименьшего сопротивления, хотя в общем добрыми, милыми и приятными людьми.

Дисгармоничные инфантилы. Есть еще одна группа психически незрелых людей, чаще всего и попадающих в поле зрения милиции, врачей и т. д. Их незрелость не гармонична, а дисгармонична. У дисгармоничных инфантилов встречаются те же свойства, что и у гармоничных, но какая-то одна или несколько черт характера резко выделяются, выпячиваются, преобладают: у одних — возбудимость, у других — слабоволие, у третьих — склонность ко лжи и т. д.

Возбудимый вариант дисгармоничного инфантилизма заключается в том, что у этих детей и подростков на первый план выходит горячность, легкая взрывчатость, кулаки обычно работают быстрее, чем голова. Из-за самой незначительной причины они дерутся, кричат, скандалят, но потом быстро приходят в себя, раскаиваются и тут же забывают о данном обещании. Возбуждаются они от несправедливого к ним отношения (по-детски обидчивые и ранимые, они очень часто во всем видят несправедливость), из-за конфликта в играх. Учатся очень неровно: то пятерки, то двойки (чаще последнее). Поскольку они пребывают почти в постоянном конфликте с педагогами и одноклассниками, большинство из них довольно быстро оказываются в поле зрения детского психиатра, вообще чем раньше это случится, тем лучше. Врачи умеют влиять на эту форму патологии: назначают аминазин, меллерил и другие препараты, которые следует принимать годами. На фоне приема медикаментов, делающих подобных школьников более управляемыми, послушными, менее непоседливыми и не такими взрывчатыми, как прежде, важную роль играют и воспитательные меры, тренирующие способность ребенка лучше себя контролировать, сдерживаться, доводить дело до конца. Обычно к 20-летнему возрасту у двух третей возбудимых дисгармоничных инфантилов

признаки незрелости проходят, если: 1) не было дополнительных мозговых инфекций и травм (поэтому им нельзя играть в хоккей, футбол и другие спортивные игры, при которых неминуемо ушибы головы); 2) ребенок постоянно и строго контролировался взрослыми; 3) была выработана стойкая и положительная эмоционально-насыщенная доминанта, т. е. школьник увлекся каким-либо занятием: авиамоделированием, коллекционированием, шефской работой и т. д.

Но третья часть возбудимых дисгармоничных инфантилов с годами оказываются людьми с более стойкой дисгармонией характера, именуемой *психопатией*. Это обычно бывает с теми подростками, в отношении которых не выполнялись три вышеуказанных условия.

То же самое относится и к *неустойчивому варианту* дисгармонического инфантилизма, при котором на первый план выходит болезненное слабоволие, несамостоятельность, неумение и неспособность довести до конца любое дело. Лечить неустойчивых инфантилов очень трудно, так как лекарств, усиливающих волю, пока еще нет. Тут нужно постоянно тренировать волю, постепенно увеличивая нагрузку. Лучше делать это в коллективе, поскольку для коррекции инфантилизма очень важна роль коллектива, где имеется взаимная ответственная зависимость. Для этого более подходит трудовой детский коллектив и ему подобные, в которых контроль осуществляется не только педагогом, но и самими детьми. Главное здесь — развить у такого инфантила чувство ответственности хотя бы перед другими. Неустойчивому инфантилу следует давать больше заданий и строго контролировать их выполнение.

К сожалению, именно из неустойчивых инфантилов потом формируются пьяницы и тунеядцы, с которыми очень трудно сладить.

Третий вариант дисгармоничного инфантилизма — *истерический* — встречается несколько реже, чем предыдущие, и в отличие от них в основном свойствен девочкам. Тут следует отметить, что, помимо истерических неврозов, о которых мы уже упоминали, существуют *психопатии истерического типа*, формирующиеся из истерического варианта дисгармоничного инфантилизма. Все взрослые истерические психопаты в детстве были истерическими инфантилами, но лишь приблизительно четвертая часть истерических инфантилов с годами становится истерическими психопатами.

Вслед за Г. Е. Сухаревой выделяют три вида истерического варианта дисгармоничного инфантилизма: *с патологической жаждой признания*, *с ненормальной живостью* и *с чрезмерной склонностью к фантазированию*. Деление это, конечно, условно.

Уже в детском саду, в школе, в каком-нибудь ином учебном заведении стремление ребенка выделиться (плохим или хорошим — как удастся) бросается всем в глаза. Если оно более или менее разумное, обоснованное и контролируется самим человеком, то вреда от него нет. К сожалению, очень часто оно настолько выделяет

таких людей из сверстников, что приносит лишь несчастья и хлопоты окружающим.

Эта черта часто переплетается с патологической лживостью (педиатры употребляют и другое слово: *псевдология*) и склонностью к фантазированию, т. е. все то, что у детей выражено в свойственной возрасту степени, у дисгармоничных инфантилов карикатурно преувеличено.

Степень приспособления дисгармоничных инфантилов к требованиям жизни связана с самим фактом психического инфантилизма и с теми расстройствами, которые возникают на фоне их эмоциональной незрелости. Хотя у дисгармоничных инфантильных личностей имеется явно недостаточное понимание сложности отношений между людьми, снижение чувства ответственности, легкая внушаемость и пр., большинство врачей все же приходит к выводу, что, хотя с такими инфантилами нужно долго и много заниматься, нет оснований для педагогического пессимизма. Инфантильных людей нужно раньше фиксировать на мысли о *приобретении конкретной специальности*, соответствующие профессиональные навыки следует развивать у них с подросткового возраста.

Естественно, что степень психической незрелости бывает различной: там, где она незначительна, прогноз — еще раз повторим — очень хороший. Но, конечно, не надо сидеть и ждать у моря погоды, пока инфантил созреет. Нужно активно способствовать этому, так воспитывать подобного человека, чтобы он не натворил глупостей и вовремя понял, что нужно быть ответственным, предусмотрительным и сдержанным.

Маски лжи. Мы уже упоминали о лживости некоторых школьников. Прежде чем разобрать эту проблему подробнее и конкретнее, обратимся к словам М. Горького: «Как можно не верить человеку! Даже если видишь — врет он, верь ему, т. е. слушай и старайся понять, почему он врет. Иной раз вранье лучше правды объясняет человека».

Врачи дифференцированно подходят к проблеме детской лжи, считая, что это не какая-то особая болезнь, а чаще всего крайний вариант здоровой детской психики. Лишь в очень редких случаях лживость детей является патологической и нуждается в срочном вмешательстве врача.

То, что является нормой для одного возраста, может стать патологией для другого. Например, дошкольники вообще любят превращать обыденную жизнь в игру, они привносят в эту игру столько фантазии, так сживаются с нею и верят своей выдумке, что взрослые начинают принимать их рассказы за правду. У маленьких детей склонность ко лжи связана с неспособностью удержать в узде свое богатое воображение, дифференцировать реальные и сказочные явления. В силу большой внушаемости и эмоциональности они пешком уходят в мир своих фантазий. Их ложь, так сказать, невинна, неосознанна, не преследует каких-либо корыстных целей, содержание фантазий быстро меняется.

В некоторых случаях склонность ко лжи может зафиксироваться и ребенок привыкает лгать. Эта особенность маленького лгунишки может быть ликвидирована с помощью педагогических мер и, как правило, не нуждается во вмешательстве врачей.

В подростковом периоде у некоторых лиц также появляется склонность ко лжи; обычно это связано с многочисленными особенностями психики подростков, с быстрыми гормональными и психическими изменениями, которые происходят в организме и душе подростка. Это — обостренное стремление к самостоятельности, сложные мечтания об эстетических, этических и других идеалах, критическое (чаще всего с максималистским оттенком) отношение к близким им людям. Однако все это преходяще, и большинство подростков, замеченных в чрезмерной лжи, не нуждаются в помощи врачей.

Очень часто ребенок стремится приукрасить свои достоинства (если они существуют) или выдумать их. Обычно это бывает в школьном возрасте: ребенок хочет привлечь к себе внимание и, чтобы добиться этого, придумывает всевозможные истории, в которых он играет самую привлекательную и уж во всяком случае заметную роль. Склонностью к такого рода лжи обладают дети разного возраста, пола и умственного развития; обычно она кратковременна. Они смущаются, если их разоблачают; это служит детям хорошим уроком, и в дальнейшем они редко и более осторожно прибегают к такому способу привлечения к себе внимания.

У лиц же с некоторыми специфическими особенностями психики лживость может быть более стойкой, грубой, плохо и, главное, ненадолго поддающейся исправлению. Эта аномалия свойственна людям с гипертрофированным честолюбием и самолюбием, стремлением выделиться, привлечь к себе внимание, вызвать восторг окружающих. Многие из них инфантильны, эмоционально незрелы, они долго сохраняют черты детскости с присущим детству фантазированием. Лживость их ограничивается преувеличением своих достоинств. К такого рода лжи нередко прибегают девочки. Большинство из них по мере созревания избавляются от этого недостатка.

Привет от Хлестакова. У детей и подростков с некоторыми видами психического инфантилизма ложь превращается в самоцель. Эти люди лгут самозабвенно, не столько ради приукрашивания своих достоинств, сколько без всякой цели, лгут ради лжи, «из любви к искусству». Они выдумывают фантастические истории, к ним никакого отношения не имеющие; по ходу рассказа мгновенно импровизируют, забывая о деталях и необходимости хоть как-то связывать концы с концами в своем рассказе. Их легко разоблачают, но они не смущаются и продолжают врать как ни в чем не бывало.

Советский писатель А. И. Свирский¹ рассказывает об одном мальчике — главном персонаже своих автобиографических про-

¹ Алексей Иванович Свирский (1865—1942) — автор повести «Рыжик» и других произведений из жизни бедноты в дореволюционной России.

изведений, необычном фантазере, который жил в выдуманном им мире и никак не мог прекратить врать. Его разоблачали, избивали, всячески наказывали, чтобы отучить от лживости, — все было бесполезно; тот по-прежнему сочинял бесчисленные фантастические (иногда более или менее правдоподобные) истории. Речь идет, конечно, о псевдологии, патологической склонности ко лжи. Дети и подростки с псевдологией обычно обнаруживают и другие отклонения и нуждаются в длительной медико-педагогической помощи нередко в условиях специального санатория или санаторно-лесной школы.

Существует и иная категория лгунишек, для которых ложь является средством компенсации их физической (многие из них страдают эндокринной патологией) или психической ущербности. Это застенчивые, боязливые, послушные, внушаемые дети, чаще мальчишки. Их ложь часто лишена косметического оттенка и псевдологии: они выдумывают не столько ради того, чтобы приукрасить себя, показать себя в выгодном свете, сколько для того, чтобы раскрасить, сделать более занимательной и интересной ту или иную рассказанную ими историю. Они лгут, так сказать, не ради себя, а ради собеседников, слушателей, для общества, чтобы окружающим было интересно. Разоблаченные в своей лжи, которая, впрочем, имеет обычное содержание (ничего фантастического в ней нет, детали ее сюжетов почерпнуты из учебников по истории и географии, детективных сюжетов и слухов), эти дети и подростки очень переживают, обещают больше не врать, иногда упорствуют, доказывая, что все на самом деле так и происходило, как они рассказывают. Обещая исправиться, они первое время действительно не лгут, но потом вновь возникает соблазн расцвести ту или иную историю, и такой ребенок (повторю, что чаще это бывает у мальчиков) вновь начинает рассказывать правдоподобные небылицы. Эти рассказы чаще всего адресуются более младшим детям и рассчитаны на некритическое восприятие, «на дураков». Подобные лгунишки — послушные, внушаемые, застенчивые и трусливые. Они любят прокомментировать то или иное событие, сами же редко участвуют в играх (особенно подвижных), не пользуются уважением сверстников, так как физически они нередко плохо развиты, неуклюжи, медлительны, в то же время непрактичны, несамостоятельны, не могут защитить себя, слабовольны и пугливы. Они любят поговорить, знают о своих недостатках (в том числе и склонности к вранью), в той или иной степени борются с ними. К юношескому возрасту склонность ко лжи у большинства из них проходит и без всякого вмешательства врача. Их ложь не мюнхгаузенская, как у псевдологов, она легко поддается исправлению со стороны родителей и педагогов, особенно если те долго, терпеливо и тактично отучают ребенка от такого невинного, но ненужного и некрасивого качества.

Конечно, во всех случаях, когда обнаруживается упорная склонность ко лжи, необходимо решительно бороться с таким, никого не украшающим, пороком. Но работа с детьми должна быть длитель-

ной и, главное, тактичной. Мы наблюдали много случаев, когда за редкую и не такую уж злостную ложь родители сурово наказывали ребенка, а педагоги высмеивали учащегося перед всем классом. В результате у такого ребенка возникали реакции протеста: невротические нарушения, побеги из дома и школы. Эти дети становились тяжелобольными из-за слишком рьяной, прямолинейной и грубой борьбы с их лживостью.

Бывают и такие ситуации, в которых не столько сам ребенок виноват в своей лживости, сколько окружающие его люди. Иногда родители сами культивируют в ребенке лживость, объясняя ее «необходимость» различными мотивами. Тогда одновременно с лживостью в ребенке воспитываются цинизм, подозрительность, неуважение к людям, стремление делать окружающим пакости, т. е. все то, что во все времена сопровождала ложь. Из таких детей нередко вырастают духовно опустошенные, расчетливые, несчастливые люди, которые сами недовольны окружающими, но окружающие недовольны ими в еще большей степени.

В некоторых случаях ложь — своеобразная *реакция протеста*

9-летнего мальчика притеснял деспотический отец-алкоголик. Мальчик в свою очередь его ненавидел и мечтал о том, как бы отомстить ему. Реализовать свои планы отмщения он, естественно, не мог: более того, в присутствии отца замыкался, терялся, трусил. Но, чтобы отомстить отцу, он стал рассказывать о нем всякие небылицы: что тот, дескать, шпион и диверсант, «бывший фашист» и т. д. Отец был опустившийся алкоголик, подзаборный пьяница и имел много других реальных недостатков, но то, что ему приписывал его сын, явно не соответствовало действительности. Когда отец узнал о том, каким образом ему мстит сын, он жестоко избил мальчика. Потом отцу разъяснили причину этой лжи, он стал вести себя более спокойно по отношению к мальчику, а того в свою очередь вскоре отправили жить к бабушке, и его лживость более не проявлялась.

Лживость мальчика психологически понятна, связана с психотравмирующей ситуацией и, после того как ситуация разрешилась, прошла. Воздействовать в этом случае нужно было не только на мальчика, но и на его отца, который и был истинным виновником лживости сына.

В этом случае исход оказался хорошим, суть расстройства была быстро распознана, мальчика изъяли из психотравмирующей ситуации и реакции протеста в виде защитной лжи прекратились. Но в неблагоприятных случаях подобные реакции могут закрепляться и привести к стойкому изменению характера, к лживости, которая потом уже перестанет быть защитной, а становится самоцелью.

Во всех случаях чрезмерной склонности ко лжи решающая роль в ликвидации этого недостатка принадлежит окружающей среде, в первую очередь родителям и педагогам, а также сверстникам таких детей и подросткам. Конечно, всех их надо ориентировать на необходимость постоянной и последовательной борьбы с лживостью. Но это будет по-настоящему возможно лишь тогда, когда люди будут понимать, что ложь лжи рознь, что в основе лжи лежат разные механизмы, а от сознания этого и формы борьбы с лживостью будут строго конкретны.

В процессе ликвидации склонности к лживости, выбора наиболее подходящих мер для воздействия на таких детей необходимо всегда учитывать их личностные свойства и, зная их, умело использовать. Например, инфантильные дети больше всего поддаются внушению; честолюбивые легче перевоспитываются, если обращаться к их самолюбию и чувству собственного достоинства; застенчивые и робкие лгунишки требуют особенно осторожного, но в то же время решительного подавления в них лживости. Во всех случаях необходимо воспитывать в ребенке крайнюю чистоплотность и брезгливость по всякой лжи, сразу же отмечать и разоблачать любые проявления неправды независимо от мотивов.

Иногда по ошибке за ложь принимают так называемые *бредоподобные фантазии*, о которых мы уже упоминали. Так, ребенок может все более углубляться в свои переживания, все более отрываться от реального мира, уходить в причудливый мир своих фантазий, перевоплощений, стремлений. Он может, например, утверждать, что он — кошка или собака, живя своими фантазиями. Тут нужно обязательно посоветоваться со специалистами.

ПУБЕРТАТ И ВОКРУГ НЕГО

Несбывшиеся прогнозы. Молодежь всегда встречала известное недопонимание со стороны других поколений. Для этого стоит привести высказывания мыслителей разных веков.

Сократ (470—399 годы до нашей эры): «Наша молодежь любит роскошь, она дурно воспитана, она насмехается над начальством и нисколько не уважает стариков. Наши нынешние дети стали тиранами, они не встают, когда в комнату входит пожилой человек, перечат своим родителям. Попросту говоря, они очень плохие».

Гесиод (720 год до нашей эры): «Я утратил всякие надежды относительно будущего нашей страны, если сегодняшняя молодежь завтра возьмет в свои руки бразды правления, ибо эта молодежь невыносима, невыдержанна, просто ужасна».

Египетский жрец, живший примерно за 2 тысячи лет до нашей эры: «Наш мир достиг критической стадии. Дети больше не слушаются своих родителей. Видимо, конец мира уже не очень далек».

Неизвестный житель Вавилона (около 3000 лет назад): «Эта молодежь растленна до глубины души. Молодые люди злокозненны и нерадивы. Никогда они не будут походить на молодежь былых времен. Младое поколение сегодняшнего дня не сумеет сохранить нашу культуру».

Перечень подобных пессимистических заключений, делавшихся во все времена (и в наши дни тоже!), можно продолжить до бесконечности. Из них следует сделать хотя бы такой вывод: нужно более здраво и терпимо относиться к молодежи и не искать в ней признаки вырождения только потому, что она непохожа на ту, что была в дни юности взрослых людей. На то она и молодежь, чтобы стремиться быть непохожей на все предыдущие поколения: именно в этом моло-

дые люди всех эпох мало отличаются друг от друга. Персидская пословица гласит: «Дети больше похожи на свое время, чем на своих отцов».

Вместе с тем ускоряющийся темп жизни приводит к тому, что изменение социального опыта, в прошлом происходившее более медленно, чем сама смена поколений, в наше время начинает обгонять процесс смены поколений. Мир неузнаваемо меняется уже на протяжении одного поколения. В этом уникальность современной ситуации, которая, несомненно, накладывает свой отпечаток и на взаимоотношения поколений.

Беспокойный возраст. В последние десятилетия педагоги, социологи, юристы, медики пытаются проанализировать причины особенностей поведения определенных слоев молодежи, понять механизмы быстро меняющейся системы ценностей некоторых молодых людей, их на первый взгляд нелепые, анархические поступки. Все эти сложные процессы требуют объяснений с точки зрения не только социальной психологии или физиологии, но в ряде случаев и психопатологии.

Многие сверхподозрительные пуритане, видя различные «завихрения» в поведении некоторых подростков и юношей, склонны все это объяснять патологией. А психиатры, которые, казалось бы, по роду своей деятельности должны находить у людей душевные аномалии, относятся к таким фактам более сдержанно и стремятся охладить пыл тех, кто во всем видит психическую патологию и требует лечить подростков у психиатров только потому, что они подростки. Психиатры лечат только тех, кто болен, о таких людях и пойдет в дальнейшем речь, а пока мы хотим лишь подчеркнуть, что подавляющее большинство проблем подросткового возраста носит психологический или морально-общественный характер и не входит в компетенцию медиков.

Психопатологические явления, которые, безусловно, встречаются у ряда «трудных» подростков, могут объясняться множеством факторов, в частности склонностью молодежи к подражанию. Некоторые аномальные подростки (их относительно немного) — шумные и не склонные критически относиться к своим болезненным проявлениям — нередко задают тон среди легко сопереживающей и впитывающей чужие мысли, оценки, чувства молодежи. Поэтому один возбудимый или склонный к бредообразованию юноша может увлечь за собою сотни вполне здоровых сверстников. Но потом такой субъект иногда оказывается в психиатрической больнице, а случайные его попутчики взрослеют, успокаиваются, забывают о сумбурных и ярких страстях своей юности или еще долго расхлебывают кашу, которую они заварили, находясь под влиянием какого-нибудь колоритного душевнобольного.

Только ли акселерация? В 1968 году одна московская газета писала: «Статистика свидетельствует, что средний рост 15-летних москвичей в 1882 году составлял 147 см, увеличился к 1923 году. А спустя еще 40 лет 15-летние юноши стали выше своих

сверстников 1882 года на 20 см! Интересно и другое. В 1930 году средний рост новорожденных был 50,7 см, в 1960 году — 51,6 см. Средний рост трехлетних мальчиков увеличился с 80 см в 1901 году до 95,5 см в 1969 году, а вес соответственно с 12,5 до 14,8 кг. В конце 30-х годов юноши центральных областей РСФСР продолжали расти до 20 — 22 лет, девушки — до 18—20 лет, сейчас рост заканчивается у юношей в среднем в 18 лет, у девушек — в 16 лет.

Таким образом, можно констатировать, что за последние 100 лет 15-летние подростки стали выше примерно на 15 см, а половое созревание у них отмечается на 3 года раньше, чем в прошлом».

Подобных статистических выкладок можно привести множество. Все эти явления называются *акселерацией* — ускорением созревания человеческого организма. Особенно много об акселерации писали в конце 60-х годов, сейчас как будто это явление стало менее заметным (или к нему привыкли?). С акселерацией связывали многие особенности поведения подростков, их конфликты с окружающими, правонарушения, наркомании, движения хиппи и пр. Пик акселерации как будто позади, а многие из этих явлений остались, хотя и в меньшем масштабе.

Каким бы существенным и важным ни был фактор ускоренного физиологического созревания, сам по себе он не может быть единственным в объяснении многих социальных и психологических явлений, хотя, конечно, акселерация наложила свой отпечаток на многих из них.

Необходимо различать, так сказать, *нормальную* и *патологическую* акселерацию. Нормальная акселерация — это синхронное ускорение темпа психофизического формирования; при патологической же акселерации это ускоренное созревание дисгармонично. Чаще всего имеет место ускоренное созревание физиологических процессов и показателей физического развития, в то время как психическое развитие (особенно эмоционально-волевое) резко отстает.

Пишущий эти строки как-то шел по улице. Навстречу компания рослых, физически сильных подростков. Нахальные, сквернословят, расталкивают прохожих, все от них шарахаются. Их заводила кричал громче всех, расшвыривал прохожих, оскорблял женщин. Вдруг он заметил меня и что-то сказал своим друзьям. Те притихли и остановились, а заводила пошел в мою сторону.

— Здравствуйте, не узнаете?

— Нет.

— Я же был у вас на консультации. Вы сказали моей матери (а она мне), что у меня повышен риск что-то натворить и лекарство назначили. Мать обрадовалась, что вы не нашли у меня болезни, и на радостях не стала его давать. Чувствую себя хорошо, но вот заносит меня куда-то в сторону, в основном в хулиганскую, не могу надыхаться воздухом свободы. Чем занимаюсь? Да ничем. В школу хожу только для видимости. В милицию меня вызывали, устроили хороший разгон, вначале ходил в школу, а потом надоело. Мать хотела меня к вам опять повести, а я отказался: педиатр сказал, что я здоров, чего же к психиатру ходить?

— Приходи послезавтра.

Пришел. Я убедил мать, что ему необходимо лекарство, стал принимать. Через месяц мать позвонила: сына будто заменили, стал послушный, легче поддается разубеждению, почти не хулиганит.

Конечно, хулиганство хулиганству рознь, никто не будет всех хулиганов лечить у психиатров. Но некоторые из них (те, у кого имеется та или иная аномалия) все же нуждаются во врачебной помощи из-за того, что у них повышен риск вести себя антисоциально (а у подростков все заостряется — и хорошее и плохое). Для профилактики им нужно давать в подростковом возрасте некоторые лекарства. Конечно, далеко не всем и не всегда.

Все это в общем обратимые и нестрашные отклонения, их нужно только правильно диагностировать и систематически лечить. Это дает почти 100%-ную гарантию, и тогда взрослые люди не будут вспоминать о встрече с подростками как о кошмарном сне.

Похождения одной невесты.

Этой девочке 15 лет, на вид же можно дать все 25. Родители привели ее к психиатру, чтобы узнать, нужно ли ее выдать замуж «в медицинских целях», не дожидаясь совершеннолетия.

«Невеста» родилась от тяжелой беременности и патологических родов, в дошкольном возрасте отличалась двигательной расторможенностью, вспыльчивостью, раздражительностью. Но постепенно все эти явления прошли, тем более что ее родители выполняли все советы врачей.

Училась девочка хорошо, хотя быстро уставала. В 12 лет у нее начались месячные, но установились не сразу и были первое время болезненными. Спустя 2—3 месяца родители и педагоги заметили, что девочка изменилась: стала дерзкой, независимой, грубила старшим. Постепенно обнаружилось и другое: у девочки резко возрос интерес к мужчинам (причем не к сверстникам, а к более старшим), она стала употреблять косметику, все вечера проводила вне дома. В школе училась по-прежнему хорошо.

Вскоре в школу сообщили, что ученица часто бывает в холлах гостиниц, легко знакомится с приезжими, выдает себя за 18-летнюю. Со случайными знакомыми пьет водку, курит, вступает в интимные отношения. Однажды с одним из мужчин подралась, оба попали в милицию. Так родители обнаружили, чем занимается их дочь. Они потеряли покой и сон и посоветовались со своим знакомым терапевтом. Тот, не мудрствуя лукаво, предложил срочно выдать девочку замуж, но на всякий случай поговорить и с психиатром.

Выявилась и другая патология. В последнее время у школьницы появилось пристрастие к алкоголю; она много пила и быстро пьянела. В состоянии опьянения была агрессивна, дралась, потом ничего не помнила. Периодически резко усиливался аппетит: наедалась так, что не могла вздохнуть, тогда вызывала у себя рвоту, опорожняла желудок и вновь поглощала обильную пищу.

Отмечались и некоторые другие расстройства, соответствующие *синдрому ускоренного полового созревания*, связанному с последствиями раннего органического поражения головного мозга. Родители были предупреждены, что лишь при терпеливом и аккуратном выполнении всех рекомендаций их дочь станет здоровой. В течение трех лет родители все делали так, как предписал врач. Большую помощь оказали и учителя: незаметно, исподволь, неавязчиво, но решительно и каждодневно они контролировали школьницу, загружали ее общественными поручениями, добиваясь неукоснительного их исполнения. Педагоги резко увеличили время занятий физкультурой, записали ее в баскетбольную секцию, где она до изнеможения занималась. Состояние «невесты» постепенно улучшалось. В 19 лет она была уже практически здоровой.

Последний раз мы видели ее, когда ей исполнилось 24 года. Она была неузнаваема: училась в университете, была замужем и родила дочь. Никаких болезненных проявлений, которые когда-то так мучали педагогов и родителей, не осталось.

Отчего она заболела и почему выздоровела? Дать на эти вопросы однозначный ответ нельзя. Причин много. Девочка в раннем возрасте

обнаруживала признаки органической патологии нервной системы. Постепенно эти явления относительно компенсировались, но в подростковом возрасте на фоне акселерации наступила декомпенсация, отразившаяся в утрированной, уродливой форме, спровоцированной особенностями этого возраста. Гормональная перестройка организма сыграла роль провоцирующего фактора, однако по мере созревания организма патологические черты в характере больной исчезли, при этом большую роль сыграло, конечно, и соответствующее лечение. «Природа вызывает болезнь, но и лечит ее, врачи лишь слуги природы» — как часто об этом приходится думать, когда речь идет о пациентах с ускоренным половым созреванием.

У всех ли бывает такая симптоматика? Конечно, нет. Миллионы людей прошли или сейчас переживают подростковый период, а почти ни у кого ничего патологического в этом возрасте не было и нет. Лишь у очень немногих встречаются ненормальные признаки *подросткового криза*, только единицы убегают из дома, бродяжничают, употребляют наркотики, претворяют в жизнь извращенные принципы так называемой сексуальной революции и пр. Что это за люди? Они хорошо известны медицине. Еще в начале XX века уже упоминавшийся Т. Циен писал: «Подростковый период является тем утесом, о который разбиваются люди с патологической наследственностью». Под наследственностью Циен понимал не только наследственность в прямом смысле слова, но и последствия тяжелых беременностей, родов, травм, воспалений мозга и других болезней раннего возраста.

В переходном возрасте многие подростки, как говорили в старину, «бесятся»: одни — больше, другие — меньше. Подростковый период, как ветрянка, которой надо переболеть. Но у подавляющего большинства эта возрастная болезнь проходит незаметно, а у очень немногих протекает уродливо, гротескно, с нарушением социальных связей, с преступными действиями, попытками самоубийства и т. д. Причины такого неблагоприятного течения различны и, конечно, ни в коем случае не могут быть объяснены только биологическими факторами. Оттого, как поведут себя родители, педагоги, многие окружающие детей люди, зависит многое, иногда вся судьба человека.

Лихорадочно и болезненно ищущих себя подростков не надо принимать слишком всерьез, но и нельзя оставлять в одиночестве. Дело здесь — лучшее лекарство. Дело — не только труд, но и коллекционирование и иные виды деятельности. При этом не надо думать, будто молодежь знает нечто такое, что недоступно взрослым. Молодые люди еще очень мало знают о жизни, и их непримиримость и максимализм к взрослым лишь маскируют потребность в действительном учителе жизни. Эти негативные реакции временны, основаны больше на эмоциях и проходят с возрастом.

Подростки, будучи физически почти взрослыми, не чувствуют, как правило, себя в полной мере таковыми, да и многие взрослые их таковыми не считают. Отсюда эти реакции отталкивания — притяжения по отношению к старшим. Но вся беда заключается в том, что, пока подростки повзрослеют, они могут совершить много непо-

правимых поступков, за которые всю жизнь будут расплачиваться. Поэтому только союз врачей, педагогов и родителей может помочь тем, кто обнаруживает признаки патологически протекающего криза, там же, где патологии нет, а имеется возрастное заострение черт характера, надо набраться терпения и постепенно перевоспитывать такого подростка, учить его критически относиться к себе, быть более мягким, терпимым и сдержанным. Это возможно, конечно, только в том случае, если взрослый пользуется доверием у подростка как источник информации и воздействия.

«Не хочу есть!» Встречается относительно большая группа детей и подростков, у которых аппетит снижен, иногда сильно, длительно и без заболеваний желудочно-кишечного тракта. Это расстройства, не имеющие органического субстрата, вызваны только психогенными факторами.

Когда 14-летняя девочка стала явно худеть, родители всполошились, стали обследовать дочь у эндокринолога, терапевта, хирурга, но те не нашли у больной никакой мало-мальски существенной патологии. Аппетит у девочки был очень плохой, и никакие лекарства не могли его усилить. В конце концов мать обратилась за советом к детскому психиатру.

Пациенткой владел страх подавиться пищей. Этот страх возник более года назад после того, как девочка случайно услышала рассказ о том, как одна женщина подавилась жареной картошкой и задохнулась. Услышанный рассказ изобилует множеством нелепостей, вряд ли имевших место на самом деле, но школьница была мнительной, впечатлительной и склонной к *фиксациям на своих ощущениях*, поэтому восприняла его совершенно серьезно и «на всякий случай» стала ограждать себя от приема более или менее плотной пищи. В дальнейшем опасение подавиться усилилось. Больная стала принимать все более жидкую пищу, да и той немного. Конечно, стала худеть.

Лечение, которое она долгое время получала, направлялось на усиление аппетита и в конечном счете было неправильным: следовало не аппетит усиливать, а ликвидировать страх глотания, страх подавиться плотной пищей. И только тогда, когда стали снимать страх глотания, состояние ее заметно улучшилось и девочка вскоре полностью поправилась.

Другая больная отличалась повышенной внушаемостью и брезгливостью. Когда она была в пионерском лагере, у нее установились натянутые отношения с девочками. В конце смены эти девочки, желая за что-то ей отомстить, заявили, что они однажды наплевали ей в суп. Потом обнаружилось, что это была ложь, но на девочку она произвела очень большое впечатление. При одной только мысли, что она употребляла эту пищу, у девочки начиналась тошнота и рвота, потом возникло отвращение к пище. «Глядя на то, как она ест, можно было самому потерять аппетит: с таким отвращением она смотрела на еду, так ненавидела сам акт еды», — рассказывала потом ее мать. Это состояние сохранялось более 5 месяцев, за это время девочка похудела, у нее нарушился сон, ухудшилось настроение, т. е. сформировались многочисленные признаки затянувшегося невротического состояния. Потребовалась длительная врачебная и педагогическая помощь, чтобы ликвидировать эти явления, улучшить аппетит, восстановить нарушенный контакт с одноклассницами, в которых наша больная видела своих возможных обидчиков или людей, способных повторить эту гадость.

Причиной описанных нарушений были психические стрессы, а почвой, способствовавшей их реализации, — некоторые личностные особенности, предрасполагавшие данных больных к застреванию на своих переживаниях, их гиперболизации. *Как ключ подходит к замку, так и психические травмы «подходят» к соответствующим особен-*

ностям личности людей — это сочетание и создает невроз. Лечение должно направляться не только на ликвидацию невроза, но и на компенсацию специфических свойств психики, способствующих его возникновению.

Невротические расстройства аппетита могут развиваться и в связи с прямыми насмешками над чрезмерной полнотой девочек (в большинстве случаев аппетит грубее и чаще нарушается у девочек, чем у мальчиков, хотя и последние не застрахованы от этого). Эти насмешки могут быть тяжелой психической травмой для ранимых и чувствительных людей и тем самым привести к резкому снижению аппетита.

Новая болезнь. В последние 15—20 лет медики сплошь и рядом регистрируют особое нарушение, которое встречается у девочек-подростков. Суммируя разные данные о формах этого расстройства, а речь идет о *психической анорексии* (по-латыни — отсутствие аппетита), можно представить это заболевание следующим образом.

Болезнь начинается постепенно, в первое время поведение человека психологически понятно и не кажется каким-то странным. Больные утверждают, что они стремятся похудеть, чтобы не отстать от моды, от подруг и т. д. Поскольку на свете не существует твердых и точных критериев «нормальной» полноты, а эстетические представления относительны и непостоянны, то в большинстве случаев подобное объяснение кажется в общем правдоподобным. Такие подростки обычно приводят много аргументов (на первый взгляд более или менее обоснованных) в пользу необходимости похудеть.

Вначале девочки ограничивают себя в еде, в приеме жидкости, много двигаются, чтобы сбросить лишний вес. Чувство голода у них сохраняется, но они стараются его подавить. Постепенно оно атрофируется, больные могут месяцами обходиться без приема достаточного количества пищи. Более того, в далеко зашедших случаях психической анорексии возникает рвота после приема пищи. И когда такая больная наконец начинает понимать, что для поддержания нормальной жизнедеятельности необходимо все-таки питаться, она заставляет себя есть, но пища уже не доходит до желудка из-за неукротимой рвоты.

Постепенно развивается резкое истощение с упадком сил и неспособностью выполнять самую легкую работу. Это состояние называется *кахексией*. В состоянии крайней кахексии некоторые больные погибают от ослабления сердечно-сосудистой деятельности. До такого печального исхода теперь дело, конечно, доходит редко, особенно если больную вовремя госпитализировать в психиатрическую больницу и лечить ее как страдающую психическим, а не телесным заболеванием. В результате лечения признаки психической анорексии и сопутствующие ей психические нарушения почти всегда исчезают.

Североамериканские и западноевропейские психиатры одно время часто приводили данные о смерти таких больных. Сами они это свя-

зывали с тем, что, во-первых, не только общественное мнение, но и многие врачи не считают это расстройство психической патологией, а рассматривают его как своеобразное проявление свободы воли. А раз человек сделал такой выбор, то это, дескать, его дело — умрет он или нет. Во-вторых, даже если таких больных там и госпитализируют, то в обычные больницы, а не психиатрические. Поскольку у многих больных с психической анорексией может быть бред, галлюцинации и т. д., то, находясь в больнице, где нет, естественно, психиатрического надзора и умения предупреждать неправильные действия душевнобольных, некоторые из таких людей кончали жизнь самоубийством. Ясно, что людей с психической анорексией нужно рассматривать как душевнобольных и лечить их обычными психиатрическими методами. Видимо, так и сделано во многих странах, ибо публикации о самоубийствах и смертях от кахексии таких больных в 1970-х годах резко уменьшились.

У каких людей развивается психическая анорексия, какие факторы предрасполагают к возникновению этого не такого уже безобидного заболевания? С тех пор как более 100 лет назад это расстройство было впервые описано, все специалисты, имеющие с ним дело, отмечают следующее.

Психическая анорексия встречается, как правило, у детей и подростков, происходящих из материально обеспеченных и большей частью высокоинтеллигентных семей. У лиц, живущих в плохих материальных условиях, психическая анорексия встречается редко (если вообще встречается). Интересно, что в государствах с низким экономическим уровнем это расстройство отмечается намного реже, а в основном оно имеет место в индустриально-развитых странах, являясь, таким образом, косвенным показателем экономического развития общества.

Психическая анорексия регистрируется в рамках различных заболеваний и несет на себе отпечаток той болезни, проявлением которой является. Чаще всего психическая анорексия бывает при неврозах, патологически протекающем подростковом кризе, но встречается и при некоторых психозах.

Психическая анорексия обычно бывает у девочек, развитых физически диспропорционально. По характеру они в большинстве своем сдержанны, прямолинейны, негибки, обладают обостренным чувством справедливости, склонны к умозрительным и схематическим построениям, бедны на живые и разнообразные эмоции. Многие из них отличаются чрезмерным честолюбием и стремлением настоять на своем.

Некоторые специалисты указывают, что среди девочек с психической анорексией очень часто встречаются такие, у кого во время возникновения вторичных половых признаков отмечается как бы протест, нежелание (подсознательное, несознанное, самими девочками всегда отрицаемое) оформляться в существо женского пола. Это бывает у несколько мужеподобных девочек, любящих проводить время в обществе мальчишек и долгое время сохраняющих интерсексуальные навыки поведения. А когда наступает время

половой ориентировки в женскую сторону, у них возникает подсознательное нежелание расстаться с безмятежным детством. В характере этих девочек нередко берут верх так называемые мужские черты, а присущие женской душе мягкость и нежность у них приглушены.

Вероятно, такой механизм встречается далеко не всегда, однако он нередок. Об этом можно судить еще и по тому, что многим таким больным в процессе лечения не внушают стремление прибавить в весе, а пытаются убедить в привлекательности и прелести женственности, после чего у таких больных вообще исчезает психическая анорексия.

Психическая анорексия лечится только медиками, однако роль родителей и педагогов здесь велика: ведь именно им приходится чаще всего сталкиваться с детьми, заболевшими этим расстройством. Поэтому очень важно, чтобы родители и педагоги были ориентированы в проявлениях этого расстройства и оказывали своевременную помощь.

Бывает ли психическая анорексия у мужчин?

Редко, но встречается. Иногда она рассматривается в рамках вялотекущей шизофрении или определенной психопатической конституции эмоционально-волевой сферы, именуемой *параноической*, при которой выражена склонность к образованию стойких сверхценных или бредовых идей.

14-летний мальчик был госпитализирован в психиатрическую больницу после того, как он похудел на 18 кг. Это был живой скелет. Непонятно было, как в нем душа еще держится. Похудел он в результате выполнения строжайшей диеты, о которой он прочитал в одном научно-популярном журнале. Просветившись таким образом по части диетологии несколько месяцев назад, он стал всерьез следовать спорным советам авторов непроверенных гипотез, которым, кстати, сами они никогда не следовали. Не следовал им в общем и никто из читателей, кроме нескольких людей, склонных все принимать на веру и с фанатичной убежденностью реализовывать позанимствованные напрокат идеи. Наш пациент всегда отличался склонностью к прямолинейности, упрямству. Если ему что-то захотелось, либо он что-то надумал, переубедить его было невозможно. Он был круглым отличником, говорил на двух языках, учился в школе с математическим уклоном. Его родители — известные журналисты — стремились дать сыну энциклопедическое образование и радовались неизменным успехам сына. И вдруг такая история: мальчик перестал есть, питался сырыми овощами и молоком, худел не по дням, а по часам. Педиатр, увидев худобу мальчика, пришел в ужас, направил его в соматическую больницу, а там через 7—8 дней разобрались в сути дела и перевели пациента в психиатрическую лечебницу. За время пребывания в больнице мальчику стало получше, он восстановил вес, был выписан. Но дома все продолжалось по-старому. Постоянные разговоры о диете, тщательное ее соблюдение, частое цитирование ученых, публицистов и поклонников йогов, призывающих к соблюдению диеты, масса физических упражнений, рассчитанных на то, чтобы сбросить лишний вес. Во всем остальном подросток был совершенно здоров, прекрасно учился. Если он отправлялся в туристический поход, в гости, к друзьям родителей, то там питался без всяких капризов. Вернувшись домой, наверстывал упущенное, и опять начинались страдания матери. Если его не заставляли есть, он опять доводил себя до истощения до такой степени, что возникало опасение — не умрет ли парень голодной смертью.

Так продолжалось много лет. Наш пациент окончил школу, университет, защитил кандидатскую диссертацию, женился, у него появился сын. Все, казалось, хорошо. Хорошо, за исключением «большого пунктика» — еды. По-прежнему соблюдаются

самые немыслимые диеты, сыроедение, выполняются физические упражнения. Большой с жалостью относится к тем, кто много, с его точки зрения, ест, но своим домашним не навязывает эти идеи: жена и сын питаются, как положено людям, а главе семьи пища готовится отдельно. Жена свыклась со странностями мужа: «Он ведь не пьет, не гуляет, а то, что свихнулся на диете, то что с ним поделаешь?»

Я интересовался у психиатров, работавших с пациентами более старших поколений: часто ли регистрировались психическая анорексия и болезненная страсть к исполнению нелепых диет типа той, что у описанного пациента, в те годы, когда страна жила плохо, когда не хватало продуктов питания. Мои старшие коллеги (в том числе Г. Е. Сухарева, М. И. Лапидес, С. З. Галацкая, Ф. Я. Кацнельсон и другие опытные психиатры) в один голос говорили одно и то же: ни до последней войны, ни во время войны, ни после — до середины 1950-х годов — это расстройство вообще не встречалось либо отмечалось очень редко. Бывали, конечно, параноики или шизофреники с отказом от еды, но они бывали во все времена.

Психическая анорексия (неважно под каким «соусом» она проходит: страсть к диете, нежелание быть женщиной, либо как-то иначе) стала в массовых масштабах встречаться лишь тогда, когда люди стали жить хорошо. Не зря в народе говорят: «С жиру бесится». Но в случаях психического заболевания, принявшего аноректический сюжет (содержание бреда ведь может быть каким угодно — но всегда то, чем живут здоровые люди), от него можно и умереть, если вовремя не попасть в психиатрическую лечебницу.

Коварное зеркало.

17-летняя девушка жила двойной жизнью: внешне она вроде бы все делала то, что и другие сверстницы, неплохо училась, выполняла общественную работу в школе, а дома она большую часть времени разглядывала свое отражение в зеркале. Жаловалась матери, что некрасива, что у нее уродливые уши, длинный «бержераковский» нос. Мать всячески успокаивала дочь, говорила, что ничего уродливого в ее внешности нет: лицо как лицо. Но та стояла на своем, плакала, кричала: «Кому я такая нужна? Моя внешность всем противна, люди отворачиваются от омерзения, видя мое лицо» и пр.

Девушка обратилась в институт врачебной косметики, проконсультировалась у врача-косметолога, тот записал ее на очередь на операцию, а сам вызвал мать и сказал, что дочь душевно больна и нуждается в срочной консультации у специалиста.

У нее был синдром *дисморфомании*¹, т. е. такое расстройство, которое проявляется в стойком убеждении, что видимые части тела уродливы, эстетически несовершенны и что посторонние люди обращают на это пристальное внимание, глядят с отвращением и т. д. Обычно эти переживания касаются видимых частей тела. При дисморфомании больные никогда не думают того же о печени или еще

¹ Некоторые специалисты употребляют устаревший термин «дисморфофобия», означающий страх изменения тела. Страх бывает редко, чаще бред,— стало быть дисморфомания. Большой вклад в изучение дисморфомании внесла известная советская психиатр *Мария Васильевна Коркина*.

каком-нибудь невидимом окружающим органе. Поэтому, естественно, что больные, страдающие дисморфоманией, почти постоянно пребывают в плохом настроении вплоть до развития сильной депрессии с тоской, идеями самообвинения.

Дисморфомания проявляется, как правило, в подростковом возрасте и свойственна именно ему, так как у всех подростков возникает повышенное внимание к своей внешности, стремление довести ее до какого-то образца, приблизить к высокому эстетическому идеалу. И именно поэтому в подростковом периоде часты гипертрофия и карикатурное заострение того, что уже как бы заложено в психике подростка. Иногда эти явления бывают очень грубыми, но если встречаются в рамках пограничных расстройств, то при правильном лечении бесследно исчезают. У взрослых людей дисморфомания начинается очень редко, чаще всего это продолжение невылеченного в юношеском возрасте заболевания.

Условно можно выделить несколько основных механизмов этого расстройства.

Наиболее часто встречается дисморфомания, обусловленная сверхценными переживаниями. Она бывает у людей чрезмерно чувствительных, застенчивых, уязвимых, склонных к образованию идей, которые в общем-то обоснованы и поначалу ничего странного и неправильного в себе не несут, но занимают в психике человека слишком большое место и тем самым определяют его поведение. Эти люди с тем или иным, как говорят в народе, «пунктиком». Так вот, у подростков весьма часто появляется такой «пунктик», что, дескать, рот либо брови некрасивы и что окружающие (особенно девушки или юноши, которым симпатизирует такой субъект) это замечают и им неприятно видеть такое антиэстетическое явление. Обычно подобные объяснения внешне правдоподобны. Подростки погружаются в свои переживания, воспринимают свои мнимые уродства как тяжелый и незаслуженный удар судьбы, избегают общества, хотя их поведение в школе по-прежнему остается внешне упорядоченным, успеваемость не снижается; если такие больные забывают о своих переживаниях, то ничем не отличаются от обычных людей. Они поддаются разубеждению и особенно отвлечению. Со временем эти явления бесследно проходят, если такому юноше или девушке вовремя провести курс психотерапевтического воздействия, к которому, кстати, такие пациенты весьма расположены: исподволь они сами как бы *стремятся к тому, чтобы их разубедили*, говорили, что черты их лица не так уж безнадежно уродливы, что это не имеет существенного значения для близких отношений с лицами противоположного пола.

При некоторых душевных заболеваниях такие переживания — форма бреда, т. е. являются такими болезненными и неверными суждениями, которые полностью определяют поведение больного, его поступки, отношение к окружающему миру, людям и не поддаются осознанию и логическому исправлению. Бред физического уродства сочетается с бредом внешнего воздействия и преследования. Такие

больные объясняют происходящую «перемену внешности» злоумышленным воздействием на них электрического тока, магнитных или гипнотических сил, рентгеновских или космических лучей, а то вымышленных больными видов энергии. Они вовлекают в бред родных и знакомых, а порой и целые организации. Больным «подменяют» душу, лицо, самые близкие люди становятся врагами, оказываются собственными двойниками, играющими определенную роль в преследовании больного. И сам больной представляется себе иным чуждым, действующим под влиянием недружественных и могущественных внешних сил. Наступает раздвоение, расщепление личности. Часто такой бред неразрывно слит с галлюцинациями, содержанием которых еще раз «подтверждает» заблуждения больных. Все подобные признаки синдрома психического автоматизма (иначе «синдром воздействия, овладения, отчуждения») были описаны в 1885 году упоминавшимся В. Х. Кандинским, а в 20-х годах XX века французским ученым Гастоном де Клерамбо (1872—1934). По имени первооткрывателей этого синдрома это расстройство называется *синдромом Кандинского — Клерамбо* (эпоним синдрома психического автоматизма).

Столь яркий, громоздкий и нелепый бред развивается исподволь, в течение месяцев, а то и лет. А на начальных этапах он мало отличается от невротических или обычных пограничных человеческих проявлений. Именно поэтому стоит вовремя консультироваться у психиатра.

Он или она? Трудно встретить современного психиатра, работающего с детьми и подростками, который бы не встречался с одной и той же проблемой: душевно нездоровая или слишком эмансипированная девушка решительно заявляет: «Не хочу быть женщиной, хочу быть мужчиной!»

Далее диалог выглядит примерно так.

- Но почему мужчиной?
- Сама не знаю, но уверена, что мужчиной быть лучше.
- Кто тебе это внушил?
- Книжки, фильмы, рассказы взрослых: нужно равноправие, нужно освободить женщину от семейного рабства, она должна быть как мужчина...
- А как у тебя в семье относятся к проблеме равноправия?
- Относятся, как и положено культурным людям: мать ходит в брюках, курит, часто нецензурно бранится, ведет себя независимо.
- А отец?
- Тот равноправен, т. е. выполняет обязанности женщины. Во всяком случае его заставляют их выполнять. Слышишь с детства, что женщиной быть плохо, что нужно вести себя, как мужчина, вот и стараешься превратиться в мужчину. Жаль, что медицина отстает от потребностей народа и не может пока еще всех превратить в мужчин.
- Стало быть, коль никто не хочет быть женщинами, род людской кончится?
- Ничего подобного: рожать женщины будут, а воспитывает детей пусть государство.
- Но ведь это же ненормально!
- Кто сказал, что ненормально? Прочитайте «Записки кавалерист-девицы» — увидите, что еще 150 лет назад наиболее мужественные и гордые женщины хотели быть только мужчинами и больше никем.

Прервем на время диалог с 11-летней девочкой, чересчур рьяно стремящейся быть мужчиной, и обратимся к упомянутым «Запискам...» В 1836 году в Петербурге вышла книга «Кавалерист-девица. Происшествие в России». Издатель книги сообщал в предисловии: «Сочинительница предлагаемых здесь записок, двоюродная сестра моя, поручила мне издать их в свет без малейшей перемены. Охотно выполняю ее желание, полагая, что событие, лестное народному самолюбию нашему, и в такую громкую эпоху — во время борьбы с Наполеоном, достойно быть сохраненным для любопытства современников и в воспоминание потомству». «Записки кавалерист-девицы» высоко оценили А. С. Пушкин, В. Г. Белинский и многие другие, интересны они и сейчас. В них излагается биография человека уникального, не имеющего повторения в российской истории, да и возможно в истории человечества.

Некий гусар Андрей Дуров влюбился в дочь богатого помещика Надежду Александрович. Отец проклял Надежду за то, что она вышла замуж против его воли, тайно обвенчалась и уехала из родительского дома. Вскоре Надежда обнаружила, что будет матерью. Она мечтала родить сына, чтобы тем самым смягчить гнев родителей. Она придумала няя будущему сыну, разговаривала с ним и т. д. Однако родилась дочь, да еще богатырского роста. Мать едва не удушила ребенка — отчаянню Надежды Дуровой-Александрович не было предела. Она ненавидела дочь всеми фибрами души и никогда не упускала возможности продемонстрировать это ни в чем не повинному существу. Девочка чудом осталась в живых. Отец понял, что дочь следует изолировать от матери, и передал ее на воспитание одному гусару, который воспитывал девочку сугубо по-мужски: учил ее ездить на лошади, владеть оружием и пр. Когда девочке исполнилось 5 лет, ее вернули в родительский дом; к этому времени у Дуровых родилось еще 2 дочери. Александровичи давно простили брак Надежды и даже дали ей деньги на воспитание детей.

Однако Надежда Александрович по-прежнему не выносила свою старшую дочь — Надежду Андреевну. Надежда же Дурова ненавидела свой женский удел и вела себя как мужчина. Она мучилась, когда ее называли по-женски, не откликалась, если к ней обращались как к девушке. Родители постарались от нее избавиться и отправили ее к старым Александровичам. Там Надежда Дурова перепугала всю округу, о ее чудачествах рассказывали легенды, всякая уважающая себя семья старалась держаться подальше от сумасбродной девицы. Ее не страшили ни дикие лошади (она с детства любила объезживать их, и из нее мог бы со временем получиться хороший ковбой), ни пьяные мужики, ни темнота, ни одиночество, ни бешеная скачка. Горе родителей было неопишесым. Что делать с дочерью? Первое, что им пришлось в голову, это выдать Надежду Дурову замуж: может благодаря этому она смирится со своей женской долей? В 1801 году 18-летнюю невесту выдали замуж за 25-летнего чиновника. В 1803 году у них родился сын Иван, но через несколько месяцев после этого Надежда Дурова убежала от мужа и сына и до конца своих дней не виделась с ними, не делала даже попытки с ними встретиться.

Когда вышли «Записки кавалерист-девицы» и автор их стал чрезвычайно популярен в России, Иван Дуров обратился к матери с письмом, на которое не получил ответа.

Болезнь болезнью, но в социальном отношении важен не биологический дефект, а то, на что личность направит свои социальные и нравственные устремления. Дурова вошла в историю как героиня русского народа.

Дурова прославилась своими подвигами во время войны с Наполеоном. В русскую армию она была зачислена еще в 1804 году, причем император Александр разрешил ей именоваться мужским именем. Сбылась многолетняя мечта молодой жен-

щины: она теперь корнет Александр Соколов и может вызвать на дуэль любого, кто назовет ее женским именем. Корнет Соколов отличался недюжинной физической силой, ловкостью, бесстрашием, он участвовал во всех битвах, которые велись Россией. В 1807 году этот корнет совершил, например, такой подвиг: увидав, что французские драгуны бросились к русскому офицеру, чтобы заколоть его, корнет Соколов разогнал французов, посадил русского офицера на коня и спас ему жизнь. За это корнет был награжден орденом.

В 1811 году скончалась его (ее) мать Надежда Александрович. Андрей Дуров остался с маленькими детьми на руках. Он обратился к царю с просьбой откомандировать корнета Соколова к отцу. Царь был готов выполнить его просьбу, однако натолкнулся на категорический отказ корнета возвращаться к отцу. Царь вынужден был отступить. Он переименовал корнета Соколова в корнета Александрова и оставил его в армии. Счастью корнета не было границ. В 1816 году закончилась 10-летняя служба корнета Александрова в русской армии. Он переехал в Елабугу, что на Каме в предгорьях Урала, и прожил там до своих последних дней. В 1866 году на 83-м году жизни сей корнет скончался, в 1901 году на его могиле поставили памятник.

О жизни корнета в Елабуге по сей день ходят легенды. Корнет одевался только в мужскую одежду, курил трубку. Танцевал он только в качестве кавалера, говорил барышням комплименты не хуже завязанного сердцеда. Жил он вместе со своим слугой Степаном в окружении нескольких десятков собак и лошадей, которых очень любил (тут не знаешь, в каком роде называть героя этого рассказа). Единственное, что могло вывести отставного корнета из себя, это когда его называли в женском роде. Ко всему остальному Александров относился спокойно.

Корнет опубликовал несколько повестей и воспоминаний. Сейчас о них мало кто знает, они почти не переиздаются. Если их и вспоминают, то в связи с романтикой событий 1812 года и героизмом людей, защищавших Отечество. Однако медики не забывают о феномене Дуровой. Не забывают о нем и девицы, полные ненависти к своему предназначению: жизнь корнета Александрова для них лучший аргумент в пользу того, как многого может достигнуть человек, если откажется от своего пола и превратится в мужчину. Отношение к Дуровой — это своеобразный тест, ответ на который сам по себе обнаруживается в разговоре с подобными пациентами.

Как же предотвратить подобные явления?

Очень просто: *не делать ничего такого, что создаст цепь неблагоприятных обстоятельств, мешающих идентифицироваться со своим полом.* Ведь вся жизнь Н. А. Дуровой — это череда случайностей, которые могут тяжело отразиться на ком угодно. Мать хотела, чтобы родился сын. Это бесследно не проходит для ребенка, даже если он еще пребывает в лоне матери. Потом мать всячески третирует дочь, изолирует ее и т. д. Это тем более не может быть незамеченным ранимой психикой ребенка. Затем воспитание в условиях гусарской жизни: самые важные в жизни годы будущую «кавалерист-девицу» окружали только мужчины. Все это сыграло большую роль, тем более что у Надежды Дуровой уже была какая-то предрасположенность, проявляющаяся в ненависти к своему полу. Однако ее предрасположенность — это лишь факт ее биографии (мало ли у кого какая предрасположенность!). Выявиться же она могла только при постоянном и длительном воздействии неблагоприятных социальных факторов — воспитания, окружения, отношения родителей и т. д. Стало быть, в появлении у Н. А. Дуровой полдовой аномалии виновны не только мать и отец, но и все люди, которые ее окружали.

Современная медицина изучает подступы к разрешению проблемы, о которой мы кратко сейчас рассказали. При этом используют гормональную терапию, иногда делают хирургические операции по перемене пола. Возможно, с годами найдут еще и другие методы ее решения.

Письмо матери

Мой сын в возрасте 14 лет совершил преступление, за это осужден на три года лишения свободы. Днем в парке, что расположен рядом с нашим домом, останавливал взрослых женщин и добивался, чтобы они обнажались. Осудили его за четыре случая, но я думаю, что их было больше. Одна из женщин оказалась более «решительной» и показала то, что он требовал. По ее словам, он бросился бежать «сломя голову». Он эту женщину не тронул и пальцем, других же держал за руки и даже пытался повалить.

Сын родился от тяжелых родов, до 12 лет мочился в постель. В 9 лет упал с высокого дуба, поломал руку, было сотрясение мозга, долго лежал в больнице. Вначале не было никаких последствий, а года через два стал жаловаться на головную боль, на забывчивость. Дома уроки выучит прекрасно, а школе мог все забыть. Положили его в Научно-исследовательский институт педнарии. Вначале диагностировали церебральный арахноидит, а затем — посттравматическую церебрастиению.

Ночью пытался часто куда-то идти. Вставал в туалет и открывал входную дверь на улицу. Иногда, идя ночью в туалет, падал. Утром ничего не помнил. Было сходящееся косоглазие, врожденные дефекты речи (не произносил звук «р», многие шипящие). С раннего детства находится на учете у детского психиатра по поводу энуреза и органических изменений центральной нервной системы.

В семье он у нас один. Я — педагог, отец — инженер. Все мои знания, умения, все было отдано тому, чтобы сын вырос прекрасным человеком. И действительно, был он послушным, скромным мальчиком, никто никогда на него не обижался. Ни разу он не имел замечаний ни в школе, ни во дворе, ни в общественном месте, не имел дела с милицией. Не курил, не курит даже сейчас, находясь в колонии. Не употреблял спиртные напитки. Был очень чутким, внимательным, сердечным, особенно по отношению ко мне. И вдруг такая жестокость по отношению к другим женщинам. Что это? Когда его опознали через несколько месяцев после преступления, то положили в психиатрический стационар, там подтвердили органические изменения центральной нервной системы.

В пионерском лагере, во дворе мальчишки постарше рассказывали о своих похождениях с женщинами (возможно, только их воображение), о том, что никакого труда не представляет любая «победа» над женщинами, показывали порнографические открытки и ходили всей компанией к общежитию, наблюдали за обнаженными девушками через окно душевой комнаты. В это время я очень сильно болела, лежала в четырех больницах, сын практически дома был один, отец весь день на работе, родственников никого нет, в школе не знали даже о том, что мальчик фактически предоставлен самому себе, но поскольку раньше он вел себя и учился хорошо, то особой тревоги по поводу его у педагогов и родителей не было. Сын всегда утомлялся после уроков, после обеда не мог не спать. В это время ему часто снились женщины в тех ситуациях, что видел на открытках и в душевой комнате. После сна он отправлялся на тренировку, путь проходил через парк. Вот здесь он и останавливал женщин. Однажды он сидел в парке в кустах минут 20, ожидая, когда появится женщина.

Сын очень рослый, физически сильный. Да только сила-то без ума. Он не проявлял особого интереса к девочкам, хотя они к нему и приходили, и звонили, и свидание назначали. В школу он пошел с 6 лет, в классе был самый младший. Со мной он был всегда откровенный. А вот о своем чрезмерном влечении к женщинам ничего не сказал, видно, стеснялся или, возможно, в мое отсутствие почувствовал «свободу», не мог поговорить и с отцом на такую тему и столько причинил всем горя. По своей натуре он труслив, как он мог решиться на такое, непонятно. До сих пор не можем понять, что же побудило сына на такое преступление? Всегда был добрый по характеру, нормальный мальчик, я бы даже сказала, что по сравнению с другими

был чересчур идеальным. Никак не мог по злему умыслу совершить что-либо плохое, а не только преступление. Но какая-то причина все же существует. Я думаю, что возможно что-нибудь из двух: либо что-то получил он по наследству от родственников мужа (в нескольких поколениях были алкоголики с ужасными характерами и темпераментами, с множеством странностей). Или быстрое физическое развитие, ускоренное половое созревание, органические изменения центральной нервной системы, недостаток воспитания. Дома с сыном не было ни серьезного, ни приблизительного разговора на сексуальные темы, о физиологических изменениях подростков и т. д. Он действительно не знал, что с ним происходило, не умел объяснить. Сейчас ему 16 лет. Ведет себя в колонии нормально, имеет несколько поощрений, учится в одиннадцатом классе, избран в актив. Я его спрашивала о том, было ли у него такое же состояние, как раньше, и как он управляется со своими чувствами? Говорит, что теперь многое узнал, многое понял, что к чему, чувства преодолеваю, наверное, своим сознанием.

В народный суд были также представлены положительная характеристика, ходатайство от спортшколы и коллективное письмо жителей дома, где жил мальчик, тоже содержащее его положительную характеристику.

Судя по всему, в беду попал в общем неплохой паренек, но беда заключалась в том, что у него в подростковом возрасте резко усилились влечения. Это привело к преступлению. Мальчик очень быстро физически рос, а формирование волевых задержек, способности контролировать себя отставало. Но миллионы подростков тоже переживают этот возраст, и у них тоже возрастают влечения, а на скамью подсудимых они ведь не попадают. Чем этот мальчик отличался от множества других? А отличался он тем, что в результате органического поражения головного мозга у него были церебрастенический синдром (быстро уставал и пр.), неврозоподобный синдром (по ночам вставал, ходил, утром ничего не помнил), было также врожденное недержание мочи и некоторые расстройства. Все эти явления усилились после сотрясения мозга в 9 лет, и подросток уже не мог сам справиться со своими бурно возросшими влечениями. У него, кстати, имелась и наследственная предрасположенность в этом плане по отцовской линии.

С ранних лет подросток лечился у специалистов. Обычно в подростковом возрасте таким больным на всякий случай (даже если нет прямой необходимости, а имеются лишь опасения, что могут усиливаться влечения) назначают препараты, чтобы предотвратить обычные для этого возраста эксцессы.

Но дело не только в возрастных и органических причинах, а и в социальных, в той же сексуальной неинформированности и безнадзорности, о которых упоминает мать этого подростка.

Новый Лантье или самовлюбленный Нарцисс?

Подростку 17, матери 40 лет. Она по профессии музыковед. Считает себя очень сдержанным человеком. Физически здорова. Отец героя нашего рассказа последние 5 лет с семьей не живет. Он музыкант, по характеру жестокий, эгоцентричный, грубый, несдержанный, неуравновешенный. Как отмечает мать, мальчик больше похож на отца по характеру, хотя у отца эти черты меньше выражены, чем у сына. Материально-бытовые условия в семье очень хорошие. Обстановка дома спокойная. Мать с бабушкой живут дружно. У матери много подруг, с которыми она часто общается и помогает им. На работе ее уважают, часто с ней советуются по разным вопросам.

Мать отмечает, что мальчик всегда был несколько замкнутый, больше любил играть с девочками и со всеми, кто им восхищается, много читал. С раннего детства обнаруживал большой музыкальный талант, участвовал в различных музыкальных конкурсах, занимал, как правило, призовые места. В школе учился хорошо, все схватывал на лету, к занятиям никогда не готовился, был очень сообразителен не только в занятиях, но и в практической жизни. С детства разговаривает на иностранных языках, хорошо знаком с поэзией и живописью.

Чем больших успехов он добивался в школе и в музыке, тем больше внимания уделяли ему учителя, тем больше они подчеркивали достоинства и таланты мальчика, не скрывая, что видят в нем вундеркинда и будущую музыкальную звезду. Ребенок находился все время в атмосфере восхищения им и постоянного выделения из среды «бездарных» сверстников. В связи с музыкальными успехами ребенка его выступления транслировали по телевидению, перед концертом за ним присылали персональную машину, и он, вызывая зависть и восхищение сверстников, торжественно отправлялся на концерт. Постепенно с годами в ребенке развилось самолюбование, неуважение к внешне менее способным, к «неудачникам». Он требовал к себе повышенного внимания со стороны педагогов, игнорировал их замечания, многие дружеские советы воспринимал как проявления зависти. В нем карикатурно развивалось стремление везде быть первым, чтобы окружающие воспринимали его как самого лучшего, самого уникального. Однако мальчик много работал над собой, много занимался, и его успехи в музыке были заслуженными. Педагоги, отмечая многие неприятные стороны его характера, в первую очередь самовлюбленность, заносчивость и эгоизм, единодушно подчеркивали талантливость ребенка, его большое музыкальное будущее, для чего у него, по их мнению, были и задатки, и большая трудоспособность, а также необыкновенная преданность любимому занятию.

В последние годы мать стала обращать внимание на неровный и неприятный другим людям характер мальчика, однако считала его естественным для талантливого человека, тем более что среди коллег она наблюдала много людей с такими же или с еще более тяжелыми свойствами. Ее больше тревожила крайняя взрывчатость мальчика, нетерпимость его к чужим мнениям и безудержность в реакциях. Из-за крайней вспыльчивости ребенка в классе прозвали «психом».

Об этой своей особенности мальчик рассказывает так. Когда ему было 3—4 года, он однажды убил пролетавшую муху и в то время, как она, мертвая, падала, вдруг испытал прилив сил, громадную радость, удовольствие, сходное с сексуальным. С тех пор как он убивал мух или насекомых, он испытывал такое состояние (когда же при этом подобных эмоций не появлялось, мальчик злился, становился суетливым, расторможенным, неуправляемым, упрямым, ммурным). Когда ему было 6—7 лет, он поссорился с одним мальчиком и в драке стал душить его. В это время вдруг вновь испытал то состояние, которое было у него раньше и которое с годами становилось все более редким. Ощущая шею побежденного мальчика, он вдруг испытал радость, облегчение. После этого целый день ходил под впечатлением от пережитого. В дальнейшем, когда он вспоминал эту историю, испытывал сильное и радостное душевное волнение. Чтобы вновь ощутить все это, ребенок старался каждый раз восстанавливать в памяти пережитое.

В 9—10-летнем возрасте с ним произошла аналогичная история: подравшись в классе, он едва не задушил обидчика. Во время борьбы и именно тогда, когда он повалил противника и стал его душить, он вновь испытал сильное возбуждение. С тех пор как он видел этого мальчика, у него при одном только воспоминании о прошедшей драке возникало сильное возбуждение (вот так и образуются патологические привычки!).

В 12-летнем возрасте он подружился со сверстницей, много времени проводил с ней. Однажды они поссорились, и он в приступе ярости стал ее бить. Он испытывал в это время только злость, безотчетную ярость, никакого удовольствия не было. С тех пор он замечал, что возбуждение у него возникало только тогда, когда он дрался, душил, шипал мальчиков. Всякое возбуждение сопровождалось крайней яростью, во время которой он мог убить, задушить, теряя над собой самоконтроль, с очень большим трудом сдерживаясь. Однажды мальчик прочитал роман Золя «Человек-зверь» и очень заинтересовался образом главного героя Жака Лантье, ему казалось, будто он сам человек-зверь, и под этим углом он стал анализировать свою жизнь. После прочтения этого романа мальчик на некоторое время стал грубить матери.

Однажды, когда мать сделала ему какое-то замечание, он схватил ее и подбегавшую бабушку и выбросил их из комнаты, обнаружив при этом недюжинную силу.

Стал проявлять повышенный интерес к жизни великих музыкантов. Вообще последний год стал более откровенным с матерью, спрашивал ее об интимных сторонах жизни. Ему доставляло удовольствие, когда школьники говорили о нем как о необычном человеке не только из-за его музыкальных достижений, но из-за его ярости, несдержанности, безудержности. В школе его по-прежнему звали «психом», и он гордился этим прозвищем.

Мать решила показать мальчика психиатру; ее беспокоили садистические наклонности сына, трудности в поведении, из-за чего он беспрестанно ссорился с одноклассниками и принимал позу непризнанного гения. Во время беседы охотно рассказывал врачу о своих переживаниях, об интимных подробностях, не считая их болезнью. В поведении много демонстративности, самолюбования, преувеличивания своих способностей, о которых говорил без сомнения, как о чем-то необычном и встречающемся очень редко. Каких-либо жалоб не предъявляет, однако считает, что его вспыльчивость, безудержность, неумение ладить с людьми ему весьма мешают в жизни и он хотел бы от них избавиться, но в то же время добавляет, что без этих черт он, как талант, видимо, не смог бы развиваться. Настроение ровное, хотя отмечает в прошлом колебания настроения, которые чаще всего провоцируются психогенно и бывают весьма продолжительными. По его словам, к матери относится с большой симпатией и лаской, переживает за нее, старается убедить ее в необходимости меньше работать и больше беречь себя. По словам матери, мальчик вообще любит всех родственников и пользуется у них уважением из-за своей отзывчивости и доброты. Периодов вялости, апатичности не отмечает. Кажется внешне общительным ребенком, однако сам считает себя одиноким, не имеющим очень близких друзей, которым бы он мог открыть душу. Видит цель своей жизни в музыке, в дальнейшем развитии и усовершенствовании своих музыкальных данных. Настроен после окончания школы поступить в консерваторию.

Так что же у этого подростка? Нарушенные влечения, но не усиление их, как у предыдущего подростка, а и з в р а щ е н и е. На ранних этапах эти отклонения внешне шли по типу закрепившегося рефлекса, однако такой механизм не является единственной и тем более основной причиной подобных расстройств, важны и особенности воспитания, культивировавшие в мальчике эгоцентризм, театральность поведения, преувеличение своих возможностей, высокомерное отношение к другим людям и т. д., поэтому можно говорить о патологическом формировании личности истерического типа. Высокий интеллект мальчика, благотворное влияние на него матери могут сыграть положительную роль в процессе выравнивания, гармонизации его характера (обязательно на фоне приема медикаментов). По мере созревания мальчика отмечается также уменьшение садистических тенденций, что является прогностически благоприятным признаком.

Мать подростка вовремя спохватилась и начала его регулярно лечить. В последний раз мы видели его спустя пять лет после первой нашей встречи. Он полностью здоров, никаких извращений в нем нет, но характер остался по-прежнему нелегким: период самолюбования и презрения к «бездарностям» закончился, но на первый план стали выходить деспотизм, стремление всех подчинить себе, своим интересам, повышенная конфликтность, раздражительность, несдержанность. Он считает, что эти черты характера, конечно, никого не делают счастливым (ни обладателя их, ни тех, кто с ним сталкивается), но в мире, в котором он живет (а он профессиональ-

ный музыкант), такие свойства личности, по его мнению, мало кого удивляют и мало кому мешают. В музыкальном исполнительстве не достиг больших высот, обвиняет в этом себя (мало занимался, нужно было вообще ни спать, ни есть, а только работать и работать), интриги и непонимание со стороны окружающих. Выражено чувство недовольства собою.

Вот такой это человек. Болезнь его проявлялась в нарушениях влечений, от этого врачи его вылечили. Что же касается его характера, то он явно дисгармоничный. Почти всегда то, что усилено или увеличено в подростковом возрасте, после этого периода резко уменьшается или вообще исчезает. В подростковом периоде карикатурно заостряется то, что заложено в человеке, но возраст проходит, и все его излишества также бесследно уйдут. Главное, чтобы в этом опасном и беспокойном периоде подростков не воспитывали так, как воспитывали нашего музыканта.

Перекаати-поле

Ему 30 лет, физически сильный, рослый мужчина северного типа. Всю жизнь его носит по стране, он не может найти постоянного пристанища. По профессии слесарь. «Профессия ходовая, везде нужная». Себя называет «перекаати-поле».

«Я копия героя рассказа Юрия Казакова «Легкая жизнь», будто с меня все списано, — то ли жалуясь, то ли с гордостью говорит он, — всю жизнь не мог себе места найти, объездил всю страну, только понравится, устройсь, обузаведусь друзьями, вновь начинаю зуд какой-то чувствовать, опять хочется в дорогу, но себя ругаю, знаю, что нелепо так мотаться по стране, нужно где-то устроиться. На одном месте вроде все мне нравится, но нет — опять чувствую какую-то потребность сменить место, что-то меня так и подмывает вновь уехать дальше. Так всю жизнь. Почему так со мною случилось? Ведь эта страсть к бродяжничеству как болезнь, как зараза, от меня не зависит, помимо моей воли мною руководит.

А началось все с детства. Было мне лет 12—13. Стал созревать как мужчина; но что-то очень быстро созрел: начал курить, иногда попивал, стал возбужден и агрессивен. Однажды подрастал с пареньком, а тот меня сильно по голове стукнул, в результате сотрясение мозга, потом долго в себя приходил. Стал чувствовать в себе какие-то странности: появилась любовь смотреть на огонь, получал сильнейшее удовольствие, если видел, что где-то что-то горит. Резко возросло влечение к женщинам, по ночам только они и снились, часто онанировал. Чувствовал, что так и подмывает уехать куда-нибудь. Убегал из дома, бродил по 2—3 недели, возвращался домой грязный, голодный. Мать ругала, все спрашивала, отчего я бегу из дома, а я и сам ничего толком объяснить не мог. Когда пошел в армию, самые муки-то и начались. Вначале все было интересно, а потом опять захотелось побродяжничать, а из армии далеко не уйдешь. Но уходил. Возвращали. Положили на военно-психиатрическую экспертизу. Признали больным. Болезнь, дескать, и проявляется в неодолимом стремлении к бродяжничеству. Назначили лечение. Не поверил — думал, что это не болезнь. Отказался от лечения. Так всю жизнь и скитаюсь. А теперь вот сам пришел за помощью».

В вышеприведенном монологе — жизнь человека, который в конце концов понял, что страдает расстройством, которое на медицинском языке называется *дромоманией* (от греческих слов: *манья* — страстное влечение и *дромос* — дорога, путь). Развивается оно в сочетании с другими нарушениями влечений, обычно это последствие ушибов головы, сотрясений мозга, воспалительных заболеваний головного мозга, особенно если эти расстройства возникли в подростковом периоде. На с. 108 мы уже немного рассказывали об

этом расстройстве. Теперь остановимся на нем подробнее.

Механизмы бродяжничества. Нередко термином «дромомания» квалифицируют состояния самого различного происхождения и разного качества, объединенных только одним — побегами из дома и школы.

Побеги за редким исключением бывают только у детей и подростков; у взрослых дромомания встречается как продолжение тех нарушений, которые начались в детском или подростковом возрасте. Практически все расстройства, проявляющиеся в побегах, к взрослому возрасту проходят, либо становятся скрытыми. Вышеприведенный пример 30-летнего мужчины — крайняя редкость.

Выделяется несколько основных механизмов бродяжничества у детей и подростков. Как уже указывалось на с. 108, главнейший из них — так называемая *сенсорная жажда*, т. е. потребность во множестве новых и ярких впечатлений.

Подвержены подобного рода бродяжничеству дети инфантильные, безудержные фантазеры, любители приключений. Они и сами увлекаются игрой, теряя чувство меры и реальности, ответственности перед ближними, и способны увлечь других, более слабых и внушаемых детей (вспомнили «Приключения Тома Сойера»?). В наше время такими детьми движут обычно романтические порывы. Начитавшись приключенческих книг, переполненные романтическими настроениями, многие из таких лиц бегут из дома, так сказать, из самых лучших побуждений. Один из них, настроив соответствующим образом нескольких своих приятелей, убежал вместе с ними из дома и более недели блуждал, пытаясь пробраться в один из южных портов, чтобы оттуда отправиться в Африку. Этих мальчиков относительно быстро обнаружили и вернули домой. Спустя некоторое время они вновь решили бежать из дома, но уже на Таймыр, чтобы «наконец-то решить, есть ли «Земля Санникова» или нет».

«Идейный» характер побегов инфантильных детей и подростков встречается не так уж часто; несравненно чаще они бродяжничают в поисках новых впечатлений и при нежелании заниматься школьными занятиями, требующими от них определенной усидчивости и трудолюбия. В школе и дома им скучно, но определить свои интересы они не могут, поэтому бесцельно слоняются по улицам, разглядывают витрины магазинов и афиши кинотеатров, ночуют на чердаках, в подвалах, на стройках, вокзалах и т. д., питаются, естественно, как попало. Разумеется, что некоторые из таких детей и подростков довольно быстро оказываются в одной компании с пьяницами, преступниками и сами начинают воровать, курить, пить вино, сквернословить, хулиганить. Рано или поздно, но большинство из них обнаруживается милицией, их приводят домой, заставляют посещать школу, но далеко не всегда удается перестроить психику подростков, которых неудержимо влечет на улицу, в бесконечно приятную им свободную жизнь, лишённую всяких социальных ограничений. Чаще всего это дети и подростки из очень небогатых семей. Сбегают они из дома, как правило, неоднократно.

Эти типы бродяжничества, в отличие от истинной дромомании, скорее являются результатом педагогической запущенности и у большинства людей по мере душевного созревания, приобретения жизненного опыта заметно смягчаются, а после 18—20 лет уже редко дают о себе знать. Романтическое восприятие жизни сменяется более осозанным, цельным, общественно направленным. Человек становится более ответственным перед окружающими людьми. Однако важно вовремя понять таких детей и подростков, уделить им свое время, отучать от бессмысленной страсти, создать аффективно-насыщенную социально-положительную доминанту (короче говоря, хобби), а это уже дело педагогов и родителей. Если же страсть к бродяжничеству — отражение глубокого нарушения влечений вследствие органического заболевания головного мозга, шизофрении, эпилепсии, психопатии и пр., то никогда не удастся избежать вмешательства психиатра и специального лечения.

К подобным проявлениям относится и так называемый *амбулаторный автоматизм* в состоянии сумеречного расстройства сознания у некоторых больных эпилепсией или истерией. Поступки таких людей внешне не всегда представляются необычными, странными, но сами больные не отдают себе отчета в своих действиях и по выходе из состояния помраченного сознания ничего о них не помнят. В состоянии сумеречного расстройства сознания эпилептики совершают порой длительные поездки (один из них в конце XIX века уехал из Франции и был крайне удивлен, когда, придя в себя, обнаружил себя в далекой Индии). Во время такого изменения сознания больные могут сутками, иногда неделями бродяжничать, не отдавая себе отчета в своих действиях и полностью забывая, что с ними происходило. Поэтому по выходе из состояния расстроенного сознания эти больные не могут толком объяснить, где они были, что делали и пр.

«В знак протеста». Несравненно чаще обнаруживаются дети, у которых ведущим механизмом бродяжничества являются реакции протеста против несправедливого, по мнению подростка, отношения к нему со стороны старших или сверстников. В результате ребенок убегает из дома и из школы. Такие реакции протеста могут, закрепившись, часто повторяться уже в ответ на незначительные замечания, укоры, требования. Меняется и настроение таких детей: оно становится хмурым, недоброжелательным, капризным. У некоторых из таких детей и подростков развиваются чрезмерная подозрительность, обостренное восприятие любой несправедливости, стремление везде видеть и фиксировать плохое отношение к себе, всеобщую несправедливость и пр. Итак, под влиянием длительных психотравмирующих ситуаций и обостренного переживания реальных, а чаще мнимых, несправедливостей у таких подростков постепенно меняется характер, деформируется личность, они становятся трудными в общении.

12-летний мальчик отличался чрезмерной впечатлительностью, нерешительностью, мнительностью, обидчивостью, ему всегда казалось, что отец предъявляет к нему

повышенные требования, несправедливо его ругает. В школе плохо справлялся с занятиями, быстро уставал, болела голова, плохо соображал, хотелось спать, были и другие церебростенические проявления. Из-за этого учился ниже своих возможностей. А отец требовал только хорошей успеваемости и обвинял сына в симуляции. Отец иногда выпивал, во хмелю был боек, бил жену, нецензурно бранился, выбрасывал из дома вещи и пр. Однажды, будучи пьян, избил сына тот долго помнил обиду и никак не мог простить отцу оскорблений. В следующий раз когда отец пришел домой пьяный, мальчик закричал: «Если только пальцем меня тронешь — убегу!» Эти слова только разозлили отца, и он снова избил сына. Мальчик убежал из дому: вначале он скрывался у бабушки, а потом, когда за ним пришли родители, убежал на вокзал и сел в первый попавшийся поезд. Через два дня был возвращен милицией, отец даже попросил у него прощения, обещал больше не бить, сын с ним помирился. Через некоторое время мальчик получил две двойки по русскому языку, и опять отец крепко избил его за это. Мальчик вновь убежал. С тех пор он часто убегал порой из-за малейшего замечания. Иногда он бродил под окнами школы, во время перемен рассказывал одноклассникам о том, как его избивает отец, причем весьма преувеличивал и обстоятельность этих избиваний и пьянство отца. Мальчик все больше отставал в школе, появилось неверие в свои силы, ухудшалось настроение, нарушился сон, аппетит. В конце концов мальчик был направлен в лечебное учреждение. Там он отдохнул, отключился от болезненных переживаний, окреп физически, нагнал пропущенный материал и в дальнейшем уже не обнаруживал каких-либо трудностей в поведении. За это время нормализовалась и обстановка дома, отец стал более гибко и осторожно относиться к сыну, стремился не провоцировать прежние эксцессы. Почти перестал употреблять алкоголь, старался установить с мальчиком более глубокий контакт. С сыном проводилось психотерапевтическое лечение, удалось изменить и отношение мальчика к отцу, к его замечаниям и т. д. Благодаря всему этому характер подростка стал более гармоничным.

Но не всегда таким детям удается помочь: из-за несвоевременного лечения, невозможности ликвидировать психотравмирующие условия в семье и в школе, продолжающегося алкоголизма родителей и многих других причин. В таких случаях «трудное» поведение еще больше усиливается, появляется агрессивность, конфликтность. Побег из дома перестают быть более или менее изолированным симптомом и уходят на задний план, оказываясь все менее и менее психологически понятными, мотивированными и не увязываясь больше с неблагоприятной ситуацией. Наступает глобальное изменение личности человека, во многих случаях уже необратимое.

Таким образом, побег из дома и школы требуют внимательного к ним отношения. Склонность к бродяжничеству имеет, как было уже показано, разное происхождение, различную динамику и требуют неодинаковой помощи. Но какова бы ни была причина этих нарушений, большая (быть может, основная) роль в профилактике этих явлений и излечении уже имеющихся расстройств принадлежит социальному окружению.

Наши читатели, наверное, уже обратили внимание вот на что: о чем бы ни шла речь в нашей книге, почти всегда упоминается о пьянстве и о вытекающем из него безобразном отношении родителей к своим детям. Почти каждая глава нашей книги — печальная иллюстрация к рассказу о том, как каким тяжким душевным отклонением у детей и подростков приводит пьянство взрослых. Задумайтесь еще раз над этим, особенно тогда, когда вы в очеред-

ной раз снисходительно хотите пожуричь пьяного соседа, сослуживца, родственника, мужа, брата или себя.

Крик души. Нередко в побегах подростков повинны и учителя: их поведение является либо причиной, либо, что чаще, поводом к бродяжничеству школьников.

Когда в одном из номеров журнала «Семья и школа» была опубликована наша статья о бродяжничестве у подростков, мы получили много писем от матерей и от самих больных. Вот отрывки из некоторых писем.

Уважаемая редакция! Беда у меня большая с сыном. Он у меня один, растет без отца с 5 месяцев, так как мы от него уехали. Он пьяница и хулиган. Рос мой сын всегда чересчур неуравновешенным, подвижным, но добрым, ласковым и развитым. Когда он пошел в I класс, учительница оказалась очень строгой и злой. Как-то она узнала от соседки, что отец ребенка посажен в тюрьму на 4 года, и, хотя мы не жили с ним уже 7 лет, учительница вытаскивала ребенка к доске и заставляла говорить в присутствии всех, где его отец и какой он. Он все это скрывал от меня, пока мне не сказали об этом девочки из его класса. Я обратилась к директору школы, и она предложила перевести его в другой класс. Но учительница смежного класса явно не хотела его брать. Во II класс он пошел к ней. Но и там ничего не наладилось, учительница брала его парту и швыряла ее к порогу, не желая, чтобы он сидел с детьми. Я старалась не вступать в конфликт с учительницей, думая, что потихоньку все как-то наладится. Школа послала сына к психиатру. Тот дал заключение, что он здоров, может обучаться в обычной школе, а меня строго предупредили, чтобы я убрала его из этой конфликтной обстановки. Но я не могла сделать этого. Пришел он однажды домой, заплакал и сказал: «Мама, не пойду я больше в школу! Не могу!» Я его стала заставлять, в результате через неделю ушел из дома, и не было его неделю. Это было во второй четверти II класса. Нашли его в другом городе, одичавшим, худым, взгляд был отрешенный. С тех пор он стал убегать регулярно; в конце концов поставили на учет за бродяжничество. И вот почти 4 года он у меня убегает; никому не передать все, что я пережила, о чем я думала ночами, разыскивая сына. В IV классе я его перевела в другую школу, где его тоже не хотели брать, раз ему поставили за бродяжничество двойки по поведению. Но учительница вскоре мне сказала, что мальчишка неплохой, но не скоро он душой теплеет и отойдет.

Я решила уехать из своих теплых краев на Крайний Север, надеялась, что холод его остановит от побегов. Но и здесь продолжалось то же, и, что самое странное, сын познакомился с группой ребят, которые воровали, и сам совершил ряд таких проступков. О школе и говорить не приходится. Учительница, как увидела двойки по поведению за все классы, сразу обратилась в милицию, дурная слава о нем загремела на весь класс и всю школу. Общаться он стал только с этими ребятами и даже уходил из школы с уроков. Интересы к учебе у него сейчас совершенно нет.

К нам сейчас приходит тоже весна, а мой сын снова мыслит о побегах, снова жжет спички, костры.

И вот я прочитала в журнале вашу статью «Почему он ушел из дома?» Мне кажется, что это написано про него. Он тоже со II класса любит очень огонь, жжет спички, бумагу, в квартире везде потухшие костры. Спички прячу, но, однако, он их находит. Сейчас даже стыдно мне за эти спички, он выше меня ростом, ему 13 лет, а спички все равно жжет. Я пошла к невропатологу; но ответ получила такой: «Мало ли что там напишут, все это еще проблемное, неизученное. Я и сам любитель побродить. Ребенок ваш здоров». Я пыталась его убедить, что побродить и бродяжничать — это две разные вещи. Мой сын все эти годы бродяжничал в одиночку, по 2—3—4 дня. Жил на чердаках, в подвалах, в разрушенных домах, голодал, но нигде, ксати, ни разу пока не было замечено, чтобы он воровал. Может, он болен на самом деле. Дома ласков, меня жалеет, не знает, куда деться, когда меня за него ругают, а все равно уходит с уроков. Учится плохо, разговаривает с раздражением, вид такой озлобленный. Вчера была комиссия по делам несовер-

шеннолетних, куда пригласили и меня с сыном. Он пошел один, я не решилась боялась, что решат забрать его в спецшколу. Вызывали его за плохую учебу и пропуски уроков. Все последнее время я хожу в школу, помогаю ему по математике, присутствую на уроках. Но от такой учебы, я понимаю, проку не будет. Сейчас, конечно, все это больше выглядит как привычка к бродяжничеству и выработалось упорное нежелание к учебе, но как проверить, здоров ли ребенок прежде чем его у меня заберут. Я никого сейчас не хочу винить, но что нам дальше делать — не знаю. Истинной человеческой помощи и совета нету ни от кого»

Еще одно письмо:

У нас с мужем не было детей, поэтому мы взяли в детском доме мальчика; кто его настоящие родители, мы не знаем, известно лишь, что они были пьяницами и лишены родительских прав. До школы ребенок рос без особых трудностей, хотя был расторможен, суетлив, вспыльчив и лжив, но в общем был терпим. Все трудности начались или, точнее, усилились с I класса: сын воровал, обманывал, убегал с уроков и из дома. Обратились к врачу, он направил в детское отделение психиатрической больницы. Там сын пролежал несколько месяцев и был выписан с диагнозом «психофизический инфантилизм» (он и ростом не вышел, щуплый, маленький, как ребенок, а сейчас ему уже 13 лет). После выписки улучшение держалось недолго, потом все вновь началось. Опять убегает с уроков, врет на каждом шагу. В школе говорит, что дома его избивают, выгоняют, что «к маме приходят чужие дяденьки, а к папе — чужие тетеньки», а дома утверждает, что в школе его наказывают, бьют, плюют в глаза и т. д. Нас вначале часто вызывали в школу, ругали за то, что не смогли хорошо воспитать мальчика, а потом поняли, что мы не виноваты, стали нас жалеть. Со II класса уже курит, потом и вино стал пить, не ночует дома по 7—8 дней. Мы его везде ищем, только с помощью милиции обнаруживаем. Одно время нам предлагали отправить ребенка в специнтернат для детей с недоразвитием интеллекта, но врачи заявили, что мальчик интеллектуально полноценный и ни в коем случае его нельзя обучать вместе с дебилами. Потом нам посоветовали увести мальчика куда-нибудь в другой город, вдруг он там станет другим? Поехали с ним в Сибирь, прожили полгода, толку никакого, по-прежнему убегает. Настроение у него прежнее, не хочет учиться, все не по нему, учителя замучились с ним, а мы подавно. Мальчик он добрый, смущенный, но ничем его надолго не удастся заинтересовать. Все ему быстро надоедает, ни на чем не может задержать свое внимание. Записывали его в различные секции при Дворце пионеров, нигде не может удержаться, по-прежнему убегает, постоянно обманывает педагогов. Например, IV класс начал с того, что убежал на две недели, потом милиция сообщила, что его нашли. Приехали за ним в детприемник, а он худой, грязный, заросший. «Зачем же ты так, сынок, что мы тебе плохого сделали, зачем убегашь, зачем себя мучаешь и нас тоже?» — Тот плачет и опять за свое: «Больше не буду, поверьте в последний раз». Проходит 6—7 дней, и опять убегает. Благодаря этому во второй четверти прозанимался всего лишь 20 дней, да и то те, что я сама водила его в школу и вместе с ним сидела за партой.

Письмо еще одной матери — тоже крик души, тоже большая драма.

Муж много пил, дома были бесконечные скандалы, а у меня двое детей. Старший сын рос, еще не видя всех скандалов, а младший уже все узнал рано: походы с пьяным отцом из детского сада, по друзьям, магазинам, бесконечные пьянки. В результате после 15 лет совместной жизни пришлось с мужем расстаться, но, видно, слишком поздно, дети уже покалечены и боюсь, что на всю жизнь. Сейчас живет со мной младший сын, его дальнейшая жизнь меня очень волнует. Все, что Вы пишете в своей статье, относится целиком к нему.

Родился сын с дефектом головки. Когда я пришла из роддома домой, то обнаружила, что у него головка имеет форму кулька, родничка на головке не было. Я пошла к врачам, но мне сказали, чтобы я не волновалась, со временем все якобы пройдет, но — увы! — головка осталась удлинненной, придавленной с боков. Кроме

этого, у него часто были травмы головы: упал в детском саду на угол песочницы — была вмятина над бровью; падал на кран в умывальнике — рассекал лоб. Толкнули его с детской металлической горки, и он упал на спину, сильно ударился головой. Всего не опишешь.

Даже сейчас у него бывают сильные головные боли со рвотой. Главное мое горе: сын с I класса все время куда-то уходит, ему плохо и в школе и дома. Сейчас ему уже 11 лет, учится он в V классе, но учится очень плохо. Школу пропускает без конца, он меньше бывает на уроках, чем бывает на улице с ребятами, которые намного старше его. Сейчас уже много курит.

Очень нервный, нет совсем у него усидчивости, очень грубый, ему все время кажется, что все к нему придираются.

Ведет себя со всеми вызывающе, в школу меня без конца вызывают, так как он не учится сам и мешает другим. Учителя сами видят, что он болен, но что я могу теперь сделать, к врачу психбольницы он не идет: «она опять меня положит к «психам».

На хорошее обращение к нему он отвечает грубостью. Совершенно не понимает меня. Строгие меры применять (бить, например) — бесполезно. Последнее время стал рвать свои вещи, очень боюсь, что он может все сжечь, так как у него с самого раннего возраста болезненная тяга к огню. Уже много вещей сожжено, сгорали волосы, ресницы. Сейчас спички у него все время в руках, зажигает он их обо все, что есть под руками, о стены, о стекло, о брюки. Когда приходишь домой, то горелые спички везде.

У всех описанных подростков усилены влечения, все они обнаруживают рано приобретенную недостаточность центральной нервной системы, все они не могут приспособиться к школе и семье. Причин много, а следствия одинаково печальны.

Помогают таким детям и подросткам врачи, но эта помощь будет тем более эффективна, если для «трудных» подростков будут созданы специальные школы в системе Министерства просвещения.

Психопатология и жестокость. Кое-что в происхождении жестокости можно объяснить с биологических позиций, большинство проблем может быть понято только в социальном контексте, а на некоторые вопросы еще нет ответа.

Восьмилетняя девочка на каникулы поехала в лагерь, организованный для детей актеров. Эта девочка отличалась обаянием, привлекательностью, взрослым людям трудно было пройти равнодушными мимо нее, так она была мила. И именно из-за этого у нее начались конфликты: дети ей завидовали, ревновали, устраивали бойкот. Эти ссоры были вызваны тем, что мальчики, находившиеся в лагере, уделяли нашей будущей пациентке больше внимания, чем всем остальным девочкам. Когда каникулы кончились и все разъехались по домам, она получила по почте анонимное письмо, состоящее из нецензурных слов, поразительных по своей грязи. Мама девочки в конце концов разыскала автора — им оказалась подруга ее дочери. Сверстница, написавшая это письмо, во всем призналась, но не считала, что она совершила что-то постыдное, хотя «для того, чтобы от нее отвязались и не поднимали шума», поспешила извиниться перед пострадавшей.

После получения злосчастного письма у пациентки резко нарушился сон, аппетит, снизилось настроение и в результате возник невроз. Но сейчас мы говорим не о ее неврозе, а о том, как могло случиться, что дети интеллигентных родителей могли совершать жестокие поступки, такие изощренные и, казалось бы, вообще несвойственные детскому возрасту.

Примеров жестокости детей и подростков можно было бы привести множество. Очень часто жестокость детей бывает более страшной, чем жестокость взрослых: жестокость последних носит, как правило, осознанный и «разрешенный» теми или иными идеоло-

гическими или моральными установками характер. Жестокость же детей иногда невинная, от незнания, от недомыслия, от подражания. Ясно одно: проблема существует. Более того, меня, как детского врача, всегда поражает та жестокость, с которой подростки подчас относятся друг к другу. Ни один взрослый человек не способен на такую жестокость, которую демонстрируют некоторые подростки.

Жестокость может быть следствием того или иного психического заболевания или встречаться у людей, не обнаруживающих психического расстройства.

В процессе длительной эволюции, постепенного формирования человека из животных, он вобрал в себя многое из того, что было в поведении его предшественников. Жестокость животных является одним из функционально целесообразных механизмов естественного отбора. Говоря о «жестокости» животных, мы вносим свои, человеческие представления о должном, моральном.

В процессе очеловечивания человека в возникающем обществе выработалась система запретов, позволяющая людям мирно сосуществовать друг с другом, обеспечивать существование физически слабых, подавлять свои животные потребности. Законы человеческой истории стали заменять естественный отбор. Эта система запретов и правил создана для регулирования человеческих отношений, она сугубо социальна. Люди же, у которых эти запреты не сформированы или еще незрелы, не имеют длительной семейной или иной традиции, проявляют жестокость под влиянием незначительных внешних воздействий, и если общество не будет бороться с нею, то ее носители не преминут ее показать, исходя из принципа «все дозволено».

Под влиянием социальных и биологических причин этот слой запретов и правил может, к сожалению, частично или полностью разрушиться, и тогда наружу выплывает немотивированная и неспровоцированная жестокость¹. Однако человеческая жестокость — это не просто механический возврат к более низшему этапу развития. В силу душевных отклонений человек не превращается, например, в волка, а остается человеком, но только с извращенными влечениями, проявляющимися и в чудовищной жестокости. Жестокость того же волка внутренне гармонична, функциональна, она никогда не касается себе подобных.

Жестокость душевнобольных дисгармонична, это всегда грубая патология, говорящая о распаде, разлаженности психики. Но ведь у многих душевнобольных людей жестокость внешне мало чем отличается от жестокости больных; более того, она распростра-

¹ Конечно, есть и собственно социальные механизмы формирования жестокости. Например, само наличие потока товарно-денежных отношений, где всему есть эквивалент, и их столкновение с системой социальных ценностей, в соответствии с которой человек есть цель и не имеет эквивалента, могут рождать в индивиде те или иные напряжения, которые разряжаются в направлениях, во многом заданных воспитанием, самовоспитанием или их отсутствием.— *Прим. ред.*

няется на свой вид, чем, казалось бы, противоречит общему закону биологии: ни одно здоровое животное не убивает представителя своего вида; видно то, что для животных патология, для некоторых людей норма.

Чем же можно побороть жестокость у людей? Только воспитанием, только развитием культуры, только сознательным подавлением диких инстинктов, только длительным миром. Многолетние, постоянные войны всегда провоцируют в агрессорах крайнюю жестокость. Именно поэтому трудно найти представителей другой медицинской профессии, которые бы так единодушно выступали за мир, как психиатры: уж они-то знают, к чему приводят несправедливые войны, что будят они в людях.

Чаще всего жестокость возникает под влиянием социальных причин, и главным образом под влиянием воспитания и психологии того микросоциального коллектива, который окружает определенного человека. Если в человеке не формируют систему сочувственного, гуманного, милосердного отношения к людям и ко всему живому, если в семье преобладает зависть, нетерпимость, нежелание понимать и уважать другого, не допускают возможности разных подходов ко многим явлениям, если нет доброжелательности, почтительности, чувства собственного достоинства, то жестокость рано или поздно проявится у детей. Ведь они в силу своей повышенной внушаемости и подчиняемости легко имитируют поведение старших и часто в очень карикатурной форме.

Тот комплекс духовных явлений, который так туманно, по мнению некоторых, называется совестью, является решающим заслоном на пути проявления жестокости. Поэтому именно воспитанию принадлежит решающая роль в формировании доброты и терпимости.

Ребенок, не имеющий сильных биологических аномалий, становится таким, каким его «делает» окружение: если окружающие хотят, чтобы ребенок был добрым, он будет таким, но если они или обстоятельства будут воспитывать в нем жестокость, он станет жестоким, так как у детей способность противостоять окружающему воздействию, способность отстаивать общие принципы (еще, конечно, несформированные и неосознанные) незначительна. Велика роль воспитания и в тех случаях, когда жестокость обусловлена главным образом психическим расстройством.

Потомки маркиза де Сада. Патология беременности, родов, первых лет жизни, сотрясение мозга, энцефалиты и многие другие причины могут разрушать еще не сформировавшийся слой запретов и правил поведения. Именно в таких случаях извращенная жестокость ребенка или подростка проявляется в самой отвратительной и постыдной форме.

12-летний мальчик перенес туберкулезный менингит и едва выжил. Остались многочисленные последствия перенесенного расстройства: он стал несдержан, возбужден, драчлив, груб, любил делать окружающим пакости. Особенно доставалось матери и бабушке, отца же мальчик боялся и избегал над ним издеваться. Назло

матери он мог подложить ей в постель скорлупу от грецких орехов, налить в чай уксус, исподтишка поджечь на ней платье и т. д. Однажды к ним в дом приехала близкая родственница, которой недавно исполнилось 15 лет. Девушка пригласилась нашему пациенту, и однажды, когда дома никого не было, он ее изнасиловал, поранил ей ухо, вывихнул руку и т. д. Направленный на экспертизу в судебно-психиатрическое отделение, он был признан невменяемым в связи с грубым расторможением влечений вследствие органического поражения центральной нервной системы. Мальчика направили на стационарное лечение. Со временем его состояние существенно улучшилось, снизились и гармонизовались влечения, он стал более управляемым. Большую роль в этом сыграли родители, и в первую очередь отец, который начал строго следить за выполнением сыном правил общежития, культивировал в нем социально-положительные свойства.

У одного из наших пациентов (ему 10 лет) крайняя жестокость была проявлением медленно текущей шизофрении. Вначале он длительное время рисовал сцены убийства, крови, войны. В дальнейшем его бредоподобные фантазии, носившие садистический характер, стали реализовываться в издевательствах над бабушкой, которые были невероятно жестокие и циничные. После лечения состояние мальчика улучшилось, признаки психического расстройства уменьшились, но склонность к жестокости, хотя и уменьшилась, но все же сохранялась. Большую роль в ликвидации этого впоследствии играли уже не лекарства, а правильные воспитательные меры.

Среди людей с тяжелым характером нередко встречаются субъекты с преувеличенной жестокостью, неуважением к окружающим, стремлением сделать им что-то неприятное даже без какой-либо выгоды для себя. И жестокость обычно распространяется на тех, кто не может им дать сдачи, кто зависим от них; к тем же, от кого они сами так или иначе зависят, они, как правило, относятся с подобострастием и преувеличенной предупредительностью. Жестокость сочетается у них с мстительностью, злопамятностью, неутомимым стремлением отомстить реальным или мнимым обидчикам. Очень жестокие по натуре, они трусливы и становятся подхалимами, если им дать сдачи и таким образом отучить их от садистических проявлений. Помимо этого, большинство из них внушаемы, что следует также использовать для исправления их больного характера.

Однако жестокость, обусловленная только психическими расстройствами, все же редкое явление, большинство таких людей лечатся у психиатров, и рано или поздно врачи оказывают им действительную помощь. Поскольку в обществе во все времена сохраняется, по-видимому, примерно одинаковое количество психически аномальных людей, то эти субъекты не представляют особой проблемы и должны рассматриваться как печальная и относительно постоянная часть любого общества.

Ну, а что же делать родителям, педагогам, воспитателям, как не дать развиться жестокости в их подопечных? Да то же самое, что делают все люди, чтобы их дети были воспитанными: контролировать собственную жестокость, избегать ситуаций насильственной ломки воли ребенка, не превращать своих детей в злопамятных мстителей.

Если бы жестокость была бы лишь привилегией душевно-больных людей, то в конечном итоге ничего страшного не было бы: врачи умеют их лечить, а если лечение слишком длительно, то

такого пациента можно госпитализировать и тем самым освободить общество от угрозы. К тому же далеко не все пациенты жестоки, среди них много добрых и вообще замечательных в моральном отношении людей. К сожалению, жестокость — это в первую очередь свойство здоровых людей, а что у здорового на уме, то у больного на языке и в поступках.

Таким образом, борьба против жестокости здоровых людей может способствовать излечению даже некоторых психически больных. Эту мысль можно подтвердить хотя бы на примере kleптомании, т. е. страсти к немотивированному и ненужному воровству.

Прощай, kleптомания! В свое время о kleптоманах писали очень много. Как только к kleптоманам стали относиться как к обыкновенным вора́м, уголовно преследовать их, kleптомания почти перестала встречаться. Возникает вопрос: была ли она вообще психическим нарушением? Вероятно, в отдельных случаях была, но социальные меры воздействия ликвидировали kleптоманию. В этом удивительная двойственность психических заболеваний: они биологические и одновременно с этим социальные. В ряде случаев социальные меры воздействия бывают куда более эффективны, чем чисто биологические.

Воры бывают разные, некоторые из них — пациенты психиатров. Встречается не столько kleптомания, т. е. воровство, появляющееся помимо воли, когда как бы сужается сознание, возникает импульсивное действие, а затем человек приходит в себя, обнаруживает, что что-то своровал, испытывает угрызения совести и возвращает потерпевшему украденное (это и есть истинная kleптомания), но и другие формы нарушенных влечений, а также некая предрасположенность к воровству.

Жизнь этой женщины долгое время складывалась не очень удачно, было ей под 40, семья не сложилась, работа была малоинтересная. Однажды она отправилась в очередную командировку и в поезде познакомилась с хорошо одетым и красивым мужчиной примерно ее лет. Возникла, по ее словам, «любовь с первого взгляда», все время они проводили вместе. Так прошло три недели. Нужно было возвращаться, расстались с грустью. Этот мужчина, по его словам, был женат и имел детей. Расставаясь, поклялись друг другу писать и встречаться.

Вскоре героиня рассказа обнаружила первые признаки беременности и решила ее сохранить. Родился мальчик. Роды, беременность, раннее развитие — все было, как обычно бывает у всех. Ребенок мало болел, с четырех лет находился в детском саду. Там воспитатели стали жаловаться на то, что мальчик ворует вещи у детей, хитроумно прячет их и уносит домой. Воровство носило в общем продуманный и совершенно сознательный характер; пойманный на месте преступления мальчик плакал, просил прощения, лгал, изворачивался и т. д. В школе продолжилось то же самое, но одноклассники по-своему расправлялись с вором: они не уговаривали его, а избивали. Силу мальчик уважал и после боялся воровать, но затем начинал воровать у тех, кто не мог его избить. Был он хитер, старался не попасться, умел очень ловко выкручиваться, если воровство обнаружилось. Когда принимали в пионеры, дал слово, что не будет воровать. В пионеры был принят, но продолжал свое «хобби»: воровал только нечто ценное и хорошее, уносил домой, доказывал матери, что случайно нашел и т. д.

С отцом мальчика мать больше никогда не виделась, адреса его найти не могла, хотя чуть ли не объявила всесоюзный розыск. Но все данные, которые он ей сообщил, оказались ложными.

Когда мальчику исполнилось 13 лет, мать неожиданно получила письмо пропавшего возлюбленного. Тот писал, что он профессиональный вор, его отец и дед тоже были ворами, у них, воров, своя особая жизнь, они могут жить только среди своих, он часто думает о ней (т. е. о матери мальчика), просит не вспоминать его недобрым словом и т. д. Обратного адреса не было, да женщина и не собиралась его разыскивать, она его давно уже забыла, и все ее мысли были теперь сосредоточены на ребенке. Единственное, что ее беспокоило, это дальнейшая судьба ребенка — не станет ли и он таким же вором?

Немного позже она вышла замуж за своего сослуживца, человека умного и настойчивого. Все, что касается сына своей жены, он знал. Он стал постоянно контролировать мальчика, стремился, чтобы тот был постоянно чем-то занят. Все это сочеталось с приемом небольших доз препаратов, снимающих усиленные влечения. Мальчик не был болен в прямом смысле, его воровство не было kleptomанией, но тем не менее малые дозы некоторых препаратов ему не могли повредить, а польза была очевидна. Отниму удалось переключить интересы мальчика на спорт и занятия в технике. Воровать ребенок перестал.

Воровство — это социальное явление, в редких случаях к его появлению предрасполагают и биологические аномалии. Но как бы оно ни было обусловлено за счет усиления и извращения влечений и каким бы ни был успех применения медикаментов, всегда нужно помнить, что без соответствующих социальных воздействий ни одного такого, так сказать, биологически обусловленного вора избавить от его порока не удастся. Это касается даже таких тяжелых случаев воровства, как kleptomания.

Но гораздо чаще воровство возникает как реакция протеста.

Девочка много лет находилась в интернате: ее мать — крупный научный работник — хотела, чтобы дочь не мешала ее ученым занятиям и главным образом личной жизни. По субботам она забирала дочь домой, а в понедельник начинались истерики, так как девочка категорически отказывалась возвращаться в школу. Угрозами, обещаниями, уговорами мать все же добивалась своего, но только до очередного понедельника.

Однажды эту ученицу даму вызвали к директору интерната.

— Ваша дочь ворует вещи у сверстниц...

— Боже мой!

— Но ворует как-то странно: будто специально стремится, чтобы ее поскорее разоблачили.

— Может, она сошла с ума?

— Нет. Никаких странностей мы не замечали. Более того, мы проконсультировали девочку у детского психиатра. Он не нашел у нее никакой патологии и рекомендовал девочку на время вернуть в семью.

— С какой стати, если дочь здорова?

— У девочки имеются реакции протеста против пребывания вне дома, причем тут дело не в интернате. Наш или иной интернат — дело не в этом, а в том, что девочка тянется к матери, к дому. Ей надоела казенная обстановка, хотя наш интернат — далеко не худший в городе.

— Мало ли чего она хочет!

— Эти реакции протеста могут закрепиться и изуродовать характер ребенка.

— При чем здесь воровство?

— А при том, что девочка специально ворует, чтобы ее поскорее исключили из интерната и перевели домой, — ей это только и надо.

— Я с таким трудом устроила дочь в ваш интернат и должна по своей же воле забрать...

— Здоровье девочки превыше всего. Заберите, а когда все утрясется — вновь приведете.

Мать послушалась совета. Правда, дома она избила дочь. Та плакала: «Я же хотела к тебе, поэтому и воровала». Через две недели мать вернула дочь в интер-

нат, и воровство возобновилось. Никакие увещевания не помогали. Помимо воровства, девочка была замечена и в стремлении поджечь учительскую. Пришлось изъять ее из интерната. Девочка очень обрадовалась этому, дома училась хорошо, ни о каком воровстве или поджогах не было и речи.

Директор интерната поступил совершенно правильно, но часто ли так мудры бывают педагоги? Ведь нередко они стремятся переломить ребенка, немедленно отправить его в психиатрическую лечебницу или принять какие-нибудь репрессивные меры. Ясно лишь одно: в случае грубо нарушенных влечений ребенка следует длительно и интенсивно лечить, но от лечения не будет особой пользы, если одновременно с этим на школьника не будут влиять педагоги и родители, перевоспитывая его, переключая на новую деятельность, лишая его поводов к демонстрации своих нарушенных влечений.

Современная педагогика — это ведь не только дрессура, монолог учителя, нотации, запреты. Нет, это в первую очередь педагогика отношений между учителем и учеником. Это и косвенное воздействие, когда, например, дети играют друг с другом, не подозревая, что их в это время воспитывают. Это и многое другое. Но уже не медицина, а педагогика, т. е. не тема нашей книги.

На краю пропасти. Скажем несколько слов о самоубийствах подростков. Педагог должен знать об этом, так как его поведение и отношение к детям, имеющим подобные мысли и настроения, могут повлиять (в прямом смысле) на их судьбу.

Трудно перечислить все причины и обстоятельства, толкающие подростка к самоубийству. Остановимся на некоторых, наиболее типичных. К таким прежде всего относятся тяжелые семейные обстоятельства: пьянство родителей, драки в семье и т. п. Особенно опасные ситуации складываются тогда, когда на фоне тяжелых семейных условий рвется положительная эмоциональная связь между ребенком и кем-либо из близких (например, в случае смерти матери и необходимости жить с жестоким отцом-пьяницей). Бывают и случаи совершенно осознанного ухода подростка из жизни (например, после того, как подросток попал в автомобильную катастрофу и стал тяжелым инвалидом). Приведем отрывок из последнего письма одной девушки, попавшей в такие обстоятельства:

«Дорогая мамочка, дорогой папочка! Я вынуждена уйти из жизни, так как не могу находиться в ужасном состоянии, лишенном всякой перспективы. У вас есть еще дети, они заменят меня, сладят вашей горе. Мне же ничего не остается, кроме самоубийства. Я неполноценный человек, остаток человека. Если вы и мои сестры будете ежедневно видеть меня, вся ваша жизнь будет отравлена. Я вынуждена сделать то, что не довела до конца злосчастная катастрофа. Будьте счастливы и помните меня красивой и веселой. Простите мой поступок: иного выхода нет ни у меня, ни у вас».

Но гораздо более частыми являются случаи так называемых *демонстративных угроз* самоубийства, когда подросток угрожает что-то сделать с собой, если родители не исполнят какого-то его желания.

Девочке 15 лет, любит быть в центре событий, очень расстраивается, если на нее не обращают внимания, не дают ей быть на первых ролях. Однажды заме-

тила у одноклассницы редкий транзистор, потребовала, чтобы мать купила ей такой. Мать всегда баловала девочку, выполняла все ее просьбы, ни в чем ей не отказывала. Она всячески демонстрировала свое восхищение дочерью, ее талантами и красотой, но не смогла выполнить требование девочки. Та несколько раз из-за этого «закатывала истерики», которые на мать не действовали, и вскоре в присутствии родственника заявила, что кончит жизнь самоубийством. Один из родственников рассмеялся в ответ на это, другие тоже не поверили. Девочка ушла в свою комнату, и через некоторое время оттуда стали доноситься ее крики и стоны. Когда перепуганные родственники вбежали в комнату, девочка лежала в артистической позе, громко стонала, у нее был умирающий вид. Она слегка надрезала вены на левой руке, но вела себя, будто находится в агональном состоянии. Ей перевязали руки. Она еще долго изображала из себя страдальцу, в классе охотно рассказывала о попытке самоубийства, объяснила ее несчастной любовью к одному известному артисту, который, дескать, уже увлечен этой девочкой, но его противная и завистливая жена мешает им соединиться.

В ряде случаев попытка кончить жизнь связана с тяжелыми семейными конфликтами, это психологически понятная реакция протеста и отчаяния у психически незрелого, беззащитного ребенка. Самоубийство девушки — это продуманное и взвешенное решение, полное внутреннего достоинства. В основе последнего случая — истерические реакции со стремлением продемонстрировать свою независимость, оригинальность, вызвать к себе жалость и привлечь внимание.

В 1972 году группа французских психиатров опубликовала результаты медико-социального изучения 139 попыток к самоубийству совершенных подростками. Эта работа проводилась в рамках правительственной программы, разработанной Национальным институтом здравоохранения и медицинских исследований. В течение трех месяцев во всех больницах Франции фиксировались все случаи попыток к самоубийству у подростков; полученные данные сравнивались с подобными исследованиями, проведенными во многих западноевропейских странах. В итоге были получены следующие цифры: из 8—10 попыток к самоубийству у подростков одна обычно заканчивается смертью. В 98% попыток самоубийства используются большие дозы лекарств. 82% попыток совершались в дневное время. 40% попыток к самоубийству были без предварительной подготовки, а остальные готовились в течение нескольких недель и месяцев. 23% обследованных в качестве причины своего поступка приводили конфликты в семье, столько же жаловались на «отвращение к жизни». 14% подростков совершали попытки к самоубийству по несколько раз.

После того как обследованные совершали попытку к самоубийству и были проконсультированы авторами исследования, 45% были довольны, что остались жить, а 22% заявили, что вновь попытаются свести счеты с жизнью.

Чаще всего попытки к самоубийству происходят в возрасте 16—18 лет. Половина опрошенных происходили из неполных семей, а 43% из них не получили нормального семейного воспитания. У 55% обследованных были трудности в поведении и ненормальные свойства характера. У 42% были психические нарушения в виде

неврозов и лишь у 6% — шизофрения и некоторые другие заболевания психики.

В проблеме самоубийств подростков, как видно, еще очень много спорного и неясного, кроме одного: самоубийств становится то больше, то меньше. Бывали эпохи, когда самоубийств становилось явно больше: это обычно совпадает с социальными кризисами, нарастанием общественной апатии, уныния, чувства бесперспективности. Так было, например, после разгрома революции 1905 года. Зато в периоды общественных бурь, во время революций, взлетов стремлений к улучшению жизни, в эпохи всеобщего энтузиазма число самоубийств молодежи резко уменьшается. Люди, живущие для других, ценящие дружбу и взаимопомощь, кончают жизнь самоубийством очень редко. *Жить для других* — вот главный принцип профилактики самоубийств. К этому нужно добавить еще и систематический труд — лучший способ профилактики всех психических расстройств и всех крайностей в поведении молодых людей.

Достоинства подросткового возраста. Психиатры имеют дело лишь с отрицательными сторонами подросткового периода, да и то с очень немногими, теми, что входят в компетенцию врачей этого профиля. Поэтому никогда не надо забывать и о другом: подростковый возраст приносит не только хлопоты родителям, педагогам и милиции, а врачам — новых пациентов, но он оказывает и громадное положительное воздействие, успокаивая многих нервных и раздражительных в прошлом детей, делая инфантильных — более зрелыми, невыдержанных — более управляемыми, глупых — более умными, легкомысленных — более предусмотрительными, больных — более здоровыми и т. д. Не только раннее детство играет большую роль в формировании личности, в выявлении ее одаренности, ее положительных и отрицательных сторон, но и подростковый период. Быть может, роль отрочества в этом процессе даже больше, чем роль раннего детства. Когда-нибудь еще будет написана книга о всей красоте подросткового возраста, о его благотворном воздействии на личность человека. Пока, правда, больше говорят о плохих его сторонах, но это тоже временная крайность.

Венгерский исследователь Оттоне Хаваш приводит пример из жизни крупнейшего биохимика нашего времени Альберта Сент-Дьерди. В 1963 году, к 70-летию этого лауреата Нобелевской премии была опубликована его биография, в которой можно было прочитать: «В духовном отношении он производил впечатление очень инертного человека. Никто и не думал, что из него что-то выйдет. Книг он не читал и для сдачи экзаменов нуждался в репетиторах. В пятом классе гимназии он провалился по химии. В период полового созревания произошло изменение. Он принялся со страстью поглощать книги и решил, что станет ученым. Дядю, который был духовным наставником Альберта, выросшего без отца, озадачило это решение, и он горячо протестовал, убеждая мальчика в том, что столь ленивому духом молодому человеку нечего делать на ниве науки. Но постепенно он менял свое мнение».

Таких примеров можно было бы привести множество. Каждый психиатр знает, что подростковый период может спровоцировать некоторые душевные аномалии, но может и погасить уже имеющиеся.

Важнейшей положительной особенностью подростков (иногда, впрочем, принимающей карикатурные масштабы) являются обостренная совестливость, нравственный максимализм, стремление переустроить окружающий мир на принципах справедливости. Благородство, романтизм и бескорыстие подростков и юношей никого не удивляют.

В том, что в мире так много зла и ненависти, виноваты взрослые, а не подростки. Порой даже кажется, что если бы в мире было больше подростков, имевших нормальное детство и не искалеченных взрослыми, наша жизнь была бы более честной и цельной, ибо своим нравственным максимализмом подростки воспитывают и нас, взрослых. В связи с этим венгерский исследователь Ференц Гати приводит такую притчу: «Отец грубо ведет себя со своими старыми родителями, кричит сыну, который наблюдает эту сцену: «Что ты смотришь?» А он ему отвечает: «Смотрю, как надо будет с тобою обращаться, когда ты состаришься».

Поэтому мы просим всех, кто имеет дело с подростками: будьте к ним снисходительны, не оскорбляйте их, не высмеивайте, не калечьте их и без того хрупкие, противоречивые, неустоявшиеся и ищущие души. Не ждите с ужасом, когда ребенок станет подростком, а затем юношей, — ничего страшного в этом возрасте нет, а если и будут какие-то эксцессы, то они вызваны нами, взрослыми. Нам их и ликвидировать.

Врачи часто призывают: взрослые, берегите характер детей! Но достичь этого можно, лишь следя и за своим характером, так как правонарушения среди подростков, крайности в их манерах — это все в конечном итоге возмездие взрослым за их несовершенство, за то, что они утратили ту благородную чистоту и честность, в столь утрированном виде выраженные у подростков, за то, что взрослые подчас слишком грубо и нетерпеливо требуют от подростка то, что тому еще не под силу.

Порой педагоги и родители как только замечают у подростка те или иные особенности поведения (чаще всего нормальные, но чем-то раздражающие взрослых), то сразу направляют его к психиатру, не задумываясь над тем, что они сами подрубают сук, на котором сидят: подросток часто не может простить родителям и педагогам такой необдуманной жестокости и унижения. Подобное неверное поведение взрослых вызвано, конечно, не злым умыслом или глупостью, а элементарным невежеством.

ТЯЖЕЛЫЕ ЛЮДИ

Уродства характера. За несколько миллионов лет человеческой эволюции возникло так много вариантов человеческих конституций и характеров, что трудно встретить двух людей, очень схожих друг

с другом (если, конечно, исключить близнецов и близких родственников). Люди отличаются друг от друга не только внешними данными, но и темпераментом, характером, поведением, интеллектом и т. д. В процессе формирования вариантов человеческих конституций неизбежно возникает вероятность того, что в силу комбинаций различных биологических факторов может происходить накопление каких-то личностных свойств и типов поведения: последние могут резко гипертрофироваться и создать неповторимый облик особой личности. В некоторых случаях это накопление преобладающих в психическом облике личности свойств носит устойчиво-односторонний характер: такие субъекты похожи друг на друга, хотя и резко отличаются от обычных людей. Таких личностей с крайне выраженными и одноплановыми свойствами характера, неспособных достаточно длительное время без конфликтов жить среди обычных людей и выполнять каждодневные обязанности, называют *психопатическими*.

Психопаты — это люди, обладающие тяжелым характером, от которого страдают и они сами, но в еще большей степени — окружающие. Этот трудный характер приводит таких субъектов к постоянным ссорам с окружением (и в первую очередь с теми, с кем они чаще всего общаются). Они предъявляют к окружающим повышенные требования (зачастую в конкретных условиях невыполнимые), оказываются в постоянной и недостаточно мотивированной оппозиции по отношению к членам своей семьи, сослуживцам и т. д. Не умеющие подчиняться, они не способны, как правило, и выполнять длительное время руководящую роль, вызывая к себе отрицательное отношение высокомерием, нетерпимостью, вспыльчивостью и другими постоянно выраженными чертами характера. Все те свойства, которые отмечаются у психопатических личностей, бывают и у обычных людей (психопатия — необычное сочетание заостренно выраженных обычных человеческих характеров), но у психопатических личностей они так сильно выражены, так сложно сочетаются, что создают яркий портрет человека, характер которого делает его несчастным и заставляет окружающих избегать длительного общения с ним.

В изучении психопатий внесли вклад ученые разных стран. Вклад, который был внесен в освещение этой проблемы уже упоминавшимися Кречмером и Ганнушкиным, был решающим.

Проблема психопатии — это не проблема интеллекта, это проблема эмоций, воли и совести. Прежде всего совести.

Есть в нашей душе некий удивительный механизм, который называется совестью. Он является одной из самых главных загадок человеческой психики. Ученые не могут дать определение совести, но каждый человек четко знает, у кого она есть, а у кого — нет. В течение многовековой эволюции в каждом человеке выработались важнейшие законы человеческих отношений, и что бы люди ни делали для ликвидации совести, как бы они ее ни отрицали, в какие бы ужасающие условия ни ставили друг друга,

как бы ни заставляли друг друга совершать бессовестные поступки и доказывать, что это и есть правильно, что так и надо, как бы ни дискредитировали совесть, она всегда дает о себе знать.

Совесть складывается главным образом под влиянием социальных воздействий: воспитания, убеждения, культивирования в человеке нравственных понятий. Но одни люди более восприимчивы к этому, другие вообще невосприимчивы. С чем это связано?

Многие ученые считают, что в процессе многовековой эволюции человечество постепенно пришло к выводу, что без каких-то правил, регулирующих межлюдские отношения, не прожить, иначе люди, как особый вид социализированных животных, были бы обречены на вымирание. Например, если бы люди не убедились, что надо уважать старших и перенимать их опыт, то они были бы обречены каждый раз все начинать вновь. Не используя опыт предшествующих поколений, они постоянно топтались бы на месте. Если бы люди не защищали самоотверженно своих детей, то тоже были бы обречены на вымирание, а дети к тому же не стали бы защищать их, уже старых. Если бы люди не поняли, что бесконтрольные половые связи могут привести к широкому распространению венерических заболеваний, что в свою очередь сделало бы реальной угрозой вырождения человеческого рода, то они бы не стали вводить моногамию и т. д.

Поэтому из поколения в поколение передается повышенная восприимчивость к усвоению нравственной информации, которая в свою очередь реализуется воспитанием, воздействием других социальных факторов. В психике человека сформировалась так называемая *этическая память*, запрограммированная биологически и разрушаемая дефектами головного мозга или не выявляемая соответствующим воспитанием. Например, при психопатиях личность формируется так, что она не может быстро усвоить, что хорошо, а что плохо, что достойно человека, а что нет. Именно потому, что психопатам мало что мешает в жизни, ничто их не останавливает, они часто оказываются на виду. Напоминания о морали мешают жить психопатам, т. е. людям, уже имеющим некоторые биологические предпосылки бессовестности, и преступникам, т. е. людям, которые сознательно отказались от своей совести.

Формы психопатий. «Все счастливые семьи похожи друг на друга, каждая несчастливая семья несчастлива по-своему». Если эти толстовские слова немного переиначить, перенеся их в область психопатий, то можно сказать так: все здоровые люди обладают разным характером, а все больные — примерно одинаковым. Здоровых систематизировать трудно, а больных легче. Сколько людей — столько характеров. Болезненных же куда меньше, чем здоровых.

Основных типов психопатий несколько. Один из них — *возбудимые* психопаты. Сущность их душевного уродства выражена в слове «возбудимые»: это драчуны, жестокие, злобные люди, находящиеся со всеми в постоянном конфликте. Часть из них большую

часть времени проводит в специальных психиатрических лечебницах и в тюрьмах, так как общество вынуждено многих из них изолировать из-за антисоциального поведения.

Близкой к возбудимой психопатии является *эпилептоидная психопатия*. Само слово «эпилептоид» предложил выдающийся психиатр *Вильгельм Гризингер* (1817—1868), работавший в Швейцарии и в Германии. Эпилептоид — значит похожий на эпилептика, имеющий эпилептический характер. До начала XX века это слово употребляли очень редко. Лишь в 1921 году психиатр Франтишка Миньковская опубликовала несколько работ, в которых подробно описывала эпилептоидный характер — людей чрезмерно скупых, педантичных, аккуратных, вьедливых, вязких и т. д. (Вспомните щедринского Иудушку Головлева, отнимите эпилептические припадки, и останется его ужасный характер, так выглядят классические эпилептоиды. Иудушка — образ художественный, все в нем заострено, акцентировано, преувеличено, у настоящих эпилептоидов и эпилептиков все выражено намного меньше.) Толчком к этим описаниям послужили работы Кречмера, в которых он подробно рассматривал шизоидов и циклоидов, т. е. людей, имеющих в своем характере те свойства, которые в более выраженной форме бывают при шизофрении и при циркулярных психозах. Двучленную систематику Кречмера (шизоиды-циклоиды) Миньковская дополнила эпилептоидами.

Встречаются среди психопатов и шизоиды. Это особая группа нарушений личности, подробно описанная Ганнушкиным и Кречмером. У шизоидных личностей есть черты, которые встречаются либо после приступа шизофрении, либо до его наступления. Кречмер выделял три основные формы шизоидной психопатии: повышено чувствительных (*сензитивный тип*), чрезмерно активных, настойчивых, склонных к образованию сверхценных идей (*экспансивный тип*) и вялых, пассивных, ленивых, бездеятельных созерцателей (это *вялый тип*, по терминологии Кречмера). Всем шизоидам свойственны отгороженность от людей, замкнутость (есть шизоиды, с которыми бок о бок можно прожить 10 лет и так и не быть уверенными в том, что мы их знаем). Главная их черта — общая эмоциональная сухость, парадоксальность мышления, представлений, эмоций. Свойственны им и *эмоциональные оазисы*, когда при общей бедности эмоций вдруг определенные темы вызывают сильные эмоциональные реакции.

Еще одна форма психопатий — *истерическая*. О ней много пишут не только психиатры, но и юристы, политики, историки и т. д. Да и как пройти мимо этой формы дисгармонии личности, если истерики только тем и занимаются, что стараются привлечь к себе внимание; ненасытная жажда признания — главнейшая черта этих людей, превращающая их в посмешище, а иногда и возносящая их на вершины власти. Правда, там они, как правило, держатся недолго: им все быстро надоедает и они бросаются в очередные авантюры, используя с этой целью ложь, фантазии, мистификаторство и другие

малоприятные способы привлечения к себе внимания. Именно из таких людей и вырастают авантюристы, политические и литературные проходимцы, графоманы, претенденты на диктаторские должности, беззастенчивые демагоги и лжецы. Главная движущая сила, определяющая все их поступки, — тщеславие. А тщеславия, как известно, в бездарном человеке столько, сколько у него не хватает ума.

Встречаются и смешанные типы психопатических личностей. О психопатах написано много книг, поставлено множество фильмов и спектаклей. Они привлекают к себе внимание своей необычностью и вычурностью. Наблюдать их жизнь порой интересно (правда, изда-лека), а сталкиваться с ними или жить так, как они, — не дай бог! И хотя эти субъекты (в основном истерические психопаты) поднимают вокруг своей персоны много шума (к этому ведь они и стремятся, это их жизненная цель, этому подчинено все поведение), реального интереса и уважения к себе подобные психопаты не вызывают. Страсть к показухе, лживость, чудовищный эгоизм и равнодушие к близким — все это отталкивает душевно здорового человека. Поэтому большинство психопатических субъектов обречены вращаться в круге таких же дисгармоничных людей, как и они сами, а это в свою очередь в еще большей степени усиливает их психопатичность и неприкаянность.

Раньше встречалось мнение о том, что психопатические черты личности свойственны многим талантливым людям. Однако уже Кречмер замечал, что психопатия — не входной билет на Олимп наук и искусств, что имеются высокоинтеллектуальные и слабоумные психопаты, так же как и высокоинтеллектуальные и слабоодаренные психически здоровые люди.

Это, между прочим, следовало бы помнить некоторым подросткам и юношам, которые непонятно почему думают, что, для того чтобы их считали талантами, нужно как-то экстравагантно себя вести, вытворять бог знает что: дескать, великим все дозволено! Ни великим, ни обычным людям не дозволено приносить вред, за это их наказывают примерно одинаково, но сколько талантливых людей было бы сохранено, если бы они вели себя нормально и не уподоблялись разнузданным и эгоистичным психопатам.

Лиза Хохлакова и другие. Достоевский, как, наверное, никто из писателей всех времен и народов, показал полно, почти исчерпывающе, множество психопатических личностей. Фактически почти все типы психопатий отражены писателем. Кратко попытаемся проиллюстрировать эту главу некоторыми образами Достоевского, всякий раз помня, что Достоевский создавал их не для иллюстрации книг психиатров, а для выражения своих художественных и идейных позиций.

Истерическая психопатия всегда попадала в поле зрения литераторов: склонность истерических личностей к «показухе», стремление привлечь к себе повышенное внимание, вызвать к себе жалость, театральность поведения, сочетающиеся с эмоциональной бедностью (несмотря на бурные внешние проявления эмоций), крайним эго-

измом, безалаберностью, недисциплинированностью, неспособностью к систематическому труду и постоянным привязанностям, — эти и многие другие свойства истерических личностей часто становятся объектом изучения писателей. В романах Достоевского выведено множество подобных лиц. Все они — Екатерина Ивановна, Грушенька, Лиза Хохлакова из «Братьев Карамазовых», Настасья Филипповна из «Идиота» и другие — типичные и в то же время нетипичные истерические психопатки: взбалмошные, эгоцентричные, скрывающие свою жестокость и неприспособленность к реальной жизни бурными эмоциями и нарочитым самоограничением. Они хорошо иллюстрируют и дополняют клинические факты, уже изученные психиатрами.

Однако истерическая психопатия, как и некоторые другие формы душевной патологии, в настоящее время уходит в прошлое. Известно, что многие болезни, раньше часто встречавшиеся, ныне становятся редкими; то, чем чаще всего болел наш современник, через много лет забудется, и только по литературным и медицинским описаниям мы будем помнить о существовании подобных расстройств. Этот процесс происходит и с истерической психопатией, которая все реже и реже появляется в конце XX века: урбанизация, необходимость систематического женского труда на производстве, исчезновение суеверий и т. д. — все способствует прекращению этой деформации характера. Описания истерической психопатии, представленные Достоевским, всегда будут напоминать психиатрам о тех формах патологии характера, которые ныне относительно редки, но о которых должны знать педагоги.

Среди психопатических личностей возбудимого типа, описанных Достоевским, особенно выделяется Федор Карамазов, в характере которого, помимо этого, имеют место нарушения влечений, старческие изменения личности. Крайняя безудержность, эгоизм, упорство в мелочах и быстрая переменчивость важных решений, неспособность отсрочить получение удовольствия и сделать вывод из своего опыта и опыта других людей — все это свойственно многим подобным психопатам, описанным Достоевским.

Как бы достоверно и точно ни описывал Достоевский истерических и возбудимых психопатов, самым ценным, с нашей точки зрения, является то, что Достоевский — как никто в художественной литературе — вывел целую галерею *психопатических образов тормозимого типа*. Это мы считаем одним из наиболее ценных вкладов писателя в характерологию, имеющих непреходящее значение и в наши дни, когда ученые разных стран все большее внимание уделяют изучению подобных субъектов.

Среди личностей с чертами повышенной тормозимости, выведенных Достоевским, на первом месте (как по числу, так и по филигранности описаний) стоят *астенические психопаты*. Робкие, застенчивые, неспособные постоять за себя, довести до конца начатое дело, они легко теряются в новой обстановке, быстро истощаются при незначительном психическом напряжении. Астеническим

психопатам свойственно компенсаторное фантазирование: неспособные противостоять обстоятельствам, слабовольные и непрактичные, они предаются мечтам о том, что стало бы с ними, если бы они оказались в более подходящей для них ситуации. Любя животных и природу, отличаясь отзывчивостью и добротой, эти люди страдают из-за несовершенства окружающего мира, который предъявляет требования, непосильные астеническим психопатам; многие из них уходят не только в мир фантазий, но становятся алкоголиками, чему способствует их слабоволие, внушаемость, неспособность противостоять посторонним вмешательствам, отсутствие активного начала. И Достоевский выводит множество образов алкоголиков (Макар Девушкин, Мармеладов, Иволгин, Ефимов, Честный вор и т. д.), большинство из которых являются личностями с астеническими свойствами характера. Достоевский очень правильно и образно называет этих персонажей людьми со слабым сердцем (следовало бы добавить, что у них и воля слабая). Главный герой рассказа «Слабое сердце» Аркаша — робкий, слабовольный, по-детски наивный человек. В нем недостаточно развито чувство «Я», всякий труд ему кажется непомерным, он мучается из-за того, что окружающая жизнь предъявляет к нему требования, которые ему представляются непосильными и тягостными. Всякое новое событие выводит его из привычной колеи. Даже когда он получает повышение по службе, то теряет самообладание и в дальнейшем дает депрессивно-бредовую реакцию с элементами истерического поведения. Кроткие и астеничные Вася Шумилов и Мармеладов, неспособные отстаивать свое место под солнцем, не могут добиться того, что принадлежит им по праву. В них нет способности к самозащите, взятию ответственности на себя, нет честолюбия и лидерских свойств. Они вызывают естественную жалость, хотя читатель понимает, что это жертвы собственной неспособности жить в сложном и требующем постоянного напряжения мире, тем более в капиталистическом обществе.

Достоевский гордился тем, что он дал много описаний подобных маленьких людей, тем самым продолжая традиции Гоголя, который создал классический образ астенической личности в лице Акакия Акакиевича Башмачкина.

Достоевский показывает разные варианты астенических психопатов. У некоторых из подобных персонажей на первый план выступают и признаки психической незрелости, свойственные многим астеническим субъектам. Неспособность выдерживать психическое напряжение, повышенная жалостливость, стремление усуетистить всех и отсрочить принятие решения — эти и многие другие черты свойственны многим персонажам Достоевского — слабым, болезненным, мягким, любящим существам, способным вызывать жалость, сострадание и участие. Призыв к милосердию, сам по себе благородный и нужный, становится неуместным и нелепым, если он абсолютизируется. Достоевского можно с полным правом назвать певцом астенических субъектов. Любовь этих лиц носит

такой же астенический с мазохистским оттенком характер. Кротость и униженность этих страдальцев очень часто сочетается с деспотизмом и эгоизмом. И в этом Достоевский показал себя великим психопатологом, дав убедительное описание сложности и противоречивости тормозимых психопатов, в характере которых удивительно переплетаются робость и эгоизм, нерешительность и деспотичность.

Несравненно чаще, чем большинство русских писателей, Достоевский выводит образы детей и подростков, показывает их психофизиологические и психопатические особенности. Писатель был убежден, что многие психические нарушения у детей и подростков, деформация их характера, преступные наклонности и т. д. связаны с дефектами воспитания. И если мы внимательно проанализируем условия формирования характера многих из астенических субъектов, описанных Достоевским, то обнаружим, что большинство из них воспитывались в неблагоприятных условиях: деспотичными родителями, подавлявшими в детях инициативность и активность, алкоголиками, людьми с антисоциальным поведением, душевнобольными. Писатель много раз выступал в защиту детей, настаивал на признании факта, что каждый ребенок имеет право на гуманное отношение к себе и только при наличии ласки, доброты, понимания ребенок может вырасти гармоничным человеком.

Говоря о происхождении многих психических нарушений у своих персонажей, писатель показывает, что эти нарушения редко вызваны какой-либо одной причиной. Чаще всего имеет место сочетание наследственных, органических и социальных причин. Лишь комбинация разных патогенных факторов может привести к стойкой душевной патологии. Эта мысль, мало разделявшаяся психиатрией во времена Достоевского, в наши дни является, безусловно, правильной; современная наука иначе и не представляет происхождение многих аномальных форм характера и поведения, которые описаны Достоевским. Писатель в то же время показывает, что излечение подобных субъектов возможно не столько вследствие медикаментозного воздействия, сколько благодаря психотерапии и социотерапии. Слово «психотерапия» Достоевским не употребляется, однако суть этого вида воздействия незримо витает на многих страницах его произведений. Автор выводит удивительные образы людей, оказывающих действенную психотерапевтическую помощь. Среди этих образов виднейшее место занимает старец Зосима, у которого каждый из современных психотерапевтов (а каждый педагог является в той или иной степени психотерапевтом) должен учиться умению применять внушение и рациональную психотерапию. Зосима относится, по терминологии Достоевского, к категории советодателей, а советодательство является важнейшей областью психотерапевтического воздействия.

Достоевский также показывает, что психотерапевтическое воздействие невозможно без воздействия на неблагоприятную среду, в которой находится человек: эту среду нужно или вылечить (современная наука этот процесс называет «психотерапией среды»), или

изъять человека из тяжких для него условий и поместить его в благоприятные условия («психотерапия средой»).

Анархическое, божемное общество в условиях «войны всех против всех» в еще большей степени усиливает психопатические черты, имеющиеся у человека.

Можно ли заочно диагностировать психопатию только на основании сведений о поведении человека? Можно, но очень приблизительно. Психиатры бывают здесь очень осторожны. Во всяком случае, не видя пациента, врач старается не ставить ему тот или иной диагноз (любой — не обязательно психиатрический).

Искоренимы ли психопатии? Выявляются врожденные уродства характера по-разному: одни (шизондная, эпилептоидная) обнаруживают себя еще в дошкольном возрасте, другие — значительно позже (некоторые — лишь в 18—20-летнем возрасте), долгое время скрываясь под маской психического инфантилизма или синдрома ускоренного полового созревания. В любом случае педагог должен быть бдительным в отношении школьников, угрожаемых в плане формирования у них психопатии. Правильным воспитанием, уменьшающим выраженность уродств характера, компенсирующих их иными свойствами личности (например, научиться не проявлять свою неуживчивость или мстительность), можно добиться хорошей школьной и семейной адаптации ребенка или подростка.

Психопатические личности были во все века и у всех народов, вероятно, они будут встречаться всегда. Немецкий специалист Курт Шнайдер, внесший большой вклад в изучение психопатий, как-то отмечал, что наступит такое время, когда медицина будет всемогуща и сможет предотвращать и излечивать все более или менее серьезные заболевания. Тогда практически не будут встречаться шизофрения, эпилепсия и другие болезни, которые бывают сейчас, но психопатии будут всегда, ибо это не болезни в полном смысле слова, а особые патологические состояния, возникающие вследствие комбинации различных патогенных факторов, каждый из которых сам по себе, быть может, незначителен, а в сочетании они приводят к стойкой деформации характера. Таким образом, возникновение подобных аномальных личностей вполне закономерно, оно вытекает из особенностей человеческой эволюции и будет существовать всегда. Стало быть, всегда будет существовать — если соглашаться с мнением Шнайдера — и тот раздел психиатрии, который изучает психопатии.

Диаметрально противоположное мнение высказал П. Б. Ганнушкин. Свою книгу «Клиника психопатий» (М., 1933) он заканчивает словами: «Можно определенно сказать, что правильно организованная среда будет заглушать выявление и рост психопатий; можно с полным основанием думать, что социалистическое устройство жизни с его новым бытом, с его новой организацией труда, с новой социальной средой будет препятствовать выявлению психопатий и явится залогом создания нового человека» (с. 142).

Те оптимистические прогнозы, которые высказывались полвека назад, еще не сбылись. Ясно, что только длительная, терпеливая работа по перестройке межчеловеческих отношений с целью их гармонизации и гуманизации сможет реализовать мысли П. Б. Ганнушкина. Для подобного оптимизма есть основания. И хотя им противостоят единичные наблюдения, показывающие, что, как бы благотворная социальная среда ни стремилась приглушить проявления биологической дисгармонии, все усилия оказывались напрасными, залогом оптимизма являются длительные исследования лиц, которые прежде рассматривались как психопаты и спустя несколько десятилетий были изучены психиатрами. Проанализировав очень большое число литературных источников, в том числе и наши работы 1960-х годов, мы пришли к выводу, что нет ни одной публикации, в которой бы подчеркивалась качественная и количественная неизменность дефектов людей, на разных этапах жизни расценивавшихся как психопаты.

У Николая Заболоцкого есть такие строки:

Как мир меняется! И как я сам меняюсь!
Лишь именем одним я называюсь,—
На самом деле то, что именуют мной,—
Не я один. Нас много. Я — живой.

Люди с годами меняются. Это верно. Но многие свойства характера, конституция, многое другое меняются не столько качественно, сколько количественно. Так происходит и у людей с врожденным уродством характера: он изменяется на протяжении жизни, но ядро его сохраняется. Эти люди всю жизнь несчастны и порой делают других такими же несчастными. Поскольку социальную среду детей организуют во многом педагоги, то гармонизация характера подрастающего поколения, в частности, зависит от них.

Как же складывается судьба людей, которых в подростковом возрасте расценили как психопатов? Через 20—30 лет обычно выясняется, что лишь около одной трети таких лиц являются психопатами, а остальные так или иначе устраиваются в жизни и не имеют каких-либо серьезных конфликтов с обществом (а психопатия проявляется в первую очередь в этом). Иными словами, из всех, кто в детстве был угрожаем в том смысле, что станет психопатом, эта угроза сбылась лишь в отношении одной трети. Существенную роль в этом играет социальная среда, нормализующая характер таких людей. Бывают, конечно, случаи, когда из-за патологической наследственности, например, или грубой деформации мозга при рождении и т. д. динамики никакой нет даже при благоприятной социальной обстановке, но это бывает редко.

Почти же всегда характер гармонизируется или нарушается из-за позитивных или негативных социальных воздействий. И научно-популярные книги пишутся на эту тему с той целью, чтобы люди понимали это и не портили характер тем, у кого он еще не испорчен, и исправляли у тех, у кого он уже деформирован.

Даже если характер не гармонизовался, он может компенсироваться, т. е. человек может научиться подавлять свои дефекты. А это зависит не столько от врачей, сколько от самого пациента: нужно держать себя в руках и не портить жизнь другим.

Психопатии меняются не только от социальных воздействий, но и с возрастом. Здоровый человек с годами меняется, и психопат тоже.

Формы измененных психопатий различны. Так, одним из видов динамики психопатий является так называемая *резиньякция*, т. е. отказ от притязаний. Психопатическая личность чего-то усиленно добивается, тратит на это уйму времени и сил, а также нервов и здоровья других людей, а когда, казалось бы, цель близка, психопат может отказаться от реализации уже достигнутого, бросает все и начинает искать себе новое занятие. Механизмы такого отказа различны, свести их к одному нельзя, но что-то общее в них всегда есть: каждый психопат не может жить без людей, которым бы он не мстил, которых бы не преследовал, ему всегда нужен, как говорили в старину, козел отпущения. Если уж цель близка и психопат готов реализовать возможность отмщения, то он встает перед проблемой: чем заполнить вакуум, образующийся после того, как он отомстит обидчику? Поэтому лучше дело до конца не доводить — так рассуждают подобные люди. У субъектов с истерическими чертами с их постоянным стремлением быть в центре внимания и любой ценой привлекать к себе посторонних фабула мщения особенно часта.

Вспомним пушкинскую повесть «Выстрел». Там показан некий Сильвио, человек в общем привлекательный, но вытворяющий бог знает что, лишь бы только быть в центре внимания. В силу разных обстоятельств он посвятил свою жизнь мщению, но, почти уже добившись своего, не захотел довести дело до конца — чем же тогда пришлось бы ему жить?

Все с детства. Как мы уже неоднократно повторяли, все — и хорошее, и плохое, и никакое — берет свое начало в детстве. И психопатии тоже. Если в понимании уродств характера у взрослых психиатры достигли хотя бы минимального единства, то в отношении психопатий у детей и подростков этого единства не было и нет. Одни специалисты утверждают, что в детском возрасте психопатий не бывает (слишком недифференцированна и неразвита психика ребенка), другие считают, что психопатии одинаково распространены в любом возрасте, третьи приходят к выводу о том, что в детском возрасте психопатии, конечно, встречаются, но имеют много (очень много!) своих особенностей из-за постоянно меняющегося и усложняющегося детского характера, и поэтому называть ребёнка психопатом в полном смысле затруднительно. Все те черты личности, которые встречаются у психопатов, бывают и у совершенно здоровых людей, но у здоровых людей отдельные необычные свойства характера хорошо уравновешиваются другими свойствами личности. У психопатов же (даже детей) патоло-

гические свойства личности так выражены, так сочетаются друг с другом, так заметны и плохо скрываются, что создают незабываемый облик человека с тяжелым характером.

Семилетний мальчик с ранних лет отличался крайней возбудимостью и вспыльчивостью: если что-то делалось не по нему, он быстро обижался, дрался и был неуправляем в своем стремлении отомстить обидчику, чаще всего мнимому. Мальчик помнил обиды по 2—3 месяца, что совсем несвойственно детям. Злопамятность, мстительность, жестокость, возбудимость, драчливость — все это бросалось в глаза тем, кто хотя бы ненадолго сталкивался с ним. Особенно страдал от неуравновешенности ребенка его родители и бабушка, которых он терроризировал почти постоянно, припоминая обиды многомесячной давности и изощренно мстя за них. Во всем остальном мальчик ничем не выделялся: он был физически и интеллектуально развит так же, как и сверстники, мало болел, не ушибался головой и т. д. В детском саду о нем говорили: «умный мальчик, но характер ужасный».

Когда ребенок пошел в школу, первое время он держался спокойно, но потом начались почти постоянные ссоры с одноклассниками. Во время этих конфликтов мальчик начинал драться, переставал давать себе отчет в своих поступках, вел себя как психически больной. Однажды во время драки, вспыхнувшей из-за его стремления навести «порядок» в классе, мальчик разозлился и от злости стукнул одноклассника в глаз, из-за чего тот едва не ослеп. Вот тут педагоги и потребовали от родителей, чтобы те проконсультировали сына у детского психиатра, который в свою очередь диагностировал у мальчика эпилептоидный вариант психопатии. При выяснении особенностей характера у ближайших и отдаленных родственников пациента врач обнаружил, что у подавляющего большинства из них имелись точно такие же свойства личности, в карикатурной и монолитной форме выраженные у мальчика. То, что было разбросано в характерах множества людей разных поколений, причудливо скомбинировалось в облике мальчика. Наследственное происхождение психопатии тут не вызывало сомнений.

У другого пациента — 8-летнего мальчика — указанные свойства характера также проявлялись с раннего детства, но с 7—8-летнего возраста они имели некоторую тенденцию к уменьшению. Помимо возбудимости, жестокости, стремления навязать окружающим свою волю, невозможности отсрочить получение удовольствия («у него один принцип — вынь, да положи», — как говорила его мама) и многих других психопатических черт, у пациента имелась также повышенная утомляемость, истощаемость, частые головные боли, плохая переносимость жары, духоты, езды в транспорте и другие признаки церебрастенического синдрома. При внимательном изучении психики ребенка врачи пришли к выводу, что у мальчика имеется так называемая *органическая психопатия*, обусловленная повреждением мозга во внутриутробном периоде.

Таким образом, хотя внешние проявления дисгармонии характера у двух мальчиков были схожи, они имели разное происхождение и по-разному лечились. Если первому пациенту врач назначил в первую очередь препараты, снижающие возбудимость нервной системы, уменьшающие раздражительность, злопамятность, мстительность и т. д., и со временем характер мальчика стал более мягким, то во втором случае врач рекомендовал, помимо препаратов аналогичного, но менее выраженного действия, щадящий режим, послеобеденный сон, вливания глюкозы с аскорбиновой кислотой, инъекции сернокислой магнезии и другие препараты общеукрепляющего, рассасывающего и успокаивающего действия. Родителей этих пациентов врач предупредил о необходимости более строго относиться к своим детям, не потакать их желаниям и прихотям, а терпеливо и настойчиво воспитывать в мальчиках сдержанность, умение контролировать свое поведение, на-

учиться не проявлять дефекты своего характера и т. д. Поскольку все психопатические личности эгоистичны (все психопаты — эгоисты, но не все эгоисты — психопаты), необходимо с раннего детства отучать их от самолюбования, от стремления ставить на первое место только свои капризы, побуждать их учитывать интересы других людей и т. п. Впрочем, давать такие советы легче, чем их выполнять.

При психопатиях всегда, как мы уже отмечали, в той или иной степени имеются дефекты со стороны моральной сферы, такие люди не могут разграничить, что плохо, а что хорошо, они отличаются жестокостью, бесчувствен, бессовестностью. Поэтому в процессе воспитания необходимо культивировать в таких людях отсутствующие у них свойства, и в первую очередь *чувство вины* за совершенный проступок.

А что потом? Так же как обычный человек на протяжении жизни меняется (иногда до неузнаваемости), так же меняются и психопатические субъекты. В общих чертах эти изменения выглядят примерно так: психопатические свойства обнаруживаются в раннем детстве и у большинства детей и подростков становятся заметными в школьном возрасте, затем примерно у 60% таких лиц психопатические свойства начинают постепенно уменьшаться. Большую роль в этом играет целенаправленное воспитание, ориентированное на компенсацию и подавление ненормальных свойств характера, спокойная обстановка дома, отсутствие примеров для дурного подражания и некоторые другие социально-психологические причины, а также отсутствие дополнительных травм головы, инфекционных поражений головного мозга и т. д. В процессе взросления человека, по мере выработки в нем житейской мудрости, практичности, осторожности и предусмотрительности (которые, конечно, сами по себе не появляются, а возникают в результате соответствующего воспитания, по мере того как человек все больше начинает задумываться о своем месте в жизни) постепенно наступает полная или частичная депсихопатизация и компенсация, т. е. исчезновение или уменьшение аномальных свойств характера. Лишь примерно у 35—40% психопатические свойства продолжают доминировать в характере и даже обостряться в подростковом периоде, когда и обычные-то подростки становятся несдержанными, грубыми и резкими, а психопатические — тем более. Именно в подростковом периоде многие субъекты с психопатическими свойствами характера нарушают правопорядок, перестают учиться в школе, вызывая себе вред, начинают курить, употреблять наркотики (в том числе алкоголь) и т. д. Примерно у половины из них по миновании подросткового периода дисгармония в эмоционально-волевой сфере уменьшается под влиянием тех же причин, которые уменьшили ее выраженность у тех лиц, гармонизация характера которых обнаружилась уже в предпубертатном периоде. Обычно в 25—50-летнем возрасте психопатические свойства заметно уменьшаются, наступает относительная компенсация состояния, которая

может быть нарушена под влиянием различных неблагоприятных ситуационных и травматических факторов. В период инволюции (после 50—55 лет) у многих людей вновь ухудшается характер, так как развитие склероза сосудов головного мозга снижает контролируемую способность интеллекта и уменьшает волевые задержки.

Психопатические свойства характера могут усиливаться или уменьшаться (вплоть до полного исчезновения) под влиянием социальных воздействий, в свою очередь играющих большую роль и в происхождении такой патологии, ведь родители награждают свое потомство не только определенной комбинацией генов, но и воспитанием, психологическим климатом в семье, воспитывают в ребенке систему соответствующих ценностей и т. д.

Если родители будут культивировать в своих детях некоторые черты характера, которые самим родителям кажутся социально-положительными, но в процессе воспитания абсолютизируются (например, малоразговорчивые и малообщительные родители учат своего ребенка быть таким же, как и они), то у детей эти черты могут становиться карикатурно-заостренными. Именно поэтому большинство медиков указывают, что хотя наследственности и патологии раннего периода жизни и придается решающее значение в возникновении психопатий, но от воспитания и семейных отношений зависит, во-первых, насколько выявятся или не выявятся заложенные в конституции ребенка патологические свойства и, во-вторых, насколько они уменьшатся или усилятся, если уже выявились. Несмотря на то что при многих психопатиях необходимо медикаментозное лечение, именно от семьи зависит то, насколько это лечение будет эффективным, так как оно всегда должно сочетаться с соответствующим педагогическим воздействием. Без помощи родителей и педагогов практически невозможно избавить ребенка от психопатических свойств характера даже при самом совершенном медикаментозном лечении.

Психопатия — это особое болезненное состояние, нечеткими, размывшимися, неопределенными границами отделенное от психической нормы, незаметно переливающееся в психическое здоровье. Поэтому выраженные формы психопатий диагностировать несложно, а менее выраженные (их большинство) или прикрытые высоким интеллектом — трудно.

Этот 8-летний мальчик — злой, придирчивый, недружелюбный, часто обижает и унижает одноклассников. Когда его спрашивали, кем он хочет стать, неизменно отвечал: «начальником». Однажды вместе с тремя девочками залез на чердак чужого дома (посмотреть, что на чердаке делается). Все были быстро обнаружены хозяйкой, и девочки извинились за то, что без спроса залезли на чердак, мальчик же стал их выдавать, пытаясь свалить вину на них. Хозяйке понравились девочки («они нормальные и любознательные»), а про мальчика сказала: «Ну, а это будущий начальник».

Самым любимым занятием этого мальчика было заставить подчиниться себе, унижить кого-либо. Он множество раз — как в шахматной игре — продумывал, как он это сделает, как ответят ему дети, что он им в свою очередь скажет и т. д. Он рисовал сцены отмщения за малейшее проявление недостаточного, по его мнению, уважения к нему. Его мать — педагог, суховатая и практичная женщина, давно

уже обратила внимание на эти особенности личности своего единственного ребенка, но считала, что поскольку все эти черты характера были и у его отца, то бороться с ними якобы бесполезно, тем более что сам отец культивировал эти свойства поведения в своем сыне, считая, что только так и должен вести себя настоящий мужчина. Лишь однажды мать обратилась к знакомому врачу за советом, «что сделать, чтобы сын не превратился в такого же человека, как отец». А отца она характеризовала так.

Благодаря своему вьедливому, педантичному уму он нахватался знаний и мог легко ориентироваться в реалиях окружающего мира. Поскольку он всегда был «правильным» человеком, не разменивался на «мелочи», не отвлекался на друзей, женщин, вино и различные развлечения, он довольно быстро занял видное место в своей узкой профессии, но оставался одиноким, никем из коллег не уважаемым. Зная, что он недобрый, злопамятный и мстительный человек, большинство людей стремились держаться от него подальше.

Что можно было посоветовать матери этого мальчика? Рассказать, что из себя представляет ее муж? Она в общем и так все знала. Сказать, что он не больной в медицинском смысле человек, а у него имеется сложное переплетение отдельных психопатических черт? И это ей известно. Этот субъект будет воспитывать своего сына так, чтобы в нем сформировались ценные отцом формы поведения. Сын потом тоже может стать таким же, и горе тем, кто попадет под его начало или вообще будет с ним сталкиваться. Психиатр тут бессилен. И общество бессильно. Общество знает, что люди, подобные этому субъекту, в общем-то ничтожны, малопродуктивны (если они и приносят людям какую-то пользу, то главным образом благодаря эксплуатации других людей и воровству у них их идей и энергии), они в конечном итоге приносят больше вреда, чем пользы, закрывая действительно талантливым и нужным людям возможность занять соответствующее их достоинствам место. Но общество не может искусственно изымать таких субъектов из общественной жизни, это уже будет нарушением принципов равенства и гуманизма.

Не нужно думать, что весь мир состоит только из здоровых, т. е. гармоничных людей, и из психопатов. На самом деле подавляющее большинство людей находится где-то посередине этих крайних полюсов, примыкая, естественно, к полюсу гармонии. Для характеристики лиц, у которых имеют место какие-то выраженные характерологические особенности, далекие от психопатий, но выделяющие этих людей из среды гармоничных субъектов, используется понятие *акцентуаций характера*. Тут следует отметить, что разные авторы вкладывают в это понятие разное содержание.

Первым заговорил об акцентуациях характера известный психиатр из ГДР *Карл Леонгард*, опубликовавший в 1964—1968 годах серию работ по этой проблеме. Акцентуации характера, по Леонгарду, — это скрытые, невыраженные, «домашние», компенсированные психопатии, которые в любой момент могут резко заостриться. Многие другие психиатры ГДР считают этот термин синонимом психопатий.

Почему возникла потребность искать психопатиям какой-то синоним? Причин несколько. Среди них есть одна сугубо историческая.

Дело в том, что в годы нацизма психопаты заключались в концлагеря (именно они и зверствовали там, измываясь над беззащитными заключенными), а многие уничтожались. Поэтому у некоторых немецких психиатров послевоенного периода возник своеобразный комплекс вины перед собственными психопатами.

Однако стремление К. Леонгарда внедрить в психиатрическую терминологию новое понятие не встретило особого интереса, и фактически, кроме ГДР и СССР, об акцентуациях характера нигде не говорят. В нашей стране первым, кто стал использовать термин К. Леонгарда, был О. В. Кербиков. Он понимал акцентуации не как синоним психопатий, а как крайние варианты нормальных человеческих характеров, иногда приближающиеся к отдельным психопатическим свойствам. Через 10—15 лет после О. В. Кербикова подобным же образом стал рассматривать акцентуации у подростков и ленинградский ученый *Андрей Евгеньевич Личко*, под руководством которого был создан психодиагностический опросник для определения акцентуаций характера у подростков.

Итак, возникшее в ГДР понятие акцентуации характера нашло свою вторую родину в СССР, причем у нас оно используется куда чаще, чем в любой другой стране, да и смысл, который вкладывается в него у нас, порой совсем другой, чем в ГДР.

Нажитая патология. От психопатий нужно отличать психопатоподобные расстройства вследствие сотрясений мозга и многих других органических причин. Психопатии также нужно разграничивать и с патологическими формированиями характера, когда под влиянием хронических неврозов, грубых дефектов воспитания, переживания ребенком или подростком своего хронического инвалидизирующего физического заболевания характер постепенно меняется и становится более тяжелым и трудным. Последние расстройства не являются психопатиями, и они быстро проходят, если ликвидировать те причины, которые вызвали патологические формирования личности.

Однако поставить правильный диагноз больному, разобраться в том, что же у него имеется: психопатия, отдельные психопатические свойства характера, патологическое формирование личности или психопатоподобное расстройство,— может только специалист. Поэтому педагоги, родные и близкие, являющиеся верными помощниками врача, сами не должны предпринимать никаких решительных шагов без консультации со специалистом.

Патологическое формирование характера чаще всего встречается в детском и подростковом возрасте или начинается в этом периоде, а достигает своего расцвета в более позднем возрасте. Его основными вариантами являются следующие.

1. Патохарактерологическое формирование личности вследствие уродливого воспитания, пребывания в длительной психотравмирующей ситуации и т. д.

2. Невротическое формирование характера как этап затянувшегося невроза.

3. Постреактивное формирование характера после перенесенного психогенного психоза.

4. Патологическое формирование характера вследствие обостренного переживания физических дефектов и уродств и связанных с ними ограничением контактов, изоляцией от здоровых сверстников, чувства своей неполноценности и т. д.

5. Смешанные в клиническом отношении (и по происхождению) патологические формирования личности.

Патологические формирования характера называются еще и *психогенными*, так как они возникают вследствие самых разнообразных психогенных воздействий: конфликтов, дурного воспитания, психических потрясений, чувства своей ущербности и т. д.

Интеллигентная артистичная женщина обратилась к психиатру со своей бедой. Ей 40 лет, у нее 5 детей от трех мужей. Первый кончил жизнь самоубийством. Через два года после этого она вышла замуж за своего сотрудника по работе, который вскоре стал пить и скандалить. Разошлись. Позднее вышла замуж в третий раз, на этот раз как будто удачно. Родилось еще двое детей (от первого был один ребенок, от второго — двое).

Прошло несколько лет, и второй муж воспылил к своей бывшей жене злобой и ревностью, стал писать во все общественные инстанции письма с обвинениями против нее, выдержанные в самых решительных тонах: она такая-сякая, ее нужно лишить материнских прав и пр. Обнаружив, что на подобные заявления никто не реагирует, он приступил к действиям. Вначале он предупредил свою бывшую жену, что любой ценой отвоюет себе одного из двух «своих» детей. В суд он не обращался, а решил ребенка выкрасть, что вскоре и сделал: подкараулил сына, когда тот шел из детского сада, и увез его, да не к себе домой, а в отдаленное село, где жили его родственники. Мальчик вначале очень переживал это, но шли годы, и он успокоился. Матери он периодически посылал поздравительные открытки, сообщал, что у него дела идут хорошо. Эти письма посылались не из села, где жил ребенок, а из других городов (чтобы мать не могла его найти).

Второй же ребенок от этого мужа — девочка — сильно переживала кражу брата. Она была очень привязана к матери, да та еще и подогревала ее страхи. Коротче говоря, у дочери началось патологическое формирование характера на почве постоянного ожидания, что и ее отец выкрадет. А он, кстати, несколько раз действительно пытался это сделать, но безуспешно.

Девочка страшилась выходить одна из дома, всегда была только в обществе «надежных людей», старалась все свободное время проводить с матерью. К отчиму (т. е. к третьему мужу своей матери) она была привязана, просила его официально удочерить ее, чтобы родной отец не имел на нее никаких юридических прав. Стала молчаливой, отгороженной, всего боялась, писала на родного отца жалобы в самые высокие инстанции. Требовала оградить ее от его посягательств, чтобы «правительство страны» разыскало ее брата и вернуло его к родной матери, к каждому празднику милиции писала поздравительные письма министру внутренних дел, в которых, между прочим, рассказывала и о своей беде и умоляла вернуть ей брата.

Однажды, после получения ответа из очередной высокой инстанции о том, что выполнить ее разнообразные просьбы нельзя, вдруг упала, закричала, схватилась за голову, запричитала: «Ой, больно, голова раскалывается, я ослепла, помогите, я ничего не вижу». И еще два часа вела себя, как тяжелобольная, ослепшая и парализованная. Потом мать ее успокоила, и все прошло. Такие приступы повторялись каждые 3—4 недели, обычно их провоцировали психические травмы и переживания, связанные с отцом.

Началось хождение по больницам. Не было ни одного мало-мальски крупного детского врача, к которому бы не обращались по поводу здоровья этой девочки. Профессора ставили сложные диагнозы, назначали лекарства с таинственными названиями, но толку не было. Между прочим, от многих врачей мать требовала справку о том, что девочка заболела в результате преследований со стороны отца,

надеясь, что на основании такого документа отца можно будет привлечь к судебной ответственности. Справок таких ей никто не давал, мать тогда обращалась к очередному врачу, и так тянулось уже больше года.

Естественно, что и мы ей не дали никаких справок, а лишь сказали: что для вас ценнее — здоровье дочери или стремление отомстить бывшему мужу? Если второе, то продолжайте ходить по врачам, может быть, вам и дадут какие-нибудь справки, но уж вылечить девочку никто не сможет, так как болезнь ее затягивается, характер уродуется, она вся посвятила себя борьбе с отцом, что же дальше можно ждать?

Послушалась ли мать наших советов или нет, нам неизвестно. Такая уж у психиатра профессия: он дает советы, а как они выполняются, врач не всегда может проконтролировать.

Одно из самых страшных потрясений для ребенка — это унижение его родителей. «Болью детей за отцов» называл это Достоевский. Помните его капитана Снегирева из «Братьев Карамазовых»? Тот «однажды упал и стал говорить словоерсами», — пишет писатель. Унизительное положение этого капитана, его бесконечные словоерсы (прибавление к любым словам лакейского «с»), самобичевание и одновременно с этим величайшая доброта, чувство ответственности за семью, любовь к детям, понимание трагического несовершенства мира, построенного на мучениях и слезах невинных людей, вынужденных подчиняться патологическим эгоистам и рвачам, — вот сущность этого бедного человека, еще более несчастного из-за того, что и дети его обречены быть такими же неприкаянными и живущими надеждами на чудо. В реальной жизни ни для самого капитана, ни для его семьи, ни для тех, кто его окружает, надежд никаких нет, мир отказался от этих людей, остается лишь одна надежда — на бога, а тот почему-то не спешит оказывать помощь этим людям. Люди же думают, что он проверяет крепость их веры в него, а потом все же поймет, что они верят, и тогда смилостивится. Так проходят годы, десятилетия, вся жизнь, а милости и сострадания нет. Есть от чего впасть в отчаяние, есть от чего усомниться в возможности человеческого счастья и прийти к принципу «все дозволено!». А пришел к этому принципу — значит, уже дошел до крайней точки отчаяния, после которой — сумасшествие и смерть.

Прошли времена Достоевского, иные ныне проблемы, иные заботы, но слезы детские не утихают, и в современных обществах их не меньше, чем раньше; только причины и следствия иногда иные. С некоторыми (не со всеми, конечно) из этих следствий и имеют дело психиатры.

На формирование характера большое влияние оказывает родительская любовь: все ее излишества и крайности плохи, но особенно ужасно по своим последствиям, когда любви вообще нет. А. С. Макаренко писал: «Если вы желаете родить гражданина и обойтись без родительской любви, то будьте добры, предупредите

общество о том, что вы желаете сделать такую гадость. Люди, воспитанные без родительской любви, часто искалеченные люди». Родительская любовь — самый главный фактор, неизмеримо более важный, чем материальное благосостояние, развитие детских коллективов и другие факторы, вместе взятые. (Об этом подробнее в нашей книге «Ребенку нужна родительская любовь». М., Знание, 1984.)

Иногда взрослые удивляются, откуда берутся дети и подростки с уродливым характером, когда они вроде бы и живут хорошо, и родители у них благовоспитанные, нередко занимающие высокое положение в обществе, и т. д. Можно занимать сколь угодно высокое место, но если уделять детям мало внимания, не любить их, интересоваться ими от случая к случаю, по обязанности, и всем этим нарушать сложившиеся веками межчеловеческие узы, то дети чаще всего будут несчастливими. Их детство оказывается ограбленным, не говоря уж о том, что ограбленными в морально-духовном отношении оказываются и взрослые, хотя они могут и не подозревать об этом.

Юноше 16 лет, живет в обеспеченной семье, где только «птичьего молока» не хватает. Отец занят в основном работой, а что касается семьи и сына, то он исходит из следующего: пускай делают, что хотят, лишь бы не было никакого шума, лишь бы мне не мешали. Все это наложило большой отпечаток на формирование характера мальчика. В нем быстро развилась пресыщенность жизнью, неспособность к самостоятельному достижению какой-либо цели, иждивенческие настроения, чувство вседозволенности. С годами он стал шантажировать отца («Не купишь мне какую-нибудь экзотическую вещь — устрою скандал, соседи услышат, на твою репутацию ляжет пятно, карьера пострадает»). Отец всегда уступал. С годами требования сына возрастали и стали совсем беспардонными. На приеме у психиатра обнаружилось, что мальчик физически здоров, но распушен, незрел, нахален, привык, чтобы все делалось по нему, чтобы выполнялись все его желания. Имеет друзей таких же, как он. Все они переполнены завистью и недоброжелательством друг к другу. Разговору лишь о тряпках, девочках, о материальных льготах, о «великосветских» новостях. Желания учиться нет («все равно учителя ставят мне пятерки, они боятся родителей»).

Отец в беседе с психиатром настаивал на том, что его сын психически болен, что его надо поставить на учет: дескать, натворит что-нибудь, а за него расплачиваться придется, а так всегда справка будет, что сын невменяемый. Отцу было сказано, что подросток психически здоров, хотя у него и имеются отдельные признаки психической незрелости, обусловленные прежде всего микросоциальной средой и неправильным воспитанием. В течение многих лет сознание мальчика развивалось неверным воспитанием, в характере не развивались честность, самостоятельность, настойчивость, целеустремленность, благородство, уважение к людям. Мальчик привык все получать, не затрачивая труда, не проявляя какого-то волевого усилия. Это все дефекты воспитания, которые не могут быть отнесены к психической патологии в полном смысле слова. Другое дело, что у некоторых таких людей бывают психические нарушения, на фоне которых легче фиксируются дефекты воспитания или патохарактерологические формирования личности начинают протекать с деформацией биологической сферы, — в таких случаях, конечно, следует лечиться у психиатра. Наш же случай — без биологической аномалии, поэтому такому подростку нечего делать у врача, им должны заниматься его родители, а если он начнет совершать правонарушения, то милиция и т. д.

Итак, нужно очень осторожно подходить к оценке состояния таких лиц, тем более если родители считают своих детей психи-

чески болезненными, исходя из сугубо меркантильных соображений.

Крайности воспитания. Какие дефекты воспитания деформируют характер детей? Их много. Вот некоторые из них.

1. Воспитание *по типу Золушки*, когда родители чрезмерно придирчиво, враждебно или равнодушно относятся к своему ребенку, предъявляя к нему повышенные требования, не давая ребенку нужной ему ласки и теплоты. Забитые, робкие, вечно боящиеся избиений и оскорблений, многие из таких детей и подростков в дальнейшем вырастают нерешительными, пугливыми, неспособными за себя постоять. Обостренно переживая враждебную им действительность, такие дети нередко много фантазируют, мечтая о сказочном принце и необыкновенном случае, который избавит их от всех сложностей жизни. Вместо того чтобы активно относиться к жизни, так несправедливой к ним, часть таких детей уходит в мир фантазий.

2. Воспитание *по типу кумира семьи*. В таких случаях выполняются все требования и малейшие капризы ребенка, вся жизнь семьи сосредоточена только вокруг его желаний и прихотей. Дети растут капризными, своевольными, упрямыми, не признающими запретов, не понимающими ограниченность возможностей родителей. Эгоизм, наплевательское отношение к своим обязанностям, неспособность отсрочить получение удовольствия, потребительское отношение к окружающим — все это может стать следствием такого уродливого воспитания.

3. *Гиперопека* — особый вид воспитания, при котором ребенка лишают самостоятельности, подавляют его инициативу, не дают развернуться его возможностям. Многие из таких детей вырастают нерешительными, слабовольными, неприспособленными к жизни, они привыкают, что за них кто-то все будет решать и делать.

4. Воспитание по типу *гипоопеки*, когда ребенок предоставлен сам себе, никем не контролируется, никто не формирует в нем навыки социальной жизни, не обучает его пониманию, «что такое «хорошо» и «что такое «плохо»».

Последний вид «воспитания» чаще бывает у беспризорников, так блестяще описанных А. С. Макаренко.

5. Ближким к этому типу воспитания относится и воспитание, описанное в 1960-х годах австрийским детским психиатром *Мартой Кос* и обозначенное ею как воспитание *по типу кронпринца*. Этот вид уродливого воспитания известен давно и обнаруживается чаще всего у детей, живущих в зажиточных семьях, члены которой занимают высокое положение в обществе. Такие родители, слишком много времени уделяя своей карьере, не занимаются достаточно время со своими детьми, отделяясь от них подарками и разрешением всего, что им заблагорассудится. Вместо того чтобы получать от родителей ласку, тепло и заботу, дети получают от них суррогаты эмоций. Родители перепоручают воспитание родственникам или случайным людям, лишь бы дети не мешали им делать карьеру. С другой стороны, такие дети, конечно, радуются тому,

что их родители занимают выдающееся положение в обществе, упоминаются в печати и т. д., но мечтают эти дети о простых радостях, которых они лишены.

С помощью каких механизмов закрепляются формы неверного воспитания?

«Делай, как я, делай лучше, чем я» — вот девиз воспитания. Ну, а если ребенок подражает взрослым с дурным поведением? Тогда и закрепляются формы неправильного поведения.

Ребенок может протестовать против плохого к нему отношения. Реакции протеста бывают пассивными и активными — конкретные примеры многих из них уже приводились. Эти реакции — еще один способ формирования в ребенке неправильного поведения.

В подростковом периоде появляются свои специфические реакции: например, реакция эмансипации, описанная уже упоминавшимся А. Е. Личко («хочу быть свободным, и все тут, родители для меня не авторитеты, что хочу, то и делаю»). Такие рассуждения подростков встречаются часто, но порой подростки переходят от слов к делу, убегают из дому, бродяжничают.

Подросткам свойственны и реакции группировки: они объединяются в группы, вместе слушают музыку, общаются, иногда хулиганят. Очень часто подобные реакции приводят их на скамью подсудимых. Что должен делать педагог в таких случаях?

Во-первых, не усугублять уже имеющуюся у школьника деформацию характера. Зная его особенности, стараться уменьшить их, не давать проявляться. Нужно держаться максимально предупредительно по отношению к такому ребенку.

Во-вторых, постараться повлиять на его семью, чтобы она более гармонично относилась к сыну или дочери. Педагог должен быть советчиком — требовательным и настойчивым, но достаточно тактичным и выдержанным.

Необходимо, чтобы такие дети больше времени проводили в детском коллективе. Хотя они подчас и избегают пребывания в пионерских лагерях, в стронтельных отрядах и т. п., нужно добиться того, чтобы они все-таки удерживались в них, чтобы родители не шли на поводу у подобных детей. Если же родители наносят очевидный моральный ущерб ребенку своим «воспитанием», то школа может даже поставить вопрос о лишении их родительских прав.

Тут следует учитывать, что у большинства детей с неврозами и трудностями в поведении семьи тоже оставляют желать лучшего. Исследованиями психологов и психотерапевтов последних лет показано, что в таких семьях постепенно накапливаются невротизирующие и психопатизирующие факторы: в той или иной степени аномальными были и сами родители и даже прародители (бабушки, дедушки, прабабушки и т. д.). Накопление в роду невротических и иных аномальных форм поведения не может пройти бесследно для хрупкой, легко впитывающей и плохое и хорошее психики ребенка, поэтому необходимо помнить, что без оздоровления семьи трудно сделать здоровым школьника.

ЧАСТЬ ТРЕТЬЯ,
ИЗ КОТОРОЙ ЧИТАТЕЛЬ УЗНАЕТ О ТОМ,
КАК ЛЕЧАТСЯ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА
И КАКОЕ УЧАСТИЕ В ЭТОМ
МОГЛИ БЫ ИНОГДА ПРИНИМАТЬ ПЕДАГОГИ

НА ЗАРЕ ПСИХОТЕРАПИИ

Врач, лекарь или доктор? Перейдем теперь к вопросу лечебного воздействия на школьников с той или иной душевной патологией, причем, чтобы легче можно было понять ход поисков методов лечения, рассмотрим все в историческом аспекте. Понятно, что педагог не может лечить, но знать, как лечат и по возможности помогать в этом врачу, он обязан.

Старое русское слово *лекарь* редко употребляется в наши дни, а ведь оно очень точно характеризует суть профессии врача. Многие почтительно называют врачей *докторами*, но слово «доктор» указывает только на высокую степень учености носителя профессии (не только медицинской), ничего не говоря о содержании этой профессии. Лекарь — это тот, кто лечит. Среди врачей есть те, кто лечат, и те, кто изучают лекарства, и, наконец, те, кто занимаются вопросами, непосредственно не связанными с лечением (например, главные врачи больниц). Поэтому слово «врач» более широкое, чем слово «лекарь», хотя подобное разграничение может показаться условным.

Древние говорили, что оружием лекаря является слово, трава и нож. От «слова» пошла психотерапия, от «травы» — лекарственная терапия, от «ножа» — хирургия. Слово — оружие и педагога, поэтому на вопросах психотерапии мы остановимся более подробно, чем на вопросах фармакотерапии.

С. С. Корсаков писал: «Врач-психиатр должен обладать широким взглядом на человечество, высоким умственным развитием и неповрежденным интеллектом. Он должен быть симпатичным, откровенным, честным и безыскусственным. От него требуется самообладание и милосердие, высокое внимание и наблюдательность, находчивость, способность быстро ориентироваться во всех положениях, простота в обращении. Но что особенно важно для психиатра, так это сдержанность, он должен не проявлять ни гнева, ни неудовольствия, а всегда быть ровным и приличным». Эти слова полностью относятся и к профессии психотерапевта.

В психотерапии всегда было много направлений и школ, которые нередко находились в антагонистических отношениях, но в конечном итоге были подчинены одной цели: помочь больному. А если тот или иной прием помогает хотя бы на 5 минут и не приносит вреда, то пренебрегать им нельзя. Важно только использовать эти приемы правильно, в комплексе друг с другом и с другими методами воздействия (медикаменты, физиотерапия, лечебная педагогика и т. д.).

Часть приемов основаны на *директивности*, т. е. больному приказывают, от него требуют, ему внушают. Часть приемов носят *недирективный* характер, когда пациента, например, ценят не за то, что он что-то хорошо сделал или намеревался сделать хорошо, а за то, что он — человек и уже поэтому заслуживает уважения и доверия. В таких случаях пациент и психотерапевт общаются, как равные, равноправно обсуждают свой жизненный опыт, свои проблемы, поражения и победы и т. д.

Некоторые специалисты считают, что все виды психотерапии как бы делятся на два типа (всякое деление всегда условно, а тут тем более): «материнскую» и «отцовскую». «Материнская» психотерапия более мягкая, обласкивающая, успокаивающая, ничего не требующая, в основном жалеющая. «Отцовская» — более требовательная, решительная, активизирующая.

Но какие бы виды психотерапии ни выделяли разные исследователи, всех их объединяет одно — главным инструментом психотерапевта является слово. Согласно они и в другом: почти все психотерапевты признают: лечат не приемы и не методы, лечит личность психотерапевта, квалифицированно владеющего теми или иными лечебными методами. Здесь примерно то же положение, что и в школьной педагогике, где надежда на метод не дает еще мастерства. Нужна еще личность педагога, а это уже зависит от него самого, ведь «дать» ему личность никто не может в отличие от метода.

Слово врач, а не враг. От дурного слова можно заболеть, от хорошего выздороветь. Одним словом можно поднять в атаку тысячи, другим — погрузить в траур миллионы. Цель слов психотерапевта — вылечить человека. Когда перед римлянами выступал Цицерон, народ восхищался: как хорошо говорит Марк Туллий, какой он замечательный оратор! Когда же произносил речь Демосфен, народ кричал: «Война Филиппу» — и шел защищать Грецию от македонских войск. Так и в психотерапии: неважно — эффектно, изящно или скучно проводится психотерапия, главное, чтобы она не была самоцелью, чтобы она помогала пациенту, а не служила врачу для самолюбования.

Взаимоотношения психотерапии и психиатрии сложны и дискусионны. Если суммировать различные точки зрения, то они могут быть сведены к следующим основным положениям: часть исследователей считают психотерапию составной частью психиатрии, другие (в большинстве своем практические психотерапевты) ут-

верждают, что психотерапия — это самостоятельная область знаний и умений, что она не только не часть психиатрии, но вообще занимает промежуточное место между медициной и некоторыми гуманитарными областями знаний.

Психотерапия «предназначена» для лечения неврозов, многих так называемых *психосоматических заболеваний* (например, некоторые формы бронхиальной астмы, гипертонии, язвенной болезни, бородавок, поносов и т. д.), состояний психологического напряжения и пр., т. е. тех расстройств, которые, как правило, не поддаются традиционному психиатрическому лечению, да и компетенция психиатров не всегда распространяется на данный контингент людей. Однако, несмотря на спорность места психотерапии в системе знаний, она более всего примыкает к психиатрии и к психологии, поэтому психотерапевт (независимо от того, врач он или психолог) должен хорошо ориентироваться в психиатрии и психологии.

Психотерапия включает в себя более 70 самостоятельных лечебных приемов, одним из которых является *гипноз* — особый вид лечебного внушения. История психотерапии первых 100—125 лет — это по существу история изучения гипноза, ибо именно гипнозом в течение многих лет и исчерпывалась психотерапия.

Встреча в замке Иф. «Дантес сжал в своих объятиях этого нового друга, так давно и с таким нетерпением ожидаемого, и подвел его к окну, чтобы слабый свет, проникающий в подземелье, мог осветить его всего.

Это был человек невысокого роста, с волосами, поседевшими не столько от старости, сколько от горя, с пронзительными глазами, скрытыми под густыми седеющими бровями, и с черной еще бородой, доходившей до середины груди; худоба его лица, изрытого глубокими морщинами, смелые и выразительные черты изобличали в нем человека, более привыкшего упражнять свои духовные силы, нежели физические. По лбу его струился пот. Что касается его одежды, то не было никакой возможности угадать ее первоначальный покррой: от нее остались лишь одни лохмотья.

На вид ему казалось не более 65 лет, движения его были еще достаточно энергичны, чтобы предположить, что причина его дряхлости не возраст, что, быть может, он еще не так стар и лишь изнурен долгим заточением...» Так встретились Эдмон Дантес и аббат Фариа — герои «Графа Монте-Кристо». По роману аббат, пробывший в одиночке замка Иф около 18 лет, в 1829 году скончался. Эдмон Дантес же благополучно бежал из зловещей тюрьмы и принялся мстить своим врагам.

Туристы любят посещать старинный замок Иф, расположенный у входа в Марсельский залив. Словоохотливые экскурсоводы увлеченно рассказывают им о необыкновенных приключениях героев Дюма, показывают камеры Дантеса и аббата, водят по мрачным подземельям замка, в котором перебивалось множество реальных героев французской истории (одна «Железная маска» чего

стоит!), но о которых ныне знают куда меньше, чем о вымышленных персонажах Дюма. Ну, а в том, что моряк Дантес и таинственный аббат придуманы неистощимой фантазией Дюма, мало кто сомневается. Но был ли аббат Фариа придуман, действительно ли его образ — лишь плод писательского воображения? Не взял ли Дюма фамилию реального человека и наградил ею сочиненного им персонажа — ведь и такое нередко встречается в литературе? Эти и подобные вопросы неизменно встают перед вдумчивым читателем «Графа Монте-Кристо».

Вот как определяет место аббата Фариа в системе психотерапевтических знаний Ю. В. Каннабих в своей классической «Истории психиатрии» (М., 1929). «Месмер (1734—1815), уроженец Вены, выступил в Париже около 1780 года с теорией «животного магнетизма», согласно которой из тела магнетизёра, при посредстве пассов или легкого соприкосновения, переходит в организм больного особый флюид, оказывающий целительное действие. Его ученик Пюисегюр (1751—1825) напал на явление сомнамбулизма, вызываемого у некоторых лиц «магнетическими пассами». Шагом вперед было наблюдение португальца Фариа, что достаточно несколько минут смотреть пристально на человека, повторяя повелительным голосом «спите», чтобы вызвать у последнего сомнамбулическое состояние, что и было изложено в книге Фариа в 1819 году».

Итак, судя по этим и многим другим серьезным научным источникам, аббат Фариа существовал на самом деле, он жил примерно в ту же эпоху, что и герой Дюма, и занимался приблизительно тем же кругом вопросов, что и учитель и спаситель Эдмона Дантеса.

Каким же был реальный аббат Фариа, не является ли герой Дюма самозванцем с историческим именем? Скажем сразу: нет, не является.

Аббат-революционер. Достоверные сведения о реальном аббате Фариа единичны и полны противоречий. Тут больше легенд и домыслов, чем точной информации. Отделить правду от фантазий трудно, порой невозможно. Собрав по крупицам наиболее правдивые сведения об этом человека, можно представить жизнь аббата Фариа следующим образом.

Он родился в 1756 году недалеко от главного города нынешнего индийского штата Гоа — Панаджи. Его отцом был Каэтано де Фариа — потомок индийского брамина, принявшего католичество. Матерью была португалка. (Напомним, что Гоа в это время принадлежал Португалии.) Сына назвали Хосе Кустодио. Когда ему исполнилось 15 лет, отец увез его в Лиссабон. Здесь оба путешественника прожили несколько месяцев и отправились в Италию. В Риме отец окончил медицинский факультет и получил звание доктора медицины. Хосе Кустодио Фариа поступил на теологический факультет и в 1780 году стал доктором теологии. По некоторым сведениям он получил в Италии также звание доктора медицины.

Завершив высшее образование, отец и сын вернулись в Португалию. Отец стал исповедником королевской четы, а сын назначен священником королевской церкви. В 1788 году оба спешно покидают Лиссабон и переселяются в Париж. Предполагают, что они были участниками раскрытого властями заговора с целью отделения Гоа от метрополии. По этим же сведениям отец и сын и раньше неод-

нократно вовлекались в различные политические движения и поэтому уже побывали в тюрьмах Италии, Португалии и даже Гоа.

Прибыв в столицу Франции, отец и сын занялись церковной деятельностью, но чем-то не угодили властям, поскольку сына посадили в Бастилию. Там он провел несколько месяцев. Один из его охранников очень любил играть в шашки, однако каждая игра длилась недолго, и приходилось всякий раз начинать ее вновь. Хосе Кустодю Фариа часто играл с этим охранником и, чтобы продлить удовольствие от игры, придумал стоклеточные шашки. Так аббат Фариа впервые попал в историю.

14 июля 1789 года восставшие парижане захватили Бастилию. Находился ли в ней в это время юный аббат, неизвестно. Ясно только одно: он с восторгом встретил начало революции, был назначен командиром отряда санкюлотов и, казалось, всецело посвятил себя политической деятельности. Сменив крест на шпагу, он сражался на стороне революционных войск и прославился как удачливый военачальник. В 1793 году установилась якобинская диктатура. Она провела множество прогрессивных мероприятий, изгнала с территории Французской республики интервентов, сплотила народ. Однако в политике некоторых ее руководителей были и негативные моменты. Они заключались в абсолютизации террора. Помимо этого, культивировалась всеобщая подозрительность: во всяком иностранце видели тайного врага революции. А то, что молодой аббат не француз, было ясно каждому, кто видел его смуглую кожу, его индийскую внешность, кто слышал его гортанную речь.

Спасаясь от террора, аббат Фариа бежал на юг страны. В Марселе он якобы даже стал членом местного медицинского общества, профессором Марсельской академии, преподавал в местном лицее. В 1794 году якобинская диктатура была свергнута. Во Франции установилась власть буржуазии. Началась эпоха безудержного обогащения одних и немислимой нищеты других. В это время в Париже возникла организация «Заговор во имя равенства». Во главе ее стоял Франсуа Ноэль Бабеф (1760—1797), в первые дни революции назвавший себя по имени древнеримского борца за свободу Гракха.

Гракх Бабеф выпускал «Журнал свободы печати», в котором проповедовал идеи социального равенства. Классики марксизма-ленинизма высоко ценили Бабефа — одного из первых коммунистов в истории человечества. Во Франции была создана сеть сторонников Бабефа. На юге одним из руководителей «Заговора во имя равенства» стал Хосе Кустодю Фариа.

По доносу предателя, Бабеф и его парижские друзья были арестованы. Руководитель организации был гильотинирован, а остальные участники приговорены к разным срокам заключения. Был привлечен к ответственности и аббат Фариа, работавший в это время помощником преподавателя в гимназии города Ним. Его арестовали, привезли в полицейской карете с железными решетками в Марсель и после суда упрятали в замок Иф. Участники «Заговора во имя равенства» никого не убивали, не подстрекали к убийству, все они отличались гуманностью, терпимостью к чужим мнениям и, казалось, совершенно не заслуживали такого сурового наказания. На самом же деле Гракх Бабеф для буржуазии был опаснее всех якобинцев, вместе взятых: Бабеф хотел отнять у буржуазии богатства, он хотел равенства людей. Поэтому классовая жестокость победителей была безграничной. Бабефа убили, а аббата Фариа заточили в одиночную камеру замка Иф, тем самым обрекая его на медленную мучительную смерть.

40-летний потомок браминов оказался в неволе. Однообразно текли дни, недели, месяцы, годы. Уходила жизнь. Не было сомнений, что аббат обречен на смерть или сумасшествие. Наверное, так вскоре и произошло бы, если бы ни несколько обстоятельств. Чтобы рассказать о них, следует обратиться к эпохе, предшествующей Великой французской революции.

Открытие доктора Месмера. Незадолго до взятия Бастилии в Париже объявился некто Франц Антон Месмер — высокий красивый мужчина, о котором ходили слухи, что он маг и волшебник.

И действительно, Месмер делал чудеса: он мог вызвать у человека обезболивание верхних тканей и кожи, мог внушить, что человек находится на берегу моря или во льдах, и человек начинал вдруг испытывать холод или слышать шум морских волн. Месмера считали чернокнижником, посланцем дьявола. На самом же деле это был любознательный, умный и честный человек, искренне пытавшийся добраться до истины. Сын своего времени, он вместе с большинством своих современников повторял их ошибки и заблуждения, но Месмер открыл явления, которые спустя два столетия представляются почти такими же неизвестными, как и в конце XVIII века, и хотя за 200 лет наука накопила очень большой опыт, она тем не менее и сейчас не может полностью объяснить то, что делал Месмер. Понятно, что самому Месмеру приходилось еще тяжелее, чем ученым конца XX столетия: ни себе, ни окружающим Месмер не мог логически объяснить, что же он делает.

Месмер неоднократно обращался в Парижскую академию с просьбой изучить, что он делает. Академики долгое время отказывались вступать с Месмером в какие-либо контакты, но потом все же снизились — это случилось в 1784 году. Придя к Месмеру, они заранее уже были настроены на ответ: какое же могло быть заключение ученых, если они заранее, задолго до того, как Месмер стал демонстрировать им свои эксперименты, уже пришли к выводу, что ничего подобного быть не может, потому что не может быть вообще. Они объявили Месмера шарлатаном и жуликом. Через несколько лет произошла Великая французская революция, часть академиков погибли под ножом революционной гильотины. Впрочем, и судьба Месмера была ненамного лучше: он умер в Швейцарии всеми забытый.

Этот проникательный, искренний человек открыл, как указывает Стефан Цвейг, целый континент, объяснить который наука не может по сей день. Но то, что еще необъяснимо, не означает, что оно не существует. Не объяснили в XX столетии — значит, объяснят в XXI или позже. Рано или поздно, но объяснят. Мир познаваем. Только не нужно торопиться и объявлять все неизученное несуществующим, выдуманным. Как уже говорилось в I части, в медицине практика зачастую идет впереди теории.

С Месмера началась психотерапия. Этот человек был первым, кто начал использовать психотерапию в сегодняшнем ее понимании. Один из его учеников и последователей — кавалерийский офицер маркиз де Пюнсегюр открыл феномен сомнамбулизма и признаки постгипнотического внушения.

Современная наука рассматривает *сомнамбулизм* как одну из стадий гипнотического состояния. Швейцарский ученый Август Форель (1848—1931) и В. М. Бехтерев внесли наибольший вклад в исследование проблемы гипноза, т. е. внушения в особом состоянии повышенной подчиняемости. В гипнотическом состоянии эти авторы выделяли три последовательных этапа: *сомноленция* (состояние повышенной дремотности, когда человек может в любой момент

самостоятельно выйти из этого состояния), *гипотаксия* (когда возможны различные феномены главным образом в двигательной сфере, например обездвиживание) и *сомнамбулизм*, когда возможны любые внушения. В состоянии сомнамбулизма можно вызывать иллюзии, галлюцинации и т. д. И в наши дни разные исследователи по-разному оценивают эти состояния. Если состояния сомноленции и гипотаксии всеми учеными признаются физиологическими, безвредными, то в отношении трактовки сомнамбулизма мнения расходятся: одни считают сомнамбулизм физиологическим и безвредным состоянием, другие убеждены, что сомнамбулизм — это искусственно вызванный волей психотерапевта психоз, т. е. состояние патологическое, вредное и поэтому нуждающееся в очень редком применении, если вообще можно говорить о лечебном использовании сомнамбулизма.

Лечебный эффект внушения, как правило, не зависит от глубины погружения в гипнотическое состояние, поэтому нет никакой нужды понапрасну вызывать состояние сомнамбулизма.

В состоянии гипотаксии и сомнамбулизма можно внушить человеку что-либо, и, выйдя из этого состояния, он будет делать помимо воли то, что ему внушили. Этот феномен называется *постгипнотическим внушением*. Впервые его описал на одном из своих крестьян уже упоминавшийся Пюисегюр.

Итак, на заре психотерапии были описаны феномены, которые в наши дни используются очень широко, и за это никто не считает психотерапевтов шарлатанами или врагами человечества — Месмеру же, Пюисегюру и, как мы увидим позже, аббату Фариа пришлось перенести много обид, унижений и гонений.

До 1843 года слова «гипноз» не было: его предложил манчестерский врач Джеймс Брэд. До Брэда гипнотерапевтов называли магнетизёрами. Магнетизёрами именовали и Месмера, и Пюисегюра, и аббата Фариа.

Еще в Париже аббат Фариа стал яростным поклонником Месмера и продолжателем его дела. Он познакомился с Пюисегюром и вместе с ним стал экспериментировать в области того, что ныне называется *гипнологией*. Но аббат никогда не забывал, что он из Индии. Там, на родине, он встречал йогов и усиленно изучал их. Конечно, он не мог объяснить необыкновенные успехи, которые достигали йоги, но он понимал, что большую роль (если не главную) тут играло самовнушение. Еще живя в Гоа, Хосе Кустодио Фариа пробовал на себе приемы йогов. Переселившись в Париж, он пытался соединить учение Месмера с учением йогов.

В замке Иф аббат Фариа постоянно тренировал себя с помощью самовнушения. По-видимому, это помогло ему сохранить ясный ум и твердую память.

Нет ничего тайного, что бы не стало явным, и нет ничего такого, что рано или поздно бы не кончалось. Наступили и для аббата Фариа счастливые дни: пробыв в замке около 17 лет, он вышел на свободу.

Однажды в Париже появился высокий седобородый старик со смуглым лицом и большими карими глазами. Это был всеми давно уже позабытый аббат Фариа. Началась новая эпоха в жизни этого человека, эпоха, обессмертившая его имя.

Сеансы на улице Клиши. Всего три-четыре года аббат Фариа занимался лечебным магнетизмом, и именно эти годы были наиболее продуктивными в его сложной биографии. В 1819 году аббат Фариа скончался, незадолго до смерти он опубликовал книгу «О причине ясного сна, или исследование природы человека, написанное аббатом Фариа, браминном, доктором теологии». Книга посвящена маркизу де Пюисегюру — учителю «бронзового аббата», как называли его в Париже.

Мы не будем углубляться в детали взглядов Хосе Кустодии Фариа на природу гипноза (магнетизма по тогдашней терминологии). Отметим лишь, что и тут аббат шел впереди своего времени. В отличие от большинства современников, он исходил из реального факта, что в основе сомнамбулизма и других феноменов находится способность человека к внушению. Все люди внушаемы — одни больше, другие меньше. Без внушения не бывает магнетизирования. К таким выводам наука пришла лишь в конце XIX столетия — французские исследователи Ипполит Бернгейм, Амбруаз Льебо и другие доказали, что в основе гипноза лежит внушение. Но это — лишь иными словами — было изложено в упомянутой книге аббата Фариа. Просто тогда на его выводы никто не обратил внимание. Не обратили внимание и на другое: аббат Фариа заметил, что для проведения внушения не обязательно обладать какими-то сверхъестественными способностями, что тут дело не только в магнетизёре, но и в м а г н е т и з и р у е м о м. Если человек, который пришел на сеанс внушения, верит в психотерапевта, ждет от него успешного магнетизирования, значит, успех обеспечен. Если же человек подозрителен, недоброжелателен, никому не верит и всех обвиняет в жульничестве и подтасовке, то никакое внушение ему пользы не принесет. Именно поэтому подобную публику лечить очень трудно.

Заметил наблюдательный аббат еще и то, что во время сеанса лечебного внушения магнетизер и магнетизируемый как бы подыгрывают друг другу, как бы р а з ы г р ы в а ю т с п е к т а к л ь. Но в этом нет ничего плохого: от такого взаимного подыгрывания больной выздоравливает или вдруг демонстрирует такие феномены, которые без подобного розыгрыша невозможны. Вот самый простой прием: испытуемый введен в гипнотическое состояние, психотерапевт внушает ему обездвиженность, затем укладывает его тело на спинки стульев. На одной спинке покоится затылок испытуемого, на другой — пятки. Тело не гнется, не провисает, на него можно сесть, и оно будет таким же твердым как скамейка. Испытуемый же в это время отвечает на все вопросы, с удивлением смотрит на то, что делает с ним психотерапевт. Внешне это похоже на сговор. Пишущий эти строки занимается гипнозом более 20 лет, за эти годы я вызывал *каталептический мост* (так именуется вышеуказанный

феномен — см. второй форзац) сотни раз, никогда не сговариваясь с испытуемым, но когда я слышал подозрения в сговоре, я всегда отвечал одно и то же: «Сговоритесь и вы тоже, посмотрим, сможете ли вы вызвать подобные явления».

Обо всем этом впервые писал аббат Фариа, но при жизни мало кто читал его работы и мало кто вдумывался в смысл демонстрируемых им явлений. Понадобилась дистанция времени, чтобы в полной мере оценить этого великого человека, на заре психотерапии видевшего то, что ученые по-настоящему разглядели лишь через 100 лет.

В Париже на улице Клиши, в доме 49, Хосе Кустодио Фариа открыл магнетические классы, в которых демонстрировал сеансы внушения. Фариа проводил внушения женщинам и детям, мужчинам и подросткам, домашним животным и птицам. В основном он использовал два вида внушения: либо, не мигая, смотрел в глаза сидящего или лежащего перед ним испытуемого и несколько раз повторял: «Спите» — и испытуемые засыпали или неожиданно подходил к испытуемому и повелительно говорил: «Спите!» — и тот мгновенно засыпал. Оба эти приема носят имя аббата Фариа, широко используются современными психотерапевтами и упоминаются во всех учебниках психотерапии. Аббат Фариа, наверное, уже догадывался, что хлеб психотерапевта — горький хлеб: помимо зависти, ревности, конкуренции, преследующих всякого, кто умеет больше другого собрата по профессии, психотерапевта постоянно подстерегают и другие опасности. Это главным образом постоянные обвинения в колдовстве, суевериях, всякой прочей чертовщине. Обычно аргументы противников таковы: объясните, что вы делаете. Почему вы умеете, а другой — быть может, образованнее вас и уже тем более занимающий более высокое служебное положение, чем вы, — не умеет?

Что на это ответить! Нужно спросить Энрико Карузо, отчего он пел так, а не иначе, а легионы генералов, профессоров или государственных деятелей не умели петь не только как он, но и вообще никак. Нужно спросить Лермонтова, как ему удалось сочинить «Выхожу один я на дорогу», а ни один поэт ни до него, ни после не мог сделать ничего подобного. На этот вопрос ответить так же трудно, как трудно ответить, отчего в глухой провинциальной Калуге жил Циолковский и мечтал о межпланетных экспедициях, а в это время в мире проживало много миллионов людей, и никому в голову не приходило думать об этом.

На этот вопрос ответить так же невозможно, как невозможно сказать, отчего люди поют об утраченной любви, но никогда — о потерянных деньгах или должностях. Чтобы попытаться ответить на этот комплекс вопросов, нужно много знать; когда-нибудь человечество все это узнает, но пока оно еще располагает слишком недостаточной информацией, и поэтому не следует торопиться с выводами. Но, к сожалению, люди редко бывают терпимы к чужим мнениям. И во времена аббата Фариа, да и сейчас тоже...

Как только кабинет на улице Клиши стал известен в Париже и туда устремились тысячи любознательных людей (вход был чисто символический — 5 франков), недруги аббата набросились на недавнего узника замка Иф. Среди недругов были не только церковники (они составляли большинство), но и ученые. Ход рассуждений их был такой же, как у чеховского «Войска Донского отставного урядника Василия Семи-Булатова» — главного героя «Письма ученому соседу». Тот изложил свое кредо исчерпывающе четко: «Этого не может быть, потому что этого не может быть никогда». Меняются поколения, проходят эпохи, а подобная аргументация живуча, как никакая иная.

Ярость церковников и ученых, видевших в аббате Фариа исчадие ада, была столь испепеляющей, что аббат, чье здоровье было подточено и чья жизнь в общем уже висела на волоске, оказался перед дилеммой: продолжать свою деятельность и погибнуть или уйти в подполье и написать книгу о внушении. Измученный ударами судьбы, аббат выбрал второе. Кто может осуждать его? Кто кинет камень в Галилея, принужденного к показательному покаянию?!

Аббат Фариа покаялся в грехах, получил малюсенький приход и стал вести обычную жизнь смиренного пастыря. Но за отрешенной от мира личиной старого священника скрывалась огненная душа, пылкий ум, ищущая ответа совесть. Тайком от окружающих Хосе Кустодио Фариа писал свою книгу — ту, что мы уже упоминали.

Аббат умер — книга жива. Имя ее автора почтительно вспоминают тысячи нынешних психотерапевтов всех стран и континентов. В Панаджи аббату поставлен памятник: над женщиной склонился священник, сейчас он скажет: «Спите» — и женщина заснет, а когда проснется, то будет здоровой и счастливой. Следы аббата затерялись в 1819 году. Позади были унижения и гонения, тюрьмы и замок Иф, позади были беды и горести, непонимание и зависть — словом, все то, что суждено великому человеку. Великому — значит, ищущему, бесстрашному, думающему об истине, а не о своем месте на ярмарке тщеславия. Тайна аббата Фариа не в обстоятельствах его биографии, неизвестных историкам и наверняка навсегда утраченных для потомков. Одной деталью больше — одной меньше, от этого мало что переменится. Тайна Хосе Кустодио Фариа в его таланте, в его мужестве, в поисках правды. Его тайна — это тайна любого гения, которого при жизни преследуют, угнетают, мучают, а потом делают знаменем, символом. Его тайна — это тайна любого, кто идет впереди времени, освещая горением своей мученической жертвенности путь потомкам.

Крах одной затеи. А теперь обратимся уже к другим временам и расскажем о попытках использовать внушение в сугубо воспитательных целях. В иронической форме эти попытки изобразил Вячеслав Шишков в опубликованной в 1931 году повести «Странники». Во второй части этой прекрасной книги, рассказывающей о перевоспитании беспризорников, есть глава «Опыт гипноза». В этой

главе рассказывается, как беспризорники, находящиеся в одном из специнтернатов, довели педагога до белого каления и директор школы был вынужден пригласить гипнотерапевта для того, чтобы внушить воспитанникам лучшее поведение. «В детский дом пришел похожий на грача, в старой визитке, врач-психиатр. Он небольшого роста, лысый, большелобый, сухой, в дымчатых очках. Суровый бритый рот, золотые зубы. Иван Петрович (это директор школы) встретил психиатра любезно, однако с озабоченным видом; он с начальством не советовался, вводил новый метод воздействия на ребят самочинно, да к тому же и не особенно верил в успех задуманного им опыта». Психиатр ввел детей в гипнотическое состояние. «И среди тишины стрелами летели стальные фразы, вонзаясь в мозг:

— Вы больше не будете озоровать. Нет, нет! Вы — хорошие мальчики. Вы будете подчиняться дисциплине, вы не будете воровать; воровство — порок, оно омерзительно, противно, оно позорит человека. Нет, вы не будете воровать, не будете воровать! Нет! Нет! Вы будете внимательно относиться к учебе. Вы будете любить приютивший вас дом. Вы никогда не станете думать о побеге. Вы никогда не убежите, вы не смеете убежать!»

Первое время после этого сеанса дети действительно вели себя неплохо: то ли гипноз подействовал, то ли что-то иное. Но потом все началось вновь. Собрался педсовет обсудить, что делать дальше. Психиатр сказал: «Я верю в благотельность гипноза. Я утверждаю, что эти аморальные мальчики на пути к полному выздоровлению. Проявленная ими вспышка хулиганства есть не более как протест их природы, поработанной моей волей. Это вполне нормально. Это конвульсии издыхающего в них порока. При следующих повторных сеансах все сгладится, все исчезнет без следа».

Психиатр продолжал лечить гипнозом.

«Пятый сеанс с ребятами, как и предсказывал доктор-психиатр, оказался очень благотворным: хулиганы стали послушны, присмирели. После шестого сеанса семь человек, подвергшихся воздействию гипноза, в ночь сбежали. Украдены были три одеяла, дюжина ножей с вилками, серебряные часы повара, калоши и шапка заведующего домом... Заведующий рассорился с психиатром, назло ему и самому себе зверски стал курить».

Так закончилась абсурдная попытка лечить гипнозом школьников, которые не являются больными и которые требуют педагогического воздействия — каждодневной, монотонной, нервной, зачастую неблагодарной, но нужной работы, а не чудодейственного избавления от дефектов воспитания с помощью методик, предназначенных для совершенно иных целей.

ВЛАДЕЙ СОБОЙ

Психотерапия ищет новые пути. В начале XX века наиболее проницательные врачи поняли, что область применения

различных видов внушения очень ограничена, лечебный эффект наступает далеко не всегда и бывает нередко весьма нестойким. Все это стимулировало поиски новых приемов психотерапии.

В 1903 году швейцарский врач *Поль Дюбуа* (1848—1918) опубликовал книгу «Психоневрозы и их лечение», в которой он с необычной для психотерапевта резкостью выступил против использования гипноза. Дюбуа утверждал, что цивилизованный человек нуждается в первую очередь в психотерапии, адресованной к разуму индивидуума, что «психотерапия должна быть рациональной или никакой». Под *рациональной психотерапией* Дюбуа понимал систему переубеждения пациента, разъяснения ему причин и сущности его страдания. Этот вид психотерапии, если следовать Дюбуа, больше напоминал беседу специалистов по логике, чем врачебную рекомендацию.

Большинство психотерапевтов не разделяло крайние взгляды Дюбуа, но согласились с ним в том, что необходимо более широко использовать рациональную психотерапию при лечении некоторых категорий больных. Важно, чтобы информация, которую врач дает пациенту, была окрашена в эмоциональные тона. Если бы психотерапевты полностью согласились с мнением Дюбуа, то это означало бы возврат к далеким временам, когда лечением психически больных занимались философы, переубеждавшие своих пациентов с помощью мощной и целенаправленной логики. Кант, Гегель и многие другие великие мыслители оставили подробные описания того, как они лечили переубеждением психически больных; правда, об отдаленных результатах лечения они предпочитали не говорить.

Многие больные и без разъяснений врачей знают о своих заблуждениях, понимают, что их психическая аномалия может быть следствием этого, но преодолеть свои заблуждения они сами не всегда могут. Однако то, что Дюбуа привлек внимание к необходимости более широкого и дифференцированного использования рациональной психотерапии для лечения некоторых (далеко не всех) нарушений, сыграло определенную историческую роль в развитии психотерапии.

Рациональная (мы предпочитаем именовать ее разъясняющей) психотерапия имеет много особенностей, зависящих от возраста, интеллекта, общей культуры пациента. Например, дети не склонны в силу особенностей психики к восприятию логических построений, всякую интеллектуализированную информацию им следует преподносить в еще более эмоциональной форме, чем взрослым.

Нужно помнить, что у подростков очень обострено чувство справедливости. Из-за того, что они видят в окружающем мире несправедливость, либо преувеличивают что-то реально существующее, у них возникают реакции оппозиции, конфликты с педагогами и родителями. Подростка необходимо воспитывать именно в духе гибкого, не прямолинейного стремления к справедливости, тогда воспитание будет встречать в нем душевный отклик и формировать авторитет старших.

Больные лечат больных. В начале XX века стала развиваться и *коллективная психотерапия* (в США ее иногда называют *групповой*). В разных странах (в том числе и в России) были ученые, которые разрабатывали этот раздел психотерапевтических знаний и умений, но как организованное и четкое направление коллективная психотерапия развивалась в первую очередь в США, когда в 1905—1910 годах Пратт, Эмерсон, Марч и другие обнаружили, что если из пациентов создать специальные лечебные группы, то лечение идет значительно успешнее и быстрее. Использование влияния одного больного на другого в лечебных целях и составляет сущность коллективной психотерапии. Эмерсон, например, собирал в группы детей с нарушенным аппетитом и занимался с ними по специальной программе. Результаты занятий были куда выше тех, что достигались при индивидуальной психотерапии с каждым пациентом в отдельности. Марч устраивал пациентам лекции, танцы, совместные прогулки, и излечение в процессе коллективного общения наступало намного быстрее, чем при индивидуальной психотерапии. Бехтерев организовывал, например, группы алкоголиков и всем им проводил лечебное внушение. Все это экономило время врачей и способствовало большей эффективности терапии. Однако возможности применения коллективной психотерапии также ограничены, этот вид лечения можно использовать далеко не всегда и лишь при определенных расстройствах.

В одной из ленинградских детских поликлиник имеется особый кабинет. Он весь увешан рисунками детей, оставлен скульптурами, сделанными детьми из пластилина. Ну, а игрушек — магазинных или самодельных — в этом сказочном кабинете великое множество. Этот кабинет создан *Александром Ивановичем Захаровым* — большим энтузиастом использования детских игр в лечебных целях. Безо всяких лекарств, а только с помощью игр он излечивает многие неврозы, психосоматические расстройства, нарушения поведения. К нему приезжают учиться врачи со всей страны. Кабинет существует с 1968 года — возраст же игровой психотерапии куда больше.

В 1911 году венский студент, а в будущем знаменитый социальный психолог, психиатр и психотерапевт *Якоб Леви Морено* (1892—1974), работавший с маленькими детьми, заложил основы *игровой психотерапии*, весьма смыкающейся с коллективной психотерапией. В 1927 году Морено переехал в США и стал там усиленно пропагандировать игровую психотерапию, нашедшую в США свою вторую родину. Игры детей, направляемые опытным психотерапевтом, являются мощным лечебным фактором; благодаря определенным стандартным игровым сюжетам и так называемым *ролевым играм*, ребенок в процессе игры освобождается от многочисленных страхов, нарушений поведения и многих иных нарушений.

Из всех разделов современной психотерапии игровая психотерапия, быть может, самая сложная, малоизученная; к исследованию сущности детских игр и использования их законов в психо-

терапевтическом аспекте ученые лишь еще приступают. Эйнштейну приписывают известные слова о том, что изучение атомного ядра — это детские игры по сравнению с изучением детской игры. Игры не только развлекают ребенка, открывают ему мир, не только тренируют его способность действовать, но и выполняют большую коммуникативную роль. С помощью игры ребенок учится устанавливать контакт с людьми, с животными, лучше понимать сложности различных ситуаций. В игре ребенок впервые становится хозяином, субъектом деятельности, деятелем и это облегчает ему вхождение в мир взрослых.

По мере развития человечества период детской игры становится все длиннее. Если в прошлом дети довольно быстро входили в реальный мир взрослых, то теперь они долго обыгрывают этот мир на предметах-заместителях, которые тренируют таким образом знаково-символическую функцию сознания ребенка.

Морено создал также и *психодраму* — с этим приемом психотерапии чаще всего и ассоциируется его имя. Еще Аристотель отмечал, что люди, посмотревшие театральную трагедию, нередко как бы очищаются от мелочных и амбициозных переживаний, заблуждений, плохого настроения и т. д. Этот процесс душевного очищения, успокоения через страдание Аристотель назвал словом *катарсис*. Морено решил использовать явление катарсиса в лечебных целях. С конца 30-х годов Морено широко практиковал лечебные спектакли, в которых принимали участие сами пациенты с нарушением поведения, с неотреагированными эмоциями и пр. В таких спектаклях обыгрывались сюжеты, эмоционально значимые для больного. В руках Морено, создателя и энтузиаста этого метода, психодрама превратилась в мощное оружие психотерапевта. Многие ученые, правда, высказывали недовольство этим методом, но постепенно их голоса стали менее слышны. В нашей стране психодрама применяется с конца 60-х годов и в комплексе с другими приемами психотерапии является одним из наиболее эффективных методов лечения.

Школа общения. Если читатели еще не забыли наш тезис: «Врач не должен давать советы учителям, как воспитывать ребенка, врач может лишь проинформировать педагога, что из себя представляет школьник с медицинской точки зрения, и тогда сам педагог решит, как лучше влиять на ученика», если читатели еще замечают наше неизменное желание ограничить себя лишь рамками повествования о тех или иных проблемах детской и подростковой психиатрии, не вторгаясь в педагогические сферы (даже лечебная педагогика выходит за пределы нашей книги), то сейчас читатели будут иметь основание обвинять пишущего эти строки в непоследовательности, в нарушении собственных принципов. Действительно, я хочу хотя бы кратко и фрагментарно показать педагогам, какие компоненты коллективной психотерапии они могут активно и с пользой для дела применять в своей практике.

Скажем, действие происходит в пионерском лагере. Пионервожатый или воспитатель обнаружил в числе пионеров 6—7

человек, которые держатся в стороне от сверстников, отмалчиваются, не принимают участие в различных мероприятиях. Педагог не ставит никому медицинские диагнозы, но предполагает, что никакого серьезного психического заболевания у этих детей нет, просто они в силу разных причин чрезмерно стеснительны, робки, не склонны интересоваться окружающими из-за каких-то свойств собственного характера.

Педагог, предварительно поговорив с каждым из детей в отдельности, собирает их вместе и откровенно говорит примерно следующее: «Ребята, вы какие-то необщительные, на вас из-за этого обращают внимание окружающие, давайте начнем формировать у себя общительность, контактность, способность относительно легко входить в любой коллектив. Без собственного труда ничего не добьемся, контакт рождает контакт, для того, чтобы быть общительным, нужно общаться. А я вас научу этому. Научу больше говорить, не робеть перед незнакомыми. Заниматься будем ежедневно, по 45 минут в день. На первых занятиях будем говорить относительно мало, потом все больше и больше. За неделю пройдем весь курс обучения большей общительности. Кто не хочет — пусть поднимет руку. Насильно я никого заставлять не буду, но все же хочу убедить, что лучше быть общительным, чем необщительным. Поэтому даже тот из вас, кто робеет и не уверен, получится ли у него все, как надо, пусть не нервничает — все будет хорошо».

Первое занятие. Педагог, зная, что представляет собой каждый из ребят, придумывает разные истории жизни подростков, у которых есть те же проблемы, что и у каждого из членов группы. Затем педагог рассказывает эти истории, всякий раз создавая новую версию своего знакомства с героем рассказа. Например, он говорит: «У меня есть сосед, хороший мальчишка, но очень застенчивый...» И дальше рассказывает, как герой его повествования рос, какие проблемы у него были, как он вел себя, и — самое главное — как начал бороться со своей застенчивостью и малой общительностью. Рассказ должен быть оптимистическим, заканчиваться тем, что герой рассказа все преодолел, нужно показать, как он преодолевал, а преодолеть можно лишь одним путем — собственным трудом. Слушая подобный рассказ, *каждый из членов группы будет видеть в этом рассказе себя, свои проблемы.* Этот прием в психотерапии именуется *психотерапевтическим зеркалом.*

После этого члены группы начинают обсуждать поведение героя рассказа: *каждый фактически говорит лишь о себе, обнаруживая те проблемы и установки, которые характерны именно для данного члена группы.* Этот прием называется *анонимным обсуждением индивидуальных проблем* в психотерапевтической группе.

Второе занятие посвящено анализу типичных житейских ситуаций и различных дискуссионных проблем. Тут уже говорят все и как можно больше. Обсуждают самые простые вопросы: как я хожу за хлебом, какие новые диски наиболее популярны, что

такое Тунгусский метеорит, какие предметы в школе мне больше всего нравятся, какая спортивная команда победит на чемпионате страны и т. д. Здесь главное — активность членов группы, их самостоятельность. Педагог же является только дирижером и слушателем.

Третье занятие. На нем обсуждаются различные индивидуальные вопросы (например, каждый рассказывает о своих трех главных желаниях, о том, почему они так важны для него, как их выполнять, что будет потом, когда эти желания реализуются и т. д.). Говорят все по очереди, все обсуждают желания каждого.

Четвертое занятие носит характер ролевых игр. Каждый получает роль и играет ее. Это, конечно, не пантомима и не театр глухонемых. Тут нужно говорить, взаимодействуя друг с другом.

За эти четыре занятия дети перестают стесняться друг друга, они преодолели свою робость, они уже представляют некое подобие коллектива, внутри которого нет ни страха друг перед другом, ни застенчивости. Теперь нужно добиться такой же раскованности в отношениях членов группы с другими сверстниками, не входящими в психотерапевтическую группу.

На пятом занятии педагог и члены группы как бы меняются ролями: попеременно берут на себя роль педагога в отношениях друг с другом, а педагог наблюдает за этим, дает советы, поправляет, указывает на недостатки. Главное, чтобы дети обрели уверенность в том, что у них все получится. Педагог внушает им, что нужно говорить громко, смотреть в глаза собеседнику, четко формулировать свою мысль, добиться, чтобы собеседник ее понял. Также обязательно нужно отвечать на вопросы членов психотерапевтической группы. Тут же разыгрываются некоторые сцены, тренирующие нервные процессы у членов группы. Например, разыгрывается такая ситуация: член группы подходит к незнакомому человеку и о чем-то спрашивает его, но тот молчит или грубит мальчику. Что делать? Промолчать, уйти в сторону, повторить вопрос, пристыдить — вариантов поведения много, но чтобы выбрать наиболее верный, нужно не теряться, здраво продумать свое поведение, понять, что за человек перед ним, и только тогда начать действовать.

В процессе *шестого занятия* члены психотерапевтической группы уже не разыгрывают сцены общения друг с другом, а на самом деле общаются с прежде малознакомыми сверстниками. Например, один из них подходит к какому-нибудь сверстнику и говорит: я тебя давно заприметил, хочу тебя спросить, разбираешься ли ты в марках (или в футболе или еще в чем-то), и после положительного ответа ведет беседу на тему, интересующую обоих собеседников. Если член группы получит отрицательный ответ, то задает еще вопросы, пока не получит положительный ответ и тогда продолжает беседу.

На *седьмом занятии* педагог анализирует недостатки и под-

черкивает достоинства каждого члена группы в усвоении им навыков общения, после чего повторяется то, что было на предыдущем уроке.

Это минимум, который можно дать за такое короткое время. Но ведь можно проводить не 7 уроков, а во много раз больше и более продолжительное время. Вариантов занятий тут бесчисленное множество¹.

Если педагог добьется хотя бы 5% успеха, если дети будут общаться хотя бы чуть-чуть больше, чем раньше, это уже очень хорошо. В психотерапии и в психиатрии редки сиюминутные мгновенные успехи. Чтобы достичь успеха, нужно работать долго и терпеливо, а для лечения все средства хороши, и кто конкретно будет помогать ребенку — педагог, психолог или врач, уже не имеет никакого значения. Ну, а если педагог (или психолог, или медик) не верит в пользу, которая будет принесена детям, не верит в свои профессиональные способности, то пусть лучше и не берется за такое сложное, тяжелое, требующее постоянной импровизации и быстроты психических процессов дело, как психотерапия (в данном случае коллективная).

Клин вышибается клином. В годы первой мировой войны в Германии были разработаны некоторые приемы *стрессопсихотерапии*, т. е. лечения с помощью психических, биологических, физических и т. п. стрессов. Это касалось в основном больных с истерическими параличами, нарушениями речи и пр. Этим больным внушали, что если они не встанут или не заговорят, то через них пропустят электрический ток или причинят какое-нибудь явное неудобство. Вначале эти приемы использовались далеко не всегда по назначению, нередко воспринимались иронически. С годами часть из этих приемов забылись как неоправдавшие себя, а некоторые были усовершенствованы и сохраняются по сей день.

В фильме «Беги, малыш, беги» английского режиссера Ричарда Сарафьяна показан маленький Филипп, который с пятилетнего возраста стал после испуга сильно заикаться, а потом и вовсе замолчал. Он как бы ушел в собственный мир, почти не обращал внимания на окружающих и никак не мог найти ту спасительную нить, которая соединила бы его с людьми и вернула ему речь. Мальчик был раним, впечатлителен, полон своих переживаний, он не видел той любви, которую хотел бы иметь по отношению к себе, и не знал, кому отдать чувства, которые переполняли его душу.

Однажды он встретился с одним человеком и его лошадью. Он привязался к ним всем сердцем. И когда лошадь стала тонуть в болоте, Филипп был так потрясен этим, что от горя и от ох-

¹ Более подробно о практике коллективной психотерапии см.: *Аникеева Н. П.* Учителю о психологическом климате в коллективе. М., 1983; *Добрович А. Б.* Глаза в глаза. М., 1982; *Петровская Л. А.* Теоретические и методические проблемы социально-психологического тренинга. М., 1982; *Психология личности/Под ред. Ю. Б. Гиппенрейтер, А. А. Пузыря, М., 1982.*

ватившего его душу желанием помочь лошади он вдруг заговорил и говорил уже так, будто всегда был с нормальной речью. Это и есть проявление стрессопсихотерапии: под влиянием сильного психического стресса у мальчика восстановилась утраченная в результате невроза функция речи. Такие примеры часты в жизни.

Мы наблюдали мальчика, который очень любил свою бабушку, но та, поссорившись с его отцом, неожиданно уехала к себе в другой город, ничего не сказав об этом мальчику. Он стал ее искать: ночью ходил по комнатам в надежде ее найти. Ни написать, ни позвонить бабушке он не мог, а с родителями он не хотел вообще разговаривать из-за того, что они лишили его бабушки, с детьми же говорил по-прежнему хорошо. Положение осложнилось тем, что, приехав к себе, бабушка через несколько дней умерла от инсульта. Узнав об этом, мальчик долго плакал, не спал ночами, перестал говорить вообще. Такой мутизм, который вначале был по своему происхождению реакцией протеста, а потом невротическим, держался три недели. Однажды этот мальчик ехал в трамвае и вдруг закричал: «Бабушка, бабушка, иди сюда, остановите трамвай!» Оказалось, что он из окна трамвая увидел женщину, внешне похожую на его бабушку, обрадовался и после этого продолжал нормально говорить, даже узнав, что он ошибся.

А вот еще один пример психотерапии с помощью психического стресса. Случилась эта история в Херсоне в начале 1960-х годов. Известный танцор из Чечено-Ингушетии Махмуд Эсамбаев, находившийся в этом городе на гастролях, познакомился в местном училище танца с одним студентом, который полтора года назад лишился речи, попав между двумя грузовыми машинами и сильно от этого испугавшись. Врачи вначале активно лечили молодого человека, но потом, разуверившись в возможности излечения, опустили руки и предоставили парня самому себе. Будущий танцор общался с окружающими с помощью жестов и переписки. «Стоит ли мне дальше учиться искусству танца», — написал он Эсамбаеву. Тот ответил положительно и пригласил молодого человека на свой концерт. Во время исполнения Эсамбаевым одного из наиболее выразительных танцев юноша вскрикнул и упал в обморок. Очнувшись, он бессвязно что-то говорил, потом стал говорить все лучше, и через несколько часов у него полностью восстановилась речь.

Исцеление произошло от потрясения — вот она, великая сила исцеления!

Йоги и лечение. С конца XIX — начала XX века в Европе и в Северной Америке усилился интерес к индийской культуре, и в частности к йогам. Йоги стали часто приезжать в страны Европы и Америку, их книги переводились на европейские языки и становились доступными многим людям. Все, кто интересовались феноменами, демонстрируемыми йогами, испытывали безусловное восхищение тем, что удавалось делать йогам. Но одновременно с этим нельзя было не обратить внимание на то, что йоги, как правило, не имеют семьи, не имеют общественных обязанностей, они посвятили себя только одному — самоусовершенствованию, тренировке своих нервов и мышц. Обычному современному человеку, естественно, не под силу большинство из того, что делают йоги, но не потому, что йоги — это какие-то особые люди, обладающие сверхъестественными способностями, а только потому, что у обычного, работающего, имеющего семью и всяческие обязанности здорового человека нет времени, нужды и возможности посвятить себя только тренировке воли и физическому самоусовершен-

ствованию. Заболеет — найдет и время, и сила воли разовьется в процессе занятий.

У многих врачей возникла мысль перенести на европейскую почву учение йогов, приспособив его к медицинским нуждам. Первым попытался это сделать немецкий врач *Йоганн Шульц* (1884—1970), опубликовавший, начиная с 1909 года, множество работ, посвященных *аутогенной тренировке*, своеобразной модификации йоговских приемов.

Аутогенная тренировка зиждется на трех китах: йогизме, самовнушении и *фракционном гипнозе*. Конечно, разделение этих трех приемов искусственно, они взаимопереплетаются.

От йогов Шульц взял уверенность во всемогуществе человеческой воли и способность подчинять определенной цели свои психические и физические функции. Учение о самовнушении дало Шульцу оружие, с помощью которого он мог реализовать йоговские взгляды. Эту же роль сыграло учение о фракционном гипнозе, созданное швейцарским ученым *Оскаром Фогтом* (1870—1959). Фракционный гипноз состоит в том, что человека вводят в гипнотическое состояние, а затем, выводя из этого состояния, просят рассказать о том, что он испытал, потом вновь вводят в это же состояние и т. д. Используя фракционный гипноз, врач может добиться усиления в человеке способности самовнушения.

Заниматься аутогенной тренировкой могут не все и не все должны. Не могут ею заниматься слабовольные или интеллектуально малоразвитые люди. Истинной аутогенной тренировкой не могут пользоваться и дети до 10—12 лет в силу того, что они еще не могут понять сущность аутогенной тренировки, у них не хватает терпения и воли. Этот контингент лиц нуждается в создании специальных модификаций, приспособленных к детскому возрасту, а сколько психотерапевтов, столько и модификаций.

В аутогенной тренировке нет ничего мистического или фантастического, поэтому Шульц назвал ее *организмической*, имея в виду, что все, чего человек добивается в результате этих занятий, заложено в нашем организме. С помощью аутогенной тренировки мы открываем в себе те резервы, которые обычно не используются, причем открываем сознательно, с помощью самовнушения, в отличие от гипноза, при котором обнаруживаются еще большие резервы нашей психики, но вскрываются они не самим индивидуумом, а психотерапевтом, — сам человек пассивен и не принимает серьезного участия в лечении, полностью передоверившись врачу и переложив на него всю ответственность за свое поведение и состояние.

Аутогенная тренировка, по Шульцу, складывается из двух ступеней: низшей и высшей. Первая ступень подразумевает освоение формул, с помощью которых, натренировав себя, можно научиться управлять своими внутренними органами: сосудами, солнечным сплетением, печенью, сердцем и т. д. После этого чело-

век переходит к овладению второй ступенью, в результате чего может научиться управлять своими чувствами, представлениями и мыслями, вызывая у себя те или иные образы и ощущения.

Когда применяется аутогенная тренировка? Одни считают, что аутогенную тренировку может использовать любой человек, желающий ее применять и имеющий к тому соответствующие данные, болен же он или здоров — это якобы не имеет значения. Другие утверждают, что аутогенная тренировка должна использоваться главным образом в конкретных медицинских целях, причем обязательно под руководством врача. Не вдаваясь в дискуссию, мы тем не менее считаем необходимым отметить, что занимаются аутогенной тренировкой целеустремленно и систематически только те, кто в силу разных причин испытывает в ней потребность. Те же, кто начали заниматься ею из-за любопытства и снобизма, без систематического контроля врача, очень быстро перестают работать, ведь для занятий необходимо много времени, терпения и еще больше желания освоить все формулы Шульца, а также придерживаться множества самоограничений, трудно выполнимых в обычной жизни. Более того, безудержное распространение аутогенной тренировки (как и любого метода лечения) приводит к ее дискредитации. Мода на аутогенную тренировку, начавшаяся в середине 1960-х годов, сейчас схлынула, аутогенной тренировкой продолжают заниматься лишь те очень немногие больные, кому она действительно показана, а те, кто применяли ее из пижонских соображений или от безделья, довольно быстро к ней охладели.

Нужно ли применять аутогенную тренировку в школьных условиях?

Если нет никаких медицинских показаний, то на такой вопрос может быть лишь отрицательный ответ. Школьники и без того перегружены, чтобы тратить время на освоение приемов, которые могут пригодиться лишь для лечения болезней. Другое дело, что из психогигиенических соображений можно использовать те или иные приемы. С нашей точки зрения, наиболее безобиден и легко выполним прием, о котором речь пойдет ниже.

Расслабьте ваши мышцы! В 1922 году американский психолог и физиолог *Эдмунд Джейкобсон* пришел к выводу, что между напряжением мышц и психической усталостью существует прямая связь: чем больше человек устал душевно, тем более напряжены его мышцы. Чем он чувствует себя более отдохнувшим, тем более расслаблены его мышцы. Чтобы мышцы расслабились, следует заставить мозг отдыхать. Однако можно делать и наоборот — подумал ученый — расслабить мышцы, и тогда станет отдыхать и мозг. Но все ли мышцы следует расслаблять при этом? Нет, далеко не все; в основном это касается мышц лица. Джейкобсон полагал, что, научившись расслаблять мышцы лица, человек сможет усилить свою творческую про-

дуктивность, будет более энергичен и бодр, ему не понадобится потом удлиненный сон.

Тут мы несколько прервем наш рассказ, чтобы обратить внимание читателей на одно обстоятельство. Многие почему-то думают, будто главная задача психотерапевта — усыпить пациента, дать ему выспаться. Конечно, поспать лишний часок никому не повредит, а больному человеку — тем более. Но в наше беспокойное время, когда у здоровых людей не хватает времени и на обычный сон, когда растет объем информации, которую необходимо усвоить, когда... — одним словом, сейчас не очень-то до сна. И психотерапевты создали поэтому много лечебных или просто психогигиенических методик, которые основаны на том, что человек не спит, а только вроде бы замер, временно приостановил свое функционирование, но как только появится нужда, он мгновенно придет в себя и приступит к исполнению своих обязанностей. И аутогенная тренировка, и «лицо релаксанта», о котором чуть ниже пойдет речь, и некоторые иные приемы основаны на этом. Вызываем же мы сон с помощью этих приемов лишь тогда, когда человек страдает бессонницей.

Джейкобсон разработал систему приемов мышечного расслабления. Из них наиболее безвредным и максимально полезным является так называемое «лицо релаксанта». В чем его сущность?

Человек принимает любую удобную позу лежа, полулежа или сидя. Закрыв глаза, он чуть-чуть опускает нижнюю челюсть, будто пытается произнести звук «ы», а язык слегка прижимает к зубам, словно собирается сказать «да». Плечи опускаются, все мышцы лица разглаживаются, лицо становится несколько сонным, вялым, равнодушным. В такой позе следует побыть 4—5 минут (дольше не нужно, так как неудержимо захочется спать). В день можно вызывать «лицо релаксанта» до 6—7 раз. Такова наша модификация этого приема.

Когда не нужно использовать «лицо релаксанта»?

При выраженном снижении артериального давления, при склонности к обморокам, головокружениям, сосудистым кризам (нередко эти явления быстро возникают у школьниц в период формирования менструального цикла). Есть люди, у которых, если они быстро расслабляются, появляются головокружения и чувство слабости. Им лучше не использовать «лицо релаксанта», либо следует вызывать состояние расслабления как можно медленнее. Применять «лицо релаксанта» можно не только при переутомлении, при раздражении и душевном напряжении, но и при гипертонических кризах, приступах кашля (особенно с астматическим компонентом), при непроизвольных подергиваниях мышц лица (тики), при заикании, икоте и т. д. Частоту и длительность «лица релаксанта» каждый человек регулирует по совету врача и своему усмотрению.

«Лицо релаксанта» желательно сочетать с легким массажем

мышц лица — до выработки «лица релаксанта» либо после.

Помимо «лица релаксанта» применяются расслабления и других мышц — особенно плечевого пояса и ног. Тут желательно опустить плечи так, чтобы руки свободно свисали, и находиться в такой позе несколько минут. Расслаблять мышцы ног нужно в положении лежа. Продолжительность — также несколько минут.

Однако расслабление мышц — не панацея от всех неприятных состояний. Главное — общегигиенические мероприятия: не пить, не курить, больше двигаться, избегать переедания, неритмичного образа жизни. Важно не создавать себе излишних, неоправданных трудностей, не стремиться ради необязательных потребностей усложнять собственную жизнь.

Люди живут в мире, в котором будут нарастать стрессовые нагрузки, одновременно с этим будут усиливаться и приспособительные возможности человека. Стрессы — нормальные явления. Не будь стрессов, люди, наверное, никогда не вышли бы из первобытных пещер. Страшны стрессы не сами по себе, а чрезмерные стрессы. Выносливость же человека к стрессам непостоянна: она зависит от соматических заболеваний, конституциональных особенностей личности, от переутомления, гиподинамии, интоксикации алкоголем и т. д. Чтобы повысить свою выносливость, нужно делать все то, о чем говорилось выше. Только в таком случае будет польза от «лица релаксанта» и от других видов психотерапии.

В конце 1940-х годов, и особенно в 1950-е годы, американские и английские врачи и психологи предприняли попытку использовать в психотерапевтических целях учение И. П. Павлова об условных и безусловных рефлексах. Идеи Павлова, как известно, получили широкое распространение за рубежом еще в 1920-е годы, и американские исследователи решили применить их к психотерапии. В связи с распространением в Америке идей Павлова родилось специфическое направление в психологии и психотерапии — *бихевиоризм* (от англ. *behaviour* — поведение), в основе которого лежало убеждение, что изучать объективно можно только открытое поведение и ничего кроме него. Из бихевиоризма выросло много новых приемов психотерапии, которые могут быть отнесены к так называемой *условно-рефлекторной психотерапии* — части описанной нами *тренировочной психотерапии*.

Согласно последней, для того чтобы ликвидировать какие-либо психические недостатки и неправильное поведение, следует совершать действия, которые могли бы подавить или уменьшить внешнее проявление соответствующего расстройства. Предполагалось, что можно так натренировать больного, что удастся ликвидировать внешние проявления того или иного симптома болезни. Многие такие приемы эффективны, если использовать их в комплексе с другими методами и четко определить потребность в их применении.

Эдгар По как-то сказал: «Если вы смотрите в зеркало и

сделаете плаксивое лицо, то в это же время вам не удастся пережить приятную эмоцию». А если сделать наоборот: в плохом состоянии духа сделать улыбчивое и счастливое лицо, не уменьшит ли это тоску и тревогу или просто хандру? Оказалось, что уменьшит. Это хорошо знают не только психотерапевты, но и многие люди, которые прибегают к такому способу прекращения у себя отрицательных переживаний. Важно только, чтобы при распространении условно-рефлекторных методов не утратилось то, ради чего врачи лечат человека: чтобы человек был счастлив, внутренне свободен, здоров, разнообразен, а не превратился в выдрессированного и стандартного субъекта, лишённого индивидуальности.

ПСИХОФАРМАКОЛОГИЯ: НАДЕЖДЫ И ВОЗМОЖНОСТИ

Колхида, Одесса, Вена. Еще в Древней Греции было известно, что, если человек начинал обнаруживать явное и грубое безумие, его следовало отправить в Колхиду, где была распространена малярия. Заболев тяжелой малярией, душевнобольной иногда излечивался от своего психического расстройства. Было известно и другое: если психически больной сильно заболел каким-либо воспалительным или инфекционным заболеванием, то он мог выздороветь от душевной болезни. Но, как говорят, новое — хорошо забытое старое: лишь с конца XIX века, когда врачи окончательно забыли то, что было известно медикам древности, они стали заново открывать многие методы лечения. Разумеется, открытия, сделанные за последние 80—90 лет, были на качественно ином уровне, чем то, что было в Древней Греции и Риме.

Первым, кто пытался использовать прививку инфекционных заболеваний или воспалительных процессов для лечения душевных болезней, был главный врач Одесской психиатрической больницы *А. С. Розенблюм*. В 70—80 годах XIX века он прививал некоторым из своих пациентов возвратный тиф, переболев которым эти больные выздоравливали от психических расстройств. В начале XX века венский психиатр *Юлиус Вагнер-Яуреги* (1857—1940) занялся лечением прогрессивного паралича с помощью малярии. Прогрессивный паралич — одно из психических заболеваний сифилитического происхождения, в настоящее время оно встречается очень редко, а в прошлом оно было одним из самых распространенных душевных болезней, приводя многих людей к грубому психическому дефекту (этим расстройством страдали, например, Мопассан, Ницше и многие другие).

Вагнер-Яуреги прививал паралитикам малярию, они заболели ею, затем их психическое состояние улучшалось, после чего больных начинали лечить от малярии. Этот метод оказался настолько эффективным, что с тех пор как в 1915—1918 годах Вагнер-Яуреги опубликовал результаты своих наблюдений, началось большое увлечение *маляротерапией*, ее стали использовать

не только при лечении прогрессивного паралича, но и при терапии шизофрении и некоторых других заболеваний. В 1927 году Вагнер-Яурегг первым из психиатров получил за свое открытие Нобелевскую премию.

Неожиданное открытие. Исследовательская мысль не могла остановиться только на этом движении. Революции возникали в областях, казалось бы, далеких от психиатрии, но тем не менее они сыграли большую роль в истории лечения душевнобольных.

Самым крупным из них было открытие *инсулина*. Официально об инсулине стало известно в конце 1921 года, когда два молодых канадца доложили в узком кругу о том, что они открыли *излетин* — компонент экстракта поджелудочной железы, тормозящий возникновение диабета. В феврале 1922 года сведения об этом открытии были опубликованы. По предложению *Мак-Лауда*, руководителя лаборатории, в которой работали создатели излетина *Бантинг* и *Бест*, этот препарат был назван инсулином. Ученый *Коллип* разработал методику выделения инсулина в той форме, в какой он мог бы применяться при лечении диабетиков. В 1923 году *Мак-Лауду* и *Бантингу* была присуждена Нобелевская премия за открытие инсулина, хотя по существу всю основную работу сделали *Фредерик Грант Бантинг* (1891—1941), погибший во время второй мировой войны в авиакатастрофе, и *Бест*. Кстати, как выяснили историки медицины, за полгода до канадцев современный инсулин был открыт в Бухаресте крупным румынским эндокринологом *Паулеско*, однако в условиях послевоенной Европы и из-за языковых трудностей открытие *Паулеско* стало известным лишь после того, как весь мир чествовал *Бантинга* и *Беста*.

Инсулин стали широко применять при лечении диабета и при снижении аппетита. Работавший в 1927—1933 годах в Берлине начинающий психиатр *Манфред Закель* (1900—1957), который лечил преимущественно социально-деградированных наркоманов, вводил своим пациентам инсулин с целью поднять у них аппетит. Из-за недосмотра медсестер инсулин несколько раз передозировался, больные впадали в инсулиновую кому: покрывались потом, краснели, бледнели, учащался пульс, возникало ощущение физической слабости, иногда они теряли сознание. Перепуганный этим *Закель*, однако, заметил, что те наркоманы, которые перенесли передозировку (и тем более если это было не один раз), быстрее выздоравливали от морфинизма, кокаинизма и других наркоманий, чем те, кто лечились обычным путем. Тайком от медицинской общественности и даже от своих медсестер *Закель* стал экспериментировать и обнаружил, что больные, перенесшие инсулиновые комы, намного быстрее избавляются от своих душевных расстройств (*Закель* проводил эксперименты не только на наркоманах, но и на больных с шизофренией и другими психозами). Рассказывают, что, опасаясь разоблачения и наказания за сознательные передозировки инсулина, *Закель* имел наготове

заграничный паспорт, чтобы в любой момент покинуть Германию.

К началу 30-х годов Закель пришел к выводу, что инсулиновые комы являются сильнейшим и надежнейшим способом лечения самых разнообразных больных, страдающих бредом, галлюцинациями и некоторыми другими нарушениями. Он опубликовал данные своих наблюдений, и начиная с 1935 года началось широкое лечение *инсулинотерапией* многих (но, конечно, не всех) форм *душевной* патологии. Открытие Закеля было выдвинуто на Нобелевскую премию, но приход Гитлера к власти и начавшаяся вторая мировая война помешали этому. Закель уехал в США и там умер.

Психиатрия и хирургия. В 1935 году португальский психиатр *Эгас Мониш* (1874—1955) опубликовал работу, в которой доказывал, что если больному произвести *фронтальную лейкотомию*, т. е. *перерезать* нервные волокна, идущие из лобных долей к центру *мозга*, то он может как бы избавиться от признаков *душевного дефекта*.

Эту *операцию* стали широко использовать при лечении хронических больных, которым нельзя было помочь инсулинотерапией, *маляротерапией* и другими распространенными в те годы методами лечения. Особенно широкое распространение *психохирургия*, предложенная Монишем, получила в первой половине 1940-х годов, однако к их концу стало ясно, что *лейкотомия* очень болезненна, положительный эффект от нее не всегда бывает и что она слишком сложна в техническом отношении. В 1949 году Мониш получил за свое открытие Нобелевскую премию, но к этому времени *психохирургия* в ряде стран была уже непопулярной или даже запрещенной. У нас в стране *психохирургия* применялась очень редко и в 1948 году по инициативе профессора В. А. Гиляровского вообще была запрещена. В последние годы вновь возрастает интерес к *психохирургии*: за рубежом с помощью *психохирургии* небезуспешно лечат некоторые *душевные расстройства*, которые не поддаются обычному *фармакологическому* лечению.

Примерно в те же годы, когда Закель тайком экспериментировал с инсулиновыми комами, венгерский врач *Ладислав Иозеф фон Медуна* (1868—1964) обнаружил странную закономерность: те хронические больные *шизофренией*, у которых в силу случайных причин возникали *судорожные припадки* с потерей сознания, быстрее выздоравливали от своего *душевного недуга*, чем те у кого не было *судорожных припадков*. Медуна стал назначать таким пациентам препараты, вызывающие *судорожные припадки*, и тем самым резко ускорял их *выздоровление*. Итальянские ученые *Люцио Бини* (1908—1964) и *Уго Чарлетти* (1877—1963) в 1939 году предложили с целью вызывания *судорожных припадков* давать не особые лекарства, а пропускать через головной мозг электрические разряды определенного напряжения. Метод, предложенный ими, назывался *электросудорожной терапией*, которую стали широко использовать с начала 1950-х годов.

Таким образом, в первой половине XX века психиатрия обогатилась новыми методами лечения душевных болезней и накопила опыт дифференцированного лечения этих больных. Выяснилось, что при одних болезнях помогает инсулин, при других — электросудорожная терапия, при третьих — другие методы и т. д. Чаще всего эти лечебные приемы комбинируются и при воздействии на конкретного больного используются по-разному.

Новая эра. Казалось бы, сделанные открытия надолго определяют лицо терапии психических болезней, но во второй половине XX века все общественные и научные процессы резко ускорились (в том числе и поиски методов лечения) и открытия стали следовать одно за другим.

С конца 1940-х годов хирурги стали использовать так называемые *литические коктейли*, т. е. смеси препаратов, способствующих расслаблению мускулатуры, успокоению пациента, что в свою очередь помогает в проведении операции. Предложенные *Лабори, Гюгенаром* и другими французскими хирургами и фармакологами, они завоевали широкую популярность и стали выходить за пределы чистой хирургии.

С 1952 года началась новая эра в психиатрии: эра *психотропных* средств. В 1952—1954 годах парижские психиатры *Жан Делей* и *Пьер Деникер* начали использовать некоторые препараты, входившие в состав литических коктейлей, при лечении душевных болезней. В первую очередь они взяли *хлорпромазин* (в СССР он известен под названием *аминазин*). Результаты были ошеломляющие: хронически больные люди, неспособные находиться в обычных условиях из-за неправильного поведения, странностей, бреда, галлюцинаций и т. д., пройдя курс лечения хлорпромазином, становились совершенно иными людьми, а большая часть из них полностью выздоравливали. Все те нарушения, которые были у несчастных пациентов долгие годы и мешали им вернуться в нормальную среду, исчезали, если они начинали систематически принимать соответствующие дозы этого препарата. Сейчас психотропных препаратов насчитывается не менее одной тысячи, хотя многие отличаются друг от друга только названием.

Что они дали психиатрии? Во-первых, изменилось лицо психиатрических больниц; они перестали отличаться от обычных соматических учреждений (шумных, опасных, неуправляемых больных стало меньше). Во-вторых, благодаря использованию этих лекарств стала усиленно развиваться внебольничная психиатрия: оказалось, что многие больные не нуждаются в госпитализации, ибо могут принимать эти лекарства дома. В-третьих, благодаря психотропным препаратам удалось наладить поддерживающую терапию этих больных после выписки из стационара, назначая каждый раз ту дозировку, которая необходима пациенту (да он и сам зачастую меняет дозу в зависимости от своего состояния). В-четвертых, массовое использование психотропных лекарств дало

ученым мощное оружие в изучении самих психических болезней, раскрыв многие механизмы патогенеза этих заболеваний.

Лавинообразное увеличение числа препаратов психотропного действия привело к тому, что возникла целая индустрия, вырабатывающая лекарства, направленные не только против определенных болезней и их синдромов, но и против отдельных симптомов, служащих как бы мишенями, на которые направлены те или иные лекарства.

Открытие психотропных препаратов — самая крупная революция в истории психиатрии, благодаря использованию этих препаратов и ряда иных причин многие из болезней, которые широко встречались в прошлом, сейчас стали очень редкими, а многие заболевания вообще изменили свое лицо. Психотропные препараты сделали проявления этих заболеваний менее заметными и явными. Но широкое распространение психотропных препаратов имело и свою оборотную отрицательную сторону: благодаря тому что эти лекарства легко принимать (это в основном таблетки), многие люди стали их использовать без назначения врача и без всякой серьезной необходимости. Бесконтрольный прием этих лекарств может необратимо изменить биологическую реактивность человека и всего человеческого вида. Сейчас задача психиатров заключается не только в том, чтобы продолжать создавать какие-то новые лекарства, но и в том, чтобы обратить внимание общественности на недопустимость бесконтрольного приема этих лекарств (особенно тогда, когда нет серьезной необходимости в приеме этих препаратов), дискредитировать невежественные и порочные мечты о таблеточном рае.

Нейролептический синдром. Все психотропные препараты условно делятся на несколько групп. Назовем главнейшие из них. Во-первых, это всем известные *транквилизаторы*, к которым относятся триоксазин, элениум, рудатель, седуксен и множество других лекарств. Во-вторых, это различные *стимуляторы*: одни из них оказывают главным образом антидепрессивное действие, другие — собственно стимулирующее, третьи — одновременно успокаивают и стимулируют психику человека. В-третьих, это *нейролептики* — самые сильные психотропные препараты, к ним относятся аминазин, трифтазин, галоперидол и многие другие лекарства. Если препараты первых двух групп практически безвредны и не имеют никаких побочных действий, то нейролептики обладают побочным действием, которое медики называют *нейролептическим синдромом*. Заключается он в том, что пациент постепенно становится вялым, скованным, его лицо становится маловыразительным, амимичным. Больной ходит шаркающей походкой, прижав локти к туловищу. У некоторых возникают судорожные подергивания мышц подбородка, глаз, лба.

Возникает нейролептический синдром далеко не у всех пациентов: чтобы он появился, нужно несколько условий. Среди них — индивидуальные особенности организма (есть пациенты, у которых даже при лечении большими дозами нейролептиков не появляется

нейролептический синдром, а есть пациенты, у которых даже после одноразового приема одной таблетки аминазина уже отмечается сильное побочное действие), длительность приема лекарств (чем дольше принимается нейролептик, тем чаще возникает нейролептический синдром). Чем больше доза, тем, как правило, сильнее побочное действие препарата.

Особенно часто побочные действия возникают в детском и подростковом возрасте: дело в том, что именно у детей и подростков часты органические повреждения головного мозга, а они предрасполагают к побочным явлениям. Неужели из-за побочных явлений следует вообще прекращать использовать нейролептики — эти самые сильные и самые нужные препараты? Где же выход?

Вскоре выход был найден. Как отмечалось выше, он заключался в том, что одновременно с приемом нейролептиков больным назначают препараты, ликвидирующие побочное действие нейролептиков. Эти лекарства получили название *корректоров* — к ним относятся циклодол, ромпаркин и другие.

Таким образом, когда пациенту назначают на длительное время большие дозы нейролептиков, ему одновременно с этим выписывают и корректоры. Благодаря этому полностью снимается побочное действие нейролептиков. Не понимая этого, некоторые пациенты рассуждают так: лучше принимать одно лекарство, чем два, поэтому они отказываются от корректоров, а потом, когда замечают у себя признаки нейролептического синдрома, ругают врачей: дескать, они во всем виноваты.

ПЕДАГОГИ — ПОМОЩНИКИ ВРАЧЕЙ

Куда следует обратиться, если у школьника обнаружился психические отклонения? Педагог должен рекомендовать родителям обратиться с ребенком к детскому или подростковому психиатру по месту жительства или в районном (городском) психиатрическом диспансере.

Все психиатрические учреждения условно делятся на два основных вида: *стационары* и *внебольничные учреждения* (в первую очередь психиатрические диспансеры). В больницы госпитализируются очень немногие школьники: это в основном тяжелобольные или пациенты, которых в силу разных причин не удастся лечить дома (например, у школьника легкие тики, врач назначил ему лечение, а лечение не проводится, так как отец пациента — пьяница и семье не на что купить лекарства).

Следует подчеркнуть, что очень многим пациентам психиатрические диспансеры выдают лекарства бесплатно, а в психиатрических стационарах все больные обеспечиваются лекарствами бесплатно.

Если раньше психиатрические больницы служили одной цели — изоляции душевнобольных от общества, а возможности лечебного воздействия на таких пациентов были весьма ограничены, то с

50-х годов XX века функции психиатрических лечебниц постепенно изменились. Психиатрическая помощь стала очень дифференцированной, возникли психиатрические больницы разного профиля: одни служат целям изоляции душевнобольных с использованием их остаточной трудоспособности, в других в основном занимаются лечением душевнобольных, и число полностью или почти полностью излеченных в этих больницах иногда превышает 70—80%. Третьи стационары специализируются по оказанию помощи пограничным больным; в свою очередь эти стационары делятся на психиатрические больницы (с психотерапевтическим уклоном) и психоневрологические санатории. Конечно, такие учреждения ни внешне, ни по существу не напоминают прежние больницы.

В каждой психиатрической больнице широкого профиля имеется много разных отделений. В одних отделениях находятся мальчики, в других — девочки, в одних — дети, страдающие неврозами, в других — эпилепсией, в третьих — так называемые *беспокойные больные* и т. д. Иными словами, современная психиатрическая больница — большое и сложное учреждение, составные части которой строго профилированы и мало похожи друг на друга. В большинстве психиатрических больниц есть отделения для беспокойных больных. Однако не следует думать, что в этих отделениях действительно так уж беспокойно. На самом деле в большинстве из них не намного беспокойнее, чем в остальных отделениях психиатрической больницы или в обычной соматической лечебнице. Ведь благодаря назначению соответствующих препаратов и новым методам лечения атмосфера психиатрических лечебниц за последние 25—30 лет сильно изменилась.

Возникла также стройная система внебольничной психиатрической помощи, включающая в себя в первую очередь психоневрологические диспансеры и психиатрические кабинеты в районных поликлиниках общего типа. Именно в этих учреждениях и наблюдается основная масса пациентов. Если же возникает необходимость в консультации у специалиста более высокого класса, то школьника направляют в районный или межрайонный психоневрологический диспансер либо в научно-исследовательское учреждение, где устанавливается диагноз, назначается лечение, либо пациент направляется на стационарное лечение. После выписки из стационара больной какое-то время должен наблюдаться детским или подростковым психиатром по месту жительства для предотвращения рецидивов. Всякое стационарирование проводится лишь через психиатрический диспансер.

Многим людям приходится обращаться в психиатрические учреждения, чтобы получить справку о том, состоят ли они на учете у психиатра или нет. Как сформулирован вопрос — так и дан ответ. Некоторые, придя к психиатру, сразу требуют, чтобы им выдали справку, что они психически здоровы, забыв, что все заключения психиатров идут только в ответ на соответствующий запрос.

Выдающийся югославский сатирик Бронислав Нушич в своей

шуточной «Автобиографии» приводит такую историю: «В Белграде хорошо известен Драголюб Аврамович-Бертольд — человек, которого одни власти сажают в сумасшедший дом, а другие — выпускают из сумасшедшего дома. Поскольку власти менялись, очень часто и Бертольду приходилось то отправляться в сумасшедший дом, то выходить оттуда; ему это, наконец, надоело, он явился к властям и потребовал официального свидетельства о том, что он не является сумасшедшим. С тех пор как Бертольд получил такое свидетельство, он бьет себя в грудь и твердит, что он единственный человек в Сербии, который официально признан несумасшедшим».

Такие курьезные истории, конечно, возможны лишь в юмористических книгах; в реальной жизни все сложнее, однако и тут следует быть всегда очень осторожным в отношении психиатрических документов.

Во многих детских психиатрических больницах и санаториях имеются общеобразовательные школы: таким образом, дети не отстают от школы, даже находясь в больнице длительное время.

Если пациенту исполнилось 15 лет, то его «передают» подростковому психиатру. Тут не нужно думать, что все, кто были на учете у детского врача, автоматически становятся пациентами подросткового, а затем и взрослого психиатра. Нет большего заблуждения, чем думать таким образом. Подавляющее большинство тех, кто лечились у детского врача, к 15 годам давно уже выздоровели или не нуждаются в дальнейшем лечении, поэтому их амбулаторные карточки складываются в архив, а через некоторое время чаще всего уничтожаются.

У детского психиатра лечатся тысячи школьников, подростковому же передаются лишь единицы, но что это за единицы? Это прежде всего больные шизофренией, эпилепсией, олигофренией.

Может ли случиться, что школьнику поставили неправильный диагноз или когда-то поставили верный диагноз, но потом он выздоровел, хотя и продолжает оставаться на учете у психиатра? Все в жизни бывает и такие случаи тоже. Для коррекции таких случаев предусмотрена процедура снятия устаревшего или неверного диагноза; чаще всего это делается амбулаторно. Бывает и так: родители больного убеждены, что он здоров, требуют снять с него тот или иной диагноз. Собирается комиссия, которая решает вопрос, и если родители заблуждаются, то диагноз сохраняется.

Почти всегда в психиатрических учреждениях требуют, чтобы школьник принес характеристику, подписанную классным руководителем. Получить объективные сведения от школы очень важно для детского или подросткового психиатра, так как это поможет ему лучше узнать своего пациента, подскажет оптимальные пути установления контакта с ним и лечения. Иными словами, трудно переоценить значение *педагогической характеристики*. Однако нередко педагоги пишут эти характеристики очень скупо или даже необъективно. В одних случаях, просто перечисляют какие-то формальные признаки, за которыми совершенно не стоит личность школь-

ника: участвует в общественной работе, следит за чистотой в классе, учится посредственно... В других случаях педагоги так сгущают краски и до такой степени выступают в качестве судьи или прокурора, что с подобной характеристикой следует идти не к врачу, а сразу же в тюрьму для несовершеннолетних преступников.

Характеристика должна быть полной, подробной, объективной, освещающей все стороны характера и поведения школьника. Одновременно она должна быть и психологической: кто, помимо учителя и родителей, знает школьника так же хорошо? Поэтому педагог обязан раскрыть характер ребенка, его манеры, поведение, увлечения, отношения с окружающими, систему ценностей. Педагог должен помочь врачу понять душу пациента, а не увести врача по ложному следу.

Есть категория пациентов, которые вызывают, как правило, антипатию: это прежде всего школьники с психопатическими или психопатоподобными свойствами. Чаще всего, когда педагог пишет характеристику на таких детей, он испытывает раздражение и даже злость, поэтому нередко теряет объективность и чувство меры. Тут очень важно сохранить холодный рассудок и не поддаваться эмоциям. Если педагогу трудно быть точным в анализе состояния своего подопечного, лучше просто приводить примеры поступков школьника, впрочем, это лучше и во всех случаях при составлении характеристики.

Но педагог должен не только констатировать то, что имеется в поведении и характере школьника. Он должен по мере возможности подсказывать врачу, от чего в первую очередь' следует избавить ученика, в каком направлении должны идти лечебные мероприятия. Например, нужно ли вначале уменьшить несдержанность, горячность школьника, а потом уже заниматься его воспитанием, следует ли прежде всего изъять его из ненормальной семейной обстановки, требует ли такой пациент крепкого нагоняя или, наоборот, ласкового и ободряющего слова.

Врач в первую очередь видит в ребенке пациента: он быстро улавливает патологические компоненты его психики, а на «нормальные» компоненты часто не обращает должного внимания. Вот тут-то педагог и должен помочь медику, подробно описав всю совокупность личностных свойств школьника. От этого во многом зависит своевременная и верная диагностика, а следовательно и лечение.

Педагоги должны относиться к семьям, в которых есть душевнобольные дети, тем более деликатно и щадяще, так как не менее половины этих семей распадаются из-за болезни ребенка. Отцы многих таких детей уходят из семьи или становятся горькими пьяницами, объясняя свое поведение тем, что они якобы не в силах смотреть на своего ненормального сына или дочь. Таким образом, все тяготы по воспитанию душевнобольных детей чаще всего ложатся на матерей, которым и без того нелегко. Вот они-то и нуждаются в помощи в первую очередь: порой ребенку уже трудно помочь, но приходится лечить его родителей, заболевших вследствие

постоянного пребывания с психически нездоровым сыном или дочерью.

Не менее драматична судьба здоровых детей, брат или сестра которых душевнобольны. Жить в постоянном соседстве с психически неполноценным человеком — большое несчастье. Знать, что это твой брат или твоя сестра, — еще большее горе. Осознание, что и у тебя могут родиться такие же нездоровые дети (ведь во многих научных книгах утверждается, будто шизофрения и многие другие болезни являются сугубо наследственными), — самое большое страдание. Тут роль педагога в помощи таким семьям и здоровым детям в них велика. Она не исчерпывается лишь участием, жалостью, большим надзором над учеником из такой семьи, а включает в себя еще и разъяснение положения, сложившегося в семье. И тут нам придется коснуться одной старой проблемы.

С тех пор как стали создаваться дома инвалидов для подобных детей, врачи неустанно сталкиваются с одной и той же драматической ситуацией. Ребенок тяжело болен, многие специалисты считают, что болен безнадежно, что в ближайшие десятилетия никаких надежд на значительное улучшение состояния не существует. Да и сами родители это понимают не хуже медиков. Казалось бы, такого пациента следует поместить в дом-интернат для детей с тяжелыми хроническими расстройствами психической сферы. Подобных интернатов с годами становится все больше, обстановка в них хорошая, государство отпускает много средств на содержание пациентов, в интернатах таких детей в меру их способностей обучают, по возможности возвращают на некоторое время к родителям. Нередко в интернате больные получают элементарную профессию. Однако, даже прекрасно осознавая все это, родители не торопятся поместить слабоумного сына или дочь в такое учреждение. Не только потому, что еще надеются на исцеление — нет, надежды, допустим, давно уже утрачены, — а просто потому, что «жалко». Так в этой жалости идут годы. Родители вкладывают в ребенка всю свою душу, все средства, возят его по всевозможным курортам, знахарям, добиваются помещения в самые авторитетные клиники. Постепенно родители изматываются, силы их на исходе, им самим впору лечиться у психиатра. Нередко все это и кончается помещением родителей в психиатрическую лечебницу. И тогда вместо одного инвалида в семье их становится двое и даже трое.

Материнская привязанность к ребенку обычно очень сильна. Но ведь, помимо этого начала, существует еще и социальное, разумное начало, помогающее верно оценить драматизм положения и принять рациональные меры. Если ребенок будет помещен в интернат, он всегда будет ухожен и присмотрен и предотвратит инвалидизацию всей семьи. К тому же в таких семьях мать уже не работает, а только присматривает за ребенком. Поэтому и материальное положение семьи тоже оставляет желать лучшего. И все из-за того, что «жалко». А себя и других своих детей губить не жалко? А обречь себя на одиночество, а других своих детей — на неполную

семью (так как отцы обычно уходят из таких семей) не жалко? Во имя чего нужно обрекать себя на такие лишения? Не лучше ли родить еще одного ребенка, предварительно обследовавшись у генетиков? Многие-многие вопросы встают перед каждым, кто сталкивается со всеми этими драматическими ситуациями. Путеводной нитью тут должны быть не только профессиональные знания врачей, но и здравый смысл и совесть окружающих. Лишь та нить Ариадны может вывести ситуацию из тупика, которая основана на учете интересов не только больных, но и здоровых, которым жить да жить, но которые обречены пребывать долгие годы в тяжелейшей психотравмирующей ситуации из-за постоянного общения с душевнобольным инвалидом. А последствия этого контакта с тяжело психически больным человеком могут быть самые печальные.

Нам доводилось сталкиваться с множеством школьников, ставших невротиками из-за тяжелого психологического климата в семье, обусловленного хроническим психическим расстройством у их брата или сестры. Снижение успеваемости, трудности поведения — это и многое другое возникает в результате вышеуказанного комплекса причин, причем, где причина, а где следствие — порой уже невозможно определить.

Педагог массовой школы обязан все это учитывать и в каждом конкретном случае должен дать семье разумный совет: или здорового ребенка перевести в интернат, или больного отправить в интернат для хронически больных детей, либо на время госпитализировать его в психоневрологический санаторий или больницу. Можно на время отдать здорового или больного ребенка к бабушке или к другим родственникам. Решений тут много, и из них следует подобрать оптимальное. И без помощи педагогов здесь не обойтись.

Что должен делать педагог, если у него в классе окажется больной (или переболевший) ребенок?

Во-первых, педагог должен вызвать родителей ребенка и поинтересоваться (конечно, очень деликатно и ненавязчиво), не замечали ли они у их дочери или сына каких-либо чрезмерных реакций, повышенной раздражительности и других явлений, о которых рассказывается в этой книге. Во-вторых, если родители заявят, что ребенок наблюдается у врача, то выяснить, получает ли он соответствующие лекарства. Если получает, то учитель должен в дальнейшем проследить, принимает ли ребенок эти лекарства, находясь в школе (если, разумеется, назначен прием лекарств именно на то время, когда он пребывает в школе). В-третьих, если выяснится, что многие особенности поведения ребенка вызваны неверным поведением родителей, педагог должен поговорить с родителями, указать им на их поведение и вместе с ними обязан как-то разрешить конфликтную ситуацию. Педагог никогда не должен подменять медика, но быть его верным и постоянным союзником обязан. В-четвертых, если педагог обнаружит, что он сам либо его коллеги как-то виновны в нарушении психологического комфорта школьников, он должен изменить свое поведение, улучшить от-

ношения с учащимися, восстановить к себе доверие. Педагог должен уметь «держаться за язык за зубами» — он ведь располагает очень большой информацией о психически больном ребенке, доверенной ему родителями и медиками. Если учитель будет спекулировать ею, использовать ее во вред школьнику и его родителям, то он быстро потеряет всякий авторитет. Педагог ни в коем случае не должен рассказывать школьникам о душевных болезнях одноклассников, он должен щадить больных, а не клеймить их. Он обязан быть в высшей степени деликатным и осторожным: ведь у многих душевнобольных (в том числе и у перенесших душевную болезнь) имеется повышенная чувствительность, ранимость, подозрительность, они болезненно опасаются, что окружающие узнают об их страданиях и будут их высмеивать. Тут тем более необходима душевная тонкость педагога, его такт, гибкость, предусмотрительность, чуткость. Педагог, конечно, должен быть добрым, но не добреньким: когда необходимо, он обязан быть требовательным и даже жестким. Дети требуют постоянного воспитания, душевнонездоровые — тем более, а одна доброта тут всего не решает. Однако требовательность — это не хамство, не жестокость, не злопамятность, не садизм.

Если эти общие принципы будут выполняться (не говоря о тех частных требованиях, которые упоминались при рассмотрении тех или иных расстройств), то можно быть уверенным, что коэффициент полезного действия детского и подросткового психиатра резко возрастет, а это пойдет лишь на пользу больным. О чем же еще может мечтать врач? И педагог тоже?

Рекомендуемая литература

- Александровский Ю. А.* Глазами психиатра. М., 1977.
Богданович Л. А. Записки психиатра. М., 1956.
Буянов М. И. Недержание мочи и кала. М., 1985.
Гарбузов В. И., Захаров А. И., Исаев Д. Н. Неврозы у детей и их лечение. Л., 1977.
Захаров А. И. Психотерапия неврозов у детей и подростков. Л., 1982.
Исаев Д. И., Каган В. Е. Половое воспитание и психогигиена пола у детей. Л., 1979.
Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста. М., 1979.
Коркина М. В. Дисморфомания в подростковом возрасте. М., 1984.
Леви В. Л. Нестандартный ребенок. М., 1983.
Леонгард К. Акцентуированные личности /Пер. с нем. Киев, 1981.
Личко А. Е. Подростковая психиатрия. 2-е изд. Л., 1985.
Справочник по психиатрии. 2-е изд. М., 1985.
Ушаков Г. К. Пограничные нервно-психические расстройства. М., 1978.
Ягодка П. Н. Жизнь в мире неведомого. М., 1970.

ОГЛАВЛЕНИЕ

От автора	3
---------------------	---

Часть первая, из которой читатель узнает, что такое психиатрия и кто такие детские психиатры

<i>Три корня детской психиатрии</i>	5
---	---

Психоневрологи или психиатры? — В начале пути.— «Главное — учить!» (лечебная педагогика и психиатрия).— «...И понимать» (психология и психиатрия).— Роршах и Россия.— Что такое психическое здоровье? — Профессия врача: лечить и излечивать.

<i>Симптомы, симптомокомплексы, синдромы</i>	22
--	----

«Во всем безумье этом есть своя система».— Эпидемия в Гонконге.— Бледные образы «Черного-108».

<i>Профессия — психиатр</i>	28
---------------------------------------	----

Клиницисты или расшифровщики лабораторных данных? — Опросник доктора Ирле.— Такие разные психиатры.— Кто первый описывает душевную болезнь? — П. П. Малиновский и его «Записки доктора».— Вторая книга и ее судьба.— Великая сила людей.

Часть вторая, в которой рассказывается о различных психических отклонениях (в первую очередь о тех, которые вызываются или усиливаются дефектами межличностных отношений)

<i>Большая и малая психиатрия</i>	41
---	----

<i>Эндогенные заболевания</i>	42
---	----

Королева без свиты.— Раннее слабоумие — считали раньше. Раннее ли и обязательно ли слабоумие? — сомневаются сейчас.— «Священная болезнь». — «Феномен Достоевского».

<i>Не в ногу со сверстниками</i>	52
--	----

Нищие духом.— Тайна Каспара Хаузера.— Всемогущая депривация.— Отчего бывают задержки психического развития? — Одна из причин школьной неуспеваемости.

<i>Эти многоликие неврозы</i>	63
---	----

На нервной почве.— Школьные неврозы.— Депрессия в маске и без.— Почему у меня невроз, а у соседа нет? — Когда молчание — не золото.— Заикание и его формы.— Исповедь.— Диалог о синдроме Туретта.

<i>Повреждения отдельных функций</i>	84
Когда не сидится на месте.— Если нарушен почерк.— Лентяи лентяям рознь.— Привычка? Досада? Злость? — Проклятая боль.— Недержание мочи.— Недержание кала.— В память несчастного Онана.	
<i>Незрелые личности</i>	107
«Вечная весна».— Кто вовремя не созрел.— Дисгармоничные инфантилы.— Маски лжи.— Привет от Хлестакова.	
<i>Пубертат и вокруг него</i>	119
Несбывшиеся прогнозы.— Беспокойный возраст.— Только ли акселерация? — Похождения одной невесты.— «Не хочу есть!» — Новая болезнь.— Коварное зеркало.— Он или она? — Письмо матери.— Новый Лантье или самовлюбленный Нарцисс? — Перекати-поле.— Механизмы бродяжничества.— «В знак протеста».— Крик души.— Психопатология и жестокость.— Потомки маркиза де Сада.— Прощай, клептомания! — На краю пропасти.— Достоинства подросткового возраста.	
<i>Тяжелые люди</i>	152
Уродства характера.— Формы психопатий.— Лиза Хохлакова и другие.— Искреннимы ли психопатии? — Все с детства.— А что потом? — Нажитая патология.— Крайности воспитания.	
<p>Часть третья, из которой читатель узнает о том, как лечатся психические расстройства и какое участие в этом могли бы иногда принимать педагоги</p>	
<i>На заре психотерапии</i>	173
Врач, лекарь или доктор? — Слово врач, а не враг.— Встреча в замке Иф.— Аббат-революционер.— Открытия доктора Месмера.— Сеансы на улице Клиши.— Крах одной затеи.	
<i>Владей собой</i>	183
Психотерапия ищет новые пути.— Больные лечат больных.— Школа общения.— Клин вышибается клином.— Йоги и лечение.— Когда применяется аутогенная тренировка? — Расслабьте ваши мышцы!	
<i>Психофармакология: надежды и возможности</i>	195
Колхида, Одесса, Вена.— Неожиданное открытие.— Психиатрия и хирургия.— Новая эра.— Нейролептический синдром	
<i>Педагоги — помощники врачей</i>	200
<i>Рекомендуемая литература</i>	206

