



ПОПОВ  
РОМАН ЮРЬЕВИЧ

# ТЫ НЕ УСТАЛ

КАК ТРЕВОГА, ДЕПРЕССИЯ И ВЫГОРАНИЕ  
ЛОМАЮТ ЖИЗНЬ НЕЗАМЕТНО

---

2026

# Роман Попов

## Ты не устал

*<https://litres.ru/73924908>*

*SelfPub; 2026*

### Аннотация

Эта книга о состояниях, которые долго выглядят как усталость, слабость характера или просто сложный период жизни. Но постепенно человек начинает разваливаться: сначала страдает сон, затем уходит энергия, интерес к жизни и способность справляться с обычными делами. Последовательность и выраженность симптомов могут быть разными, но итог часто один — жизнь становится всё тяжелее удерживать в руках.

В этой книге просто и без запугивания объясняется, как тревога, депрессия, выгорание, невротические расстройства и дезадаптация могут развиваться коварно и почти незаметно — и почему обращение к психиатру не означает, что вы «сошли с ума».

Эта книга для тех, кто пытался справиться сам: через практики, БАДы, рецепты «идеальной жизни», самодисциплину, работу над собой и другие способы, которые не смогли вернуть силы. Автор помогает яснее увидеть, где заканчивается норма, где начинается состояние, требующее медицинского внимания, и почему психиатр может быть врачом первой инстанции.

# Содержание

ЧАСТЬ I. ПОЧЕМУ ЛЮДИ БОЯТСЯ ПСИХИАТРИИ	9
ВВЕДЕНИЕ	9
Несколько слов об авторе	20
Исторический страх психиатрии	21
Карательная психиатрия и её культурный след	22
От изоляции к диагнозу: как изменилась психиатрия	25
Почему страх всё ещё управляет решениями людей	26
Личная история: когда тело говорит вместо психики	27
Глава 2. Кто такой психиатр в реальности	32
Психиатр ≠ «врач для сумасшедших»	32
Психиатр, психотерапевт и психолог: в чём реальная разница	33
Как это выглядит в реальной жизни	35
Почему люди не доходят до психиатра	36
Псевдопомощь как ловушка дезадаптации	37
Личная история: иллюзия контроля	37
ЧАСТЬ II. МИФЫ, СТРАХИ И ЮРИДИЧЕСКИЕ «СТРАШИЛКИ»	43

Глава 3. «Учёт», реестры и другие мифы	43
Существует ли психиатрический «учёт»	43
Медицинская тайна и реальные риски	45
Что происходит после консультации	46
Разница между консультацией, наблюдением и госпитализацией	47
История	49
Глава 4. Добровольная и принудительная помощь	51
«Меня же закроют?» — фраза, из-за которой люди не доходят до врача	51
Почему люди чаще не обращаются — и что говорят цифры	52
Добровольная помощь: что происходит на самом деле	53
Когда возможна принудительная госпитализация — и почему это редкость	55
Почему «принудиловка» всё равно пугает: три источника страха	56
«Психические расстройства = насилие?»	57
Нет. И вот почему это миф	
Мини-блок «что обычно путают»	58
Как понять, что пора не тянуть	59
Финальные тезисы-опоры	60
<b>ЧАСТЬ III. КОГДА СТРЕСС СТАНОВИТСЯ ПАТОЛОГИЕЙ</b>	<b>62</b>

Глава 5. Норма, стресс и пределы человеческой психики	62
Нормальные реакции на перегрузку	63
Когда «само пройдёт»	64
Когда — уже нет	66
Что в этот момент происходит с нервной системой	67
Что человек обычно путает	69
«Раз я работаю, значит, я в норме»	69
«Это просто характер»	69
«Нужно просто отдохнуть»	70
«Я просто слабее других»	70
Как выглядит переход от реакции на стресс к расстройству	70
Почему это уже медицинская история?	71
Вопрос, который стоит задать себе вовремя	72
Конец ознакомительного фрагмента.	74

# Роман Попов

## Ты не устал

### Предупреждение для читателя

*Эта книга носит научно-популярный и просветительский характер. Она не предназначена для самодиагностики и не заменяет консультацию врача-психиатра, диагностику или медицинское лечение.*

*Описанные в книге состояния и симптомы могут пересекаться с различными медицинскими и психологическими состояниями. Окончательная оценка состояния и решения о лечении должны приниматься совместно с квалифицированным специалистом.*

*Цель данной книги — нормализовать культуру диагностики человека в такой табуированной, в современных реалиях, области науки и медицины, и объяснить читателю насколько легко может стать после более внимательного отношения к своему здоровью, и при правильном использовании вектора лечения и своевременном походе к врачу.*

Помню, однажды в детстве зима пришла как-то неловко. Сначала было сыро, потом подморозило, потом снова потеп-

лело, и так несколько раз, будто погода сама не могла решить — что ей делать дальше? Из-за этого снег был грязный, рыхлый, а лёд — странный, не такой, как в фильмах, где по нему спокойно катаются на коньках.

После школы мы не сразу пошли домой. Сергей предложил сходить к озеру — просто посмотреть. Озеро было рядом, его было видно с нашего балкона, и мы ходили туда часто, но зимой я там раньше не был.

По дороге мы пинали куски льда, которые лежали у берега, и спорили, кто дальше их кинет. Лёд ломался легко, с сухим звуком, и это почему-то смешило. Было холодно, но не так, чтобы мёрзнуть. Куртка у меня была старая, от сестры, рукава чуть длинные, и я всё время за них цеплялся.

Озеро выглядело тихим. Даже слишком. Поверхность была матовая, с белёсыми пятнами, и казалось, что она уже давно замёрзла. Я встал на край, потом сделал шаг. Ничего не произошло.

Сергей сказал что-то сзади, я обернулся, и в этот момент лёд треснул. Не громко. Скорее, как если бы кто-то надломил тонкую дощечку. Я даже не сразу понял, что это подо мной.

Вода оказалась ближе, чем я ожидал. Холод был резкий, но короткий — будто воздух закончился раньше, чем стало больно. Я не успел испугаться, только удивился, почему так темно и почему ноги не слушаются.

Кто-то схватил меня за куртку. Потом ещё кто-то. Меня тянули вверх, а я цеплялся за лёд, который крошился под

пальцами. Когда меня вытащили, я сел на снег и долго смотрел в одну точку. Сергей что-то говорил, но я не слышал. У меня стучали зубы, и от этого было сложно сосредоточиться.

Мы дошли до дома молча. Я был мокрый, тяжёлый и очень усталый, будто весь день что-то делал, хотя ничего особенного не произошло. Мама сначала испугалась, потом отругала, потом дала горячий чай. Я сидел, держал кружку обеими руками и смотрел, как поднимается пар.

Ночью я долго не мог уснуть. Мне всё время казалось, что кровать куда-то наклоняется, совсем чуть-чуть, и я пытаюсь поймать это ощущение, но оно каждый раз ускользало. В итоге я уснул, а утром всё было как обычно, я пошёл в школу. Начался новый день.

Про озеро потом почти не вспоминали. Лёд сошёл быстро, и весна сделала вид, что ничего не было. Но бессознательное всё помнит, причём ты можешь об этом даже не догадываться. Так произошло и со мной, может в тот день, а может в другой, но адаптивное расстройство подкралось очень коварно и незаметно — так, что я даже не заметил, как оказался в его власти.

# ЧАСТЬ I. ПОЧЕМУ ЛЮДИ БОЯТСЯ ПСИХИАТРИИ

## ВВЕДЕНИЕ

**О чём эта книга на самом деле**

Эта книга носит научно-популярный и просветительский характер. Она не заменяет очную медицинскую консультацию, диагностику или лечение. Любые вопросы, связанные с психическим здоровьем, лекарственной терапией и клиническими решениями, должны обсуждаться с врачом-психиатром. Цель книги — помочь читателю лучше понимать происходящее с ним, и ориентироваться в системе помощи, а не давать индивидуальные назначения.

**Почему большинство людей с психическими расстройствами никогда не попадают к психиатру**

Эта книга не о «психах» и не о крайних формах психических заболеваний, которые принято показывать в кино или новостных сводках. Она — о большинстве. О людях, которые каждое утро встают, работают, воспитывают детей, платят ипотеку, выполняют социальные роли — и при этом годами живут с психическим расстройством, не имея ни диа-

гноза, ни лечения.

**По данным Всемирной организации здравоохранения, в 2021 году с психическим расстройством жил почти каждый седьмой человек в мире — около 1,1 миллиарда человек.** Психиатрия — это не новая и не маргинальная область медицины. Как научная дисциплина, она существует уже более двухсот лет. Термин «психиатрия» был введён немецким врачом Иоганном Кристианом Рейлем ещё в 1808 году, а современный медицинский подход к психическим расстройствам начал формироваться ещё в конце XVIII века.

То есть речь идёт не о новой моде и не о «психологии из интернета», а о полноценной медицинской специальности с длинной научной историей.

Но книга не про острые психозы и потерю связи с реальностью. Она про то, что происходит гораздо чаще: нервная система теряет способность возвращаться в норму. Это состояние, при котором человек формально продолжает функционировать, но делает это ценой хронической гиперактивации стрессовой системы — состояния, когда организм слишком долго живёт в режиме тревожной готовности. Со временем это приводит к истощению нейромедиаторных механизмов (это химическая система связи в мозге, которая управляет эмоциями, энергией, мышлением и поведением) и постепенному вовлечению тела.

По данным Всемирной организации здравоохранения,

психические расстройства входят в число ведущих причин утраты трудоспособности во всём мире, опережая многие соматические заболевания по совокупному влиянию на качество жизни и экономические потери (WHO, 2017; WHO, 2022).

Депрессивные расстройства (состояния со стойким снижением настроения, энергии и интереса к жизни), тревожные расстройства, расстройства адаптации, нарушения сна, зависимости — это **массовая реальность**.

При этом лишь меньшая часть людей с клинически значимыми (достаточно выраженными, чтобы реально мешать жизни и требовать помощи специалиста) симптомами, когда-либо обращается именно к психиатру. Большинство — либо ограничивается визитом к психологу (специалисту, работающему с переживаниями, поведением и саморегуляцией, но не назначающему лекарства), либо не обращается за помощью вовсе (Kohn et al., 2004; Thornicroft et al., 2017).

Причины этого хорошо описаны в международных исследованиях и клинических руководствах:

страх стигматизации, убеждение, что «само пройдёт», ошибка в интерпретации симптомов как «черты характера», культурно и исторически унаследованное недоверие к психиатрии и, наконец, банальное незнание — **где заканчивается нормальная реакция на стресс и начинается за-**

болевание (Corrigan, 2004; Henderson et al., 2013).

## Как слово «псих» разрушило целую отрасль медицины

В русском языке слово «псих» давно перестало быть нейтральным медицинским термином. Оно используется как оскорбление, социальный ярлык и способ исключения человека из «нормальных». Это напрямую влияет на отношение общества к психиатрической помощи и к самим психическим расстройствам.

Исторически страх перед психиатрией формировался не только языком, но и практиками прошлого. До второй половины XX века психиатрия во многих странах была тесно связана с изоляцией и социальным контролем, а не с лечением — что подробно описано в работах по истории медицины и социальной философии (Foucault, 1961; Porter, 2002).

В результате, в массовом сознании, психиатрия до сих пор ассоциируется не с медицинской специальностью, а с наказанием, утратой свободы и социального статуса. Это вступает в прямое противоречие с реальностью современной клинической психиатрии, которая, в подавляющем большинстве случаев, является **амбулаторной дисциплиной**, опирающейся на доказательную медицину и стандартизированные диагностические системы — ICD-11 и DSM-5-TR (американское диагностическое руководство по психическим расстройствам, World Health Organization, 2019; American Psychiatric Association, 2022).

Психиатр лечит не «личность» и не «характер». Его объект — **синдромы, симптомы и нарушенные биологические, психологические и поведенческие механизмы**. В этом смысле, психиатрическая помощь принципиально не отличается от помощи в других медицинских специальностях.

## **Почему эта книга не оправдывает диагнозы, а объясняет их**

Эта книга не ставит целью оправдывать любые поступки медицинскими диагнозами. Наличие психического расстройства — не отменяет личной ответственности за поведение.

Медицинское объяснение показывает, почему человеку объективно труднее функционировать, принимать решения, регулировать эмоции и поддерживать привычный уровень активности.

Медицинское объяснение — это инструмент. Оно позволяет отделить болезнь от личности, понять структуру симптомов и выбрать адекватную помощь. Современные клинические руководства указывают: своевременная диагностика (определение природы состояния по симптомам, их длительности и влиянию на жизнь) и лечение психических расстройств — существенно улучшают прогноз, снижают риск хронизации и уменьшают вероятность развития сопутствующих соматических заболеваний (APA, 2022; NICE, 2022).

**Где проходит граница между нормой и невротиче-**

## **ским расстройством**

Одна из ключевых тем этой книги — **разграничение трёх состояний**, которые в повседневной речи часто смешиваются.

**Норма** — это широкий диапазон психических реакций на жизненные события, при котором человек, несмотря на стресс, сохраняет способность к восстановлению без медицинского вмешательства.

**Стресс-индуцированная реакция** — это временное нарушение эмоционального и поведенческого равновесия в ответ на значимый стрессор: утрату, развод, переезд, серьёзную болезнь, резкое изменение жизненных обстоятельств. Такие реакции могут сопровождаться тревогой, подавленностью и нарушением сна, но, согласно диагностическим критериям, имеют ограниченную продолжительность и тенденцию к обратному развитию (ICD-11; Casey & Doherty, 2012).

**Невротическое расстройство** — это состояние хронической дисрегуляции, при котором нервная система остаётся в режиме угрозы, даже после завершения стрессора. (DSM-5-TR; ICD-11).

Ключевой маркер — утрата способности к самовосстановлению (способность психики и организма восстановиться без внешнего лечения).

## **Как это выглядит в реальной жизни**

На практике, путь к психическому расстройству почти ни-

когда не начинается внезапно. Чаще — постепенное накопление факторов риска.

Хронический стресс, дефицит сна, отсутствие восстановления, нерегулярное питание и снижение физической активности — сначала проявляются субъективной усталостью и раздражительностью. Со временем присоединяются тревога, соматические жалобы, изменения веса, снижение либидо и ухудшение концентрации внимания. Эти нарушения нередко остаются без психиатрической оценки.

Крупные клинические обзоры показывают, что нелеченные тревожные и депрессивные расстройства — существенно повышают риск сердечно-сосудистых заболеваний, метаболических нарушений и хронической психосоматики (The Lancet Psychiatry, 2016; JAMA Psychiatry, 2018).

## **Распространённые мифы и когнитивные искажения**

**Когнитивные искажения** — устойчивые ошибки мышления, из-за которых человек неверно оценивает себя, ситуацию или будущее.

●  
«Если я работаю и функционирую, значит, я здоров» — многие психические расстройства длительное время совместимы с сохранением привычного уровня функционирования.

●  
«Психиатр — это крайний случай» — а в реальности спе-

циалист первичной медицинской помощи при ряде состояний.



«Психотропные препараты (лекарства, влияющие на настроение, тревогу, сон, мышление и уровень возбуждения) меняют личность» — корректно подобранная терапия направлена на восстановление нарушенных функций, а не на их подавление.



«Можно просто потерпеть» — отказ от лечения статистически повышает риск хронизации и осложнений (Cuijpers et al., 2014).

### **Психолог — не всегда конечная точка**

Психотерапия — важный инструмент, но не универсальное решение.

При наличии клинически значимых симптомов — выраженной депрессии, генерализованной тревоги (постоянная фоновая тревога без одного конкретного источника страха), панических атак, суицидальных мыслей или выраженных психосоматических нарушений — необходима оценка врача-психиатра.

Согласно международным рекомендациям (NICE, 2022; APA, 2022) наилучшие результаты достигаются при комбинированном подходе: фармакотерапия плюс психотерапия.

### **Цена игнорирования**

Нелеченные психические расстройства редко остаются «на месте». Они прогрессируют, вовлекают тело, отношения, карьеру, повышают риск зависимостей и соматических заболеваний. Это не вопрос силы воли — а вопрос времени.

**Личная история: как стресс стал болезнью, а болезнь — нормой**

*Если смотреть на мою жизнь со стороны, долгое время всё выглядело вполне благополучно. Работа, проекты, планы, ощущение движения вперёд. Я был человеком, который привык справляться: брать ответственность, решать проблемы, не жаловаться. Усталость воспринималась как плата за рост, напряжение — как нормальное состояние взрослого человека.*

*Первые серьёзные трещины появились не внезапно, а цепочкой. Сначала — смерть бабушки, потом закрытие бизнеса. Не как громкая катастрофа, а как затяжной, выматывающий процесс: неопределённость, финансовое давление, постоянное чувство, что ты «должен вытянуть». Почти сразу вслед за этим — смерть бабушки. Потери, которые вроде бы «переживаются», потому что «так устроена жизнь», но на самом деле никуда не исчезают.*

*Параллельно ухудшалось состояние матери. Постепенно стало ясно, что речь идёт не о временных трудностях, а о ампутации ноги на высоком уровне у матери и дальнейшей пожизненной инвалидности. Это добавило ещё один слой напряжения — постоянное чувство ответственности.*

сти, тревоги за близкого человека и невозможности всё исправить.

Ничего из этого по отдельности не выглядело как повод «сломаться». Я продолжал функционировать. Делал вид, что справляюсь. И именно в этом была главная ошибка.

Сначала тело начало подавать сигналы, которые легко было проигнорировать. Частые простуды, затяжной тонзиллит, постоянное ощущение воспаления. Потом — проблемы с желудком, гастрит, дискомфорт, который списывался на питание и стресс. Сон стал поверхностным, восстановление — неполным. Появился набор веса, хотя рацион принципиально не менялся. Казалось, что организм просто «разбалансировался».

Я ходил к врачам. Лечил горло. Корректировал диету. Принимал препараты «по профилю». Каждая проблема рассматривалась отдельно, как будто между ними не было связи. И ни у меня, ни у специалистов долгое время не возникало мысли, что это не набор случайных диагнозов, а единый процесс.

В какой-то момент я заметил, что моя норма незаметно сдвинулась. То, что раньше считалось плохим самочувствием, стало привычным фоном. Постоянная усталость — «обычное состояние». Раздражительность — «характер». Отсутствие радости — «возраст и обстоятельства». Я не чувствовал себя «больным». Я чувствовал себя человеком, который просто живёт сложную жизнь.

*Оглядываясь назад, я понимаю, что это и было самое опасное состояние. Не острый кризис, не срыв, не дно — а медленное привыкание к ухудшению. Когда психика перестаёт справляться, а тело берёт на себя нагрузку. Когда стресс не проживается, а накапливается, превращаясь в воспаление, спазм, лишний вес, хронические заболевания.*

*Я не пришёл к психиатру сразу. Перед этим я год потрастил на психологов, которые тоже считали меня абсолютно здоровым. Долгое время сама мысль «пойти к психиатру» казалась избыточной: «я же не сумасшедший», «у меня нет депрессии», «я просто устал». Но именно это отрицание и позволяло состоянию закрепляться.*

*Позже, уже с дистанции, стало ясно: все эти соматические проблемы не были случайными. Они были языком, на котором психика пыталась сообщить, что ресурс исчерпан. И что дальше — либо помощь, либо дальнейшее разрушение, только более медленное и дорогое по последствиям.*

### **Зачем эта история здесь**

Эта история не о слабости и не о «плохой судьбе». Она о том, как **расстройство невротического спектра может выглядеть максимально неброско** — в виде тела, веса, хронических воспалений и постоянного напряжения. О том, как легко пропустить момент, когда адаптация заканчивается и начинается болезнь. Под адаптацией подразумевается способность психики и организма приспособливаться к нагрузке, и затем возвращаться к устойчивому состоянию.

Эта книга — не про крайности.

Она про такие истории. Самые распространённые. Самые незаметные. И часто — игнорируемые.

Эта книга написана не для самодиагностики, а для **осознанного обращения за помощью**. Когда она действительно нужна — часто уже в тот момент, когда всё ещё кажется, что «терпимо».

## Несколько слов об авторе

И о том, почему я решил написать эту книгу.

По образованию я исследователь в области био-нанотехнологии, окончил специалитет и аспирантуру естественно-научного факультета, работал ученым в академической среде и участвовал в исследованиях, связанных с молекулярной биологией и биохимией человека.

Моя работа была связана с анализом сложных биологических систем, научными публикациями и прикладными исследовательскими проектами. Этот опыт сформировал у меня привычку смотреть на любые процессы, включая психические, через призму физиологии, научных данных и проверяемых фактов.

Поэтому в книге я стараюсь говорить о психических расстройствах не языком мифов и страхов, а языком медицины и науки для наилучшего восприятия непрофильного читате-

ля.

## Глава 1. От страха к медицине

# Исторический страх психиатрии

Для значительной части людей слово «психиатрия» до сих пор вызывает не ассоциации с медицинской помощью, а тревогу, стыд и опасение последствий. В массовом сознании оно связано не с лечением, а с изоляцией, принуждением и утратой контроля над собственной жизнью. Этот страх редко формулируется прямо, но именно он часто определяет ключевое решение: **не обращаться за помощью**, даже когда симптомы уже мешают жить.

Важно сразу обозначить: этот страх не возник на пустом месте. Он имеет исторические, культурные и социальные корни — поэтому столь устойчив.

На протяжении длительного времени психиатрия, действительно, развивалась как система управления «отклонениями» от социальной нормы, к сожалению, там не было места для клинической медицины. До середины XX века большинство психических состояний рассматривались через призму опасных или нежелательных форм поведения. Лечение в значительной мере сводилось к изоляции человека от общества, а не к восстановлению его функционирования. Исследования в областях нейробиологии и клиниче-

ской симптоматики ещё только набирали свою массовость (Foucault, 1961; Porter, 2002).

Отсутствие знаний о механизмах психических расстройств, нехватка эффективных терапевтических средств и смешение медицинских, моральных и правовых подходов, формировали образ психиатрии как пространства наказания, а не помощи. Этот образ оказался чрезвычайно живучим.

Даже после того, как психиатрия начала быстро меняться, культурная память о прежних практиках продолжала передаваться через язык, семейные истории, массовую культуру и социальные страхи.

## **Карательная психиатрия и её культурный след**

В странах постсоветского пространства этот страх усилился за счёт специфического исторического опыта. Использование психиатрических диагнозов в политических и репрессивных целях во второй половине XX века подробно задокументировано и официально признано злоупотреблением медициной и нарушением прав человека (World Health Organization, *Human Rights and Mental Health*).

Этот опыт **не был медицинским**. Он не имел отношения ни к клинической психиатрии, ни к лечению, ни к современным диагностическим системам. Это был политический ин-

струмент, использующий медицинскую риторику.

Однако, культурные последствия этого периода оказались долговременными. В общественном сознании до сих пор живут устойчивые страхи:

- «Поставят на учёт»

- «Испортят документы и будущее»

- «Закроют в больнице»

- «Это клеймо навсегда»

Эти опасения редко соотносятся с реальной практикой современной психиатрии, но продолжают определять поведение людей. Особенно — людей с пограничными и адаптационными расстройствами, которые не считают своё состояние «достаточно тяжёлым», чтобы рисковать обращением к психиатру.

Между тем, современная психиатрия принципиально отличается от исторических форм. Сегодня она является клинической медицинской дисциплиной, опирающейся на доказательную базу, нейробиологию и стандартизированные диагностические критерии. Диагностика и лечение основаны на международных классификациях ICD-11 (World Health Organization, 2019) и DSM-5-TR (American Psychiatric Association, 2022), а также на клинических рекомендациях

NICE и АРА.

Право на конфиденциальность психиатрической помощи закреплено не только в международных нормах, но и в российском законодательстве.

На международном уровне эти принципы отражены в документах Всемирной организации здравоохранения и общих стандартах медицинской этики.

В России аналогичные гарантии обеспечиваются системой здравоохранения, включая Министерство здравоохранения Российской Федерации и надзорные органы, такие как Росздравнадзор.

Медицинская информация о пациенте защищена законом и не подлежит передаче третьим лицам. Исключения возможны только в строго определённых случаях, например по решению Суда Российской Федерации.

При этом данные не передаются автоматически в военные комиссариаты, правоохранительные органы или другие государственные структуры.

В подавляющем большинстве случаев, психиатрическая помощь носит **амбулаторный (без госпитализации; человек получает помощь и живёт дома), добровольный и конфиденциальный характер.**

Принудительное лечение рассматривается как крайняя мера, и применяется строго по юридическим основаниям —

исключительно при наличии прямой угрозы жизни или безопасности (WHO; NICE).

## **От изоляции к диагнозу: как изменилась психиатрия**

Исторически первые психиатрические учреждения создавались как места содержания, а не лечения. Люди с психозами, деменцией, эпилепсией, тяжёлыми депрессиями и интеллектуальными нарушениями — оказывались в одних и тех же учреждениях, без дифференциации диагнозов и индивидуального подхода.

Перелом произошёл во второй половине XX века, когда начали стремительно развиваться:



клиническая психофармакология;



нейрохимия и нейрофизиология;



методы нейровизуализации;



систематические клинические исследования.

Появление антипсихотиков (лекарств, применяемых, главным образом, при психотических состояниях, а иногда и при других расстройствах) и антидепрессантов (лекарства для лечения депрессии, тревоги и некоторых связанных со-

стояний) в 1950–1960-х годах стало ключевым моментом, позволившим не изолировать пациента, а **снижать выраженность симптомов, и возвращать человека к жизни в обществе** (Healy, *The Creation of Psychopharmacology*; обзоры *The Lancet Psychiatry*).

Параллельно формировалась современная диагностическая логика: диагноз стал не ярлыком, а **рабочей клинической моделью**, необходимой для выбора лечения, оценки тяжести состояния и прогноза. Именно этот принцип закреплён в современных руководствах АРА и NICE.

## **Почему страх всё ещё управляет решениями людей**

Несмотря на радикальные изменения в самой психиатрии, общественное отношение к ней меняется значительно медленнее. В результате возникает парадокс:

*«Современная психиатрия — медицинская, амбулаторная и доказательная, а решения людей по-прежнему основаны на страхах прошлого»*

Особенно это касается состояний, находящихся в «серой зоне» между нормой и тяжёлым заболеванием: адаптационных расстройств, тревожных и депрессивных состояний лёгкой и средней степени, хронического стресса с психосоматическими проявлениями.

Человек продолжает работать, выполнять обязанности,

сохранять внешнюю функциональность. Поэтому считает обращение к психиатру избыточным или опасным. Он выбирает терпение, самоконтроль, эзотерику, «работу над собой», длительную психотерапию без медицинской оценки. Страх оказывается сильнее симптомов.

Эпидемиологические данные ВОЗ (статистические данные о распространённости состояний и закономерностях их возникновения в больших группах людей) показывают, что большинство людей с депрессивными и тревожными расстройствами сохраняют социальное и профессиональное функционирование (способность выполнять обычные жизненные задачи: работать, думать, заботиться о себе, строить отношения, принимать решения), что и делает их состояния менее заметными для окружающих и самих себя (WHO, *Depression and Other Common Mental Disorders*). Люди не идут к психиатру, потому что не распознают момент перехода от перегрузки к болезни.

Игнорирование психического расстройства — это выбор в сторону фактора долгосрочного медицинского риска.

## **Личная история: когда тело говорит вместо психики**

*Мой путь к психиатру начался не с тревоги, не с подавленного настроения и не с ощущения, что «что-то не так с головой». Он начался с тела.*

Сначала заболело колено. Ничего особенного — тянущая боль, дискомфорт при нагрузке, тем более я всегда любил активный спорт. Я пошёл к врачам, сделал обследования, исключал травмы, воспаления, искал причину. Колено то проходило, то напоминало о себе снова. Параллельно начались проблемы с горлом: постоянное ощущение воспаления, першение, слабость, субфебрильная температура. Диагноз звучал относительно спокойно — тонзиллит. Неприятно, но вроде бы объяснимо. При том, моя мама подтвердила наличие у неё хронического тонзиллита в моём возрасте, и я сопоставил это как унаследованный недуг.

В какой-то момент я начал подозревать худшее. Мне казалось, что у меня пневмония. Хотя объективных признаков не было, но общее состояние ухудшалось: слабость, нехватка воздуха, ощущение, что организм «не тянет». Ещё и в новостях рассказали о недавней вспышке пневмонии. Я делал рентгены, КТ, сдавал анализы. Искал ту самую «злосчастную пневмонию», которой, как выяснялось раз за разом, не было.

Я тратил время, деньги, ресурсы. Ходил от врача к врачу. Каждый раз получал подтверждение: с лёгкими всё в порядке. Максимум — хронический тонзиллит. Болезнь неприятная, но не опасная. И, главное, долгая. «С этим живут», — говорили мне.

Я принял это как факт. Начал «жить правильно». Диета, спорт, режим. Я ограничивал питание, старался тре-

нироваться, контролировать вес, делать всё «как положено». Формально — я заботился о здоровье. Фактически — состояние продолжало ухудшаться.

Я стал хуже спать. Сон стал поверхностным, прерывистым, невосстанавливающим. Утром я вставал уставшим. Несмотря на диету и физическую активность, вес начал расти. Это было особенно деморализующе: делаю «всё правильно», а организм будто игнорирует усилия.

Позже выяснилось, что горло болело не только из-за тонзиллита. Обследования показали гастрит и выраженный рефлюкс. Кислота раздражала слизистую, провоцируя хроническое воспаление горла. Ещё один кусок мозаики встал на место. Но и это не давало ощущения целостной картины. Каждый диагноз существовал как будто отдельно: горло, желудок, сон, вес, усталость.

Я начал работать с психологами. Разговоры постепенно сводились к одной и той же мысли: это похоже на психосоматику. На реакцию организма на хронический стресс. Это звучало логично, но не давало ответа на главный вопрос — что с этим делать? Мы обсуждали эмоции, напряжение, ответственность, но состояние не менялось.

Переломный момент случился неожиданно. Я наткнулся на историю одного блогера, который описывал почти идентичную картину: бесконечные походы по врачам, соматические симптомы, «чистые» анализы, ухудшение сна, набор веса, ощущение, что организм живёт своей жизнью. Он рас-

сказывал, что решил проблему не очередным обследованием и не очередной диетой, а походом к психиатру.

Просто — расстройство невротического спектра на фоне длительного стресса. Несколько визитов, корректировки терапии, и через четыре приёма он описывал жизнь как «качественно другую»: с нормальным сном, энергией и ощущением, что тело снова под контролем.

Я не пошёл к психиатру сразу. Даже тогда мысль казалась странной: «У меня же нет депрессии», «Я не псих», «У меня всё объясняется телом». Но именно эта логика и удерживала меня в замкнутом круге.

Когда я всё-таки пришёл на приём, никакой драмы не произошло. Никаких «страшных диагнозов». После первой же коррекции стало ясно: да, это было расстройство невротического спектра. Реакция психики на длительный стресс, которая давно вышла за рамки нормы и начала проявляться через тело.

Изменения не были мгновенными, но они были ощутимыми. Сон начал выравниваться. Ушло постоянное внутреннее напряжение. Организм перестал «саботировать» попытки восстановиться. Самое важное — появилось понимание, что всё это время проблема была не в слабости, не в лени и не в «плохом характере».

Оглядываясь назад, я ясно вижу, насколько незаметным было это расстройство. Я не выпадал из жизни. Я функционировал и откладывал помощь. И, к сожалению, тело

*взяло на себя роль сигнальной системы — через воспаление, усталость, сон, вес, перепады настроения.*

*Эта история — про типичный сценарий. Про то, как адаптация ломается тихо. И про то, как иногда самый рациональный шаг — это перестать искать очередную «пневмонию», и признать, что проблема давно вышла за пределы одного органа. Как говорится — «рыба всегда гниёт с головы».*

Главная проблема не в том, что люди не страдают. Главная проблема в том, что они слишком долго не считают своё страдание медицинской историей. И именно с этого непонимания начинается весь дальнейший маршрут книги.

## Глава 2. Кто такой психиатр в реальности

### Психиатр ≠ «врач для сумасшедших»

Психиатра в массовом сознании часто представляют как специалиста «на самый крайний случай». К нему, чаще, идут тогда, когда все остальные варианты уже исчерпаны: когда человек не справляется, теряет контроль или становится опасным для себя и окружающих. В этой логике психиатр оказывается не врачом, а последней инстанцией — чем-то средним между медициной и социальной санкцией.

Парадокс в том, что **в реальной клинической практике всё устроено ровно наоборот.**

Современный психиатр чаще всего работает не с крайними состояниями, а с самыми ранними и «незаметными» формами психической дезадаптации (состояние, при котором человек хуже справляется с жизненной нагрузкой, и перестаёт нормально восстанавливаться). Его типичный пациент — человек, который продолжает функционировать, но делает это ценой постоянного внутреннего напряжения, ухудшения сна, соматических симптомов и постепенного истощения.

Поэтому психиатр так плохо вписывается в привычный

стереотип. Он не «чинит безумие», а **оценивает**, где **нарушилась регуляция**: сна, тревоги, настроения, стресса, адаптации. Его работа начинается там, где организм уже не возвращается к исходному состоянию сам, но ещё не дошёл до тяжёлых форм расстройства.

Данные эпидемиологических исследований показывают, что основную долю обращений к психиатрам во всём мире составляют тревожные, депрессивные и адаптационные расстройства, а также нарушения сна и психосоматические состояния, а не психозы (World Health Organization, 2022). Это означает, что психиатр в реальности чаще сталкивается с **утратой способности восстанавливаться**.

Если упростить, современный психиатр — это врач, который работает с тем моментом, когда человек ещё «держится», но уже давно живёт не в норме. Его роль объективно ближе к врачу первой линии при дезадаптации, чем к специалисту по «крайним случаям».

## **Психиатр, психотерапевт и психолог: в чём реальная разница**

Путаница между этими ролями — одна из ключевых причин, по которой люди годами не получают адекватной помощи.

**Психиатр** — это врач с медицинским образованием. Его задача — диагностика и лечение психических расстройств

как медицинских состояний. Психиатр имеет право:



ставить клинический диагноз;



назначать медикаментозное лечение;



оценивать риски (суицидальные, соматические, поведенческие);



вести пациента динамически, отслеживая изменения состояния.

**Психотерапевт** — специалист, работающий с психотерапевтическими методами лечения. В разных странах это может быть врач или психолог с дополнительной подготовкой. Психотерапия эффективна при многих состояниях, но не заменяет медицинскую оценку там, где задействованы биологические механизмы.

**Психолог** — специалист, работающий с психикой в рамках нормы и пограничных состояний. Он помогает осмысливать переживания, выстраивать стратегии совладания (способы, которыми человек пытается справиться со стрессом и тревогой), улучшать навыки саморегуляции. При этом, психолог **не ставит медицинских диагнозов и не лечит психические расстройства** в клиническом смысле.

Современные клинические руководства подчёркивают: при наличии симптомов, выходящих за рамки норматив-

ной адаптивной реакции (временное ухудшение состояния в ответ на стресс, которое постепенно ослабевает), психолог обязан рекомендовать консультацию психиатра (NICE, 2022; APA, 2022). Отсутствие такого направления = отсрочка помощи.

## **Как это выглядит в реальной жизни**

В реальности нарушение регуляции редко выглядит драматично. Чаще она проявляется через сочетание бытовых изменений:

- хроническая усталость и ощущение, что восстановление больше не происходит;
- нарушение сна — поверхностный, прерывистый, не дающий отдыха;
- снижение концентрации и продуктивности;
- соматические жалобы без чёткой органической причины;
- раздражительность, эмоциональная притуплённость или тревожный фон;
- постепенное сужение интересов и избегание нагрузок.

Эти симптомы часто годами воспринимаются как «характер», «возраст», «обстоятельства» или «плата за ответственность». Так человек сначала идёт к терапевтам, гастроэнтерологам, неврологам — и лишь в последнюю очередь задумывается о психиатрической оценке.

## **Почему люди не доходят до психиатра**

Причины хорошо описаны в международных исследованиях стигмы и барьеров к лечению (Corrigan, 2004; Thornicroft et al., 2017):

- страх «учёта» и юридических последствий;
- убеждение, что психиатр — это крайняя мера;
- недоверие к психиатрии как к науке;
- вера в то, что «надо просто потерпеть»;
- подмена медицинской помощи эзотерикой и псевдопрактиками.

Особенно уязвимы здесь люди с адаптационными и пограничными расстройствами: они достаточно функциональны, чтобы сомневаться в необходимости врача, и достаточно истощены, чтобы годами откладывать помощь.

# **Псевдопомощь как ловушка дезадаптации**

Когда медицинская помощь пугает, человек ищет альтернативы. Магические практики, таро, шаманы, «энергетическая чистка» и бесконечные курсы «работы с собой» дают кратковременное чувство контроля. Это объясняется механизмами плацебо (улучшение состояния за счёт ожидания помощи, а не специфического лечебного действия метода) и магического мышления, которые особенно активируются в условиях неопределённости и стресса.

Проблема не в «глупости» людей, а в том, что такие подходы **не диагностируют и не лечат расстройство**. Они лишь отсрочивают момент, когда адаптация может быть восстановлена медицинскими средствами.

## **Личная история: иллюзия контроля**

*Когда медицинская логика перестаёт давать ответы, а состояние продолжает ухудшаться, человек почти неизбежно начинает искать другие объяснения. Я не был исключением.*

*К тому моменту я уже прошёл через множество врачей, обследований и диагнозов, которые существовали каждый сам по себе, но не складывались в цельную картину. Анали-*

зы были «в целом нормальные», серьёзной органической патологии не находили, а самочувствие при этом продолжало медленно сползать вниз. Именно в этот момент появляется ощущение, что проблема лежит где-то «глубже» — за пределами привычной медицины.

Так я оказался в пространстве магических объяснений.

Я обращался к людям, которые называли себя целителями, проводниками, практиками. Мне объясняли, что причина моего состояния — «энергетические блоки», «чужое воздействие», «нарушенные связи», «подселенцы». Звучало это странно, но в тот момент странным казалось и всё остальное. Когда рациональные попытки не дают результата, границы критичности сдвигаются.

Я платил серьёзные деньги за «очищающие» ритуалы. Мне вручали заговорённые свечи, которые нужно было зажечь в определённое время, произносить специальные слова, а затем обязательно выбрасывать остатки в реку — «чтобы ушло всё лишнее». Были и другие действия, не менее символические и столь же бессмысленные с медицинской точки зрения.

В моменте это действительно давало эффект.

После ритуалов появлялось кратковременное ощущение облегчения, словно ситуация наконец-то начала поддаваться контролю. Возникало чувство, что я что-то делаю, что процесс запущен, что теперь осталось «подождать». Это

ощущение контроля было почти наркотическим — и именно в этом его опасность.

Через несколько дней состояние возвращалось к прежнему фону. Симптомы не исчезали. Сон не улучшался. Тепло продолжало реагировать так же. Тогда находилось новое объяснение: «ритуал нужно повторить», «блок оказался сильнее», «надо усилить работу». Цикл замыкался.

Оглядываясь назад, я понимаю: магические практики не решали проблему и даже не пытались её понять. Они работали исключительно с тревогой — временно снижая её за счёт ритуала и символического действия. Это был не путь к восстановлению, а дорога отсрочить встречу с реальной причиной.

Самое опасное в этом опыте было не потерянное время и не потраченные деньги, хотя и того, и другого было немало. Самым опасным было то, что на фоне иллюзии контроля исчезало ощущение срочности. Казалось, что помощь уже «оказывается», что процесс идёт. На самом деле, нарушение регуляции продолжало углубляться.

Магическая псевдопомощь так легко удерживает людей с адаптационными и пограничными расстройствами, потому что критичность к своему состоянию может быть снижена — человек легче верит в то, что обещает быстрое решение.

Магическая псевдопомощь не требует признать болезнь. Она не требует обратиться к врачу. Она не ставит непри-

*ятных вопросов. Она даёт простое объяснение и быстрый, пусть и мнимый, эффект.*

*Когда позже я всё-таки пришёл к психиатру, контраст был разительным. Вместо абстрактных причин — конкретные механизмы. Вместо символических действий — понятный план. Вместо обещаний «очищения» — объяснение, что лечение будет длительным и работа с тем, что реально было нарушено: регуляцией стресса, сна, тревоги.*

*Этот опыт не делает меня «наивным» в прошлом. Он делает видимым то, насколько естественно человек в состоянии дезадаптации тянется к любому источнику контроля, даже если этот контроль иллюзорен.*

## **Краткий чек-ап дезадаптации**

Психологическая помощь важна, но есть чёткие сигналы, при которых необходима консультация психиатра:

- симптомы сохраняются более нескольких месяцев;
- нарушены сон, аппетит и уровень энергии;
- психотерапия не даёт динамики;
- присутствуют выраженные психосоматические проявления;
-

появляются суицидальные мысли (мысли о смерти, самоповреждении или нежелании жить) или стойкое чувство безнадежности.

Международные рекомендации подчёркивают, что именно **комбинированный подход**: психиатрическая оценка плюс психотерапия — даёт наилучшие результаты при адаптационных, тревожных и депрессивных расстройствах (NICE, 2022; APA, 2022).

### **Как выглядит первичный приём у психиатра**

В реальности первичный приём — совсем не связан с «постановкой на учёт» и немедленным назначением препаратов. Это клиническое интервью (подробная беседа врача с пациентом о симптомах, их развитии и жизненном контексте), в ходе которого врач:

уточняет симптомы и их динамику;

оценивает связь с жизненными стрессорами;

исключает соматические и неврологические причины;

определяет, где проходит граница между адаптацией и расстройством;

предлагает возможные варианты помощи — от психообразования и наблюдения до терапии.

Во многих случаях медикаменты либо не назначаются вообще, либо используются временно и в минимально эффективных дозах (наименьшая доза лекарства, которая уже даёт лечебный эффект), строго индивидуально.

**Мини-список «Что важно запомнить перед первым**

## **ВИЗИТОМ»:**

- психиатр — базовый врач как и любой другой;

- первый приём — это разговор и оценка;

- психолог и психиатр не конкуренты;

- страх перед врачом часто лечит не состояние, а отсрочку.

# ЧАСТЬ II. МИФЫ, СТРАХИ И ЮРИДИЧЕСКИЕ «СТРАШИЛКИ»

## Глава 3. «Учёт», реестры и другие мифы

Один из самых устойчивых страхов, связанных с психиатрией, звучит примерно так:

*«Если я схожу к психиатру — меня поставят на учёт, занесут в реестр, и это ломает мне жизнь».*

Этот страх — ключевая причина, по которой миллионы людей в странах СНГ годами живут с депрессией, тревожными и адаптационными расстройствами, психосоматикой и зависимостями, но избегают врача. При этом сам страх основан не на реальном устройстве системы здравоохранения, а на смеси советского опыта, слухов и юридических недоразумений.

Разберём это по пунктам.

### **Существует ли психиатрический «учёт»**

В том виде, в котором его себе представляет большинство

людей — **нет**.

В современной медицинской практике не существует универсального «учёта», на который автоматически попадает человек после консультации у психиатра. Нету не реестра, не «чёрного списка» и конечно нет пожизненной метки.

Исторически термин «учёт» использовался в СССР и означал **диспансерное наблюдение** — форму длительного медицинского сопровождения пациентов с тяжёлыми хроническими психическими заболеваниями, представляющими риск для себя или окружающих. Этот термин давно **не используется в законодательстве**, но продолжает жить в массовом сознании.

Сегодня юридически корректные формы выглядят так:



разовая консультация;



амбулаторное наблюдение (по показаниям);



диспансерное наблюдение (строго ограниченный круг диагнозов);



стационарное лечение.

Подавляющее большинство людей, обратившихся к психиатру с депрессивной реакцией, тревожным расстройством, расстройством адаптации, паническими атаками или бессонницей, **не попадут под диспансерное наблюдение**.

# Медицинская тайна и реальные риски

**Медицинская тайна** — это обязанность врача не раскрывать сведения о пациенте без законных оснований.

Психиатрическая помощь подчиняется тем же принципам медицинской тайны, что и любая другая область медицины.

Информация о факте обращения, диагнозе и лечении:



**не передаётся**

работодателю,



**не поступает**

в военкомат автоматически,



**не попадает**

в банки, суды, ЗАГСы и другие органы.

Передача возможна **только** в строго определённых законом случаях:



при наличии судебного решения;



при прямой угрозе жизни пациента или окружающих;



при прохождении обязательных медицинских комиссий для отдельных видов деятельности (например, работа с ору-

жем).

**Сам факт обращения к психиатру не создаёт юридических последствий.** Особенно если вы обращаетесь к частному специалисту в частную клинику.

Последствия возможны только при наличии тяжёлых психических расстройств, ограничивающих дееспособность или безопасность — и даже тогда они оформляются отдельной юридической процедурой.

## **Что происходит после консультации**

Типичный сценарий первой консультации выглядит так:



Сбор жалоб и анамнеза.



Разграничение:



нормальной стрессовой реакции,



расстройства адаптации,



депрессивного или тревожного расстройства,



соматического заболевания с психическими проявлениями.

ми.



Обсуждение вариантов:



наблюдение без медикаментов;



психотерапия;



медикаментозная поддержка;



комбинация методов.

После консультации **ничего «автоматического» не происходит.**

Нет постановки на учёт, нет уведомлений, нет ограничений прав.

Человек уходит с пониманием своего состояния — или, что часто не менее важно, с подтверждением, что его состояние **не является психическим заболеванием.**

## **Разница между консультацией, наблюдением и госпитализацией**

Здесь возникает ещё один источник паники — смешение

понятий.

## **Консультация**

Разовый или редкий визит к врачу. Юридически ничем не отличается от визита к терапевту.

## **Амбулаторное наблюдение**

Временное медицинское сопровождение, чаще всего при обратимых состояниях. Может быть прекращено в любой момент при улучшении состояния.

## **Диспансерное наблюдение**

Применяется при ограниченном числе тяжёлых психических расстройств. Назначается не «по желанию врача», а по строгим клиническим и юридическим критериям.

**Госпитализация** — помещение в стационар для лечения или наблюдения.

Добровольная — по согласию пациента

. Недобровольная — исключительно по решению суда и при наличии угрозы жизни.

Для подавляющего большинства людей, читающих эту книгу, **госпитализация не имеет никакого отношения к их реальности**, но именно она чаще всего фигурирует в страшилках.

# История

*«Моя мама не шла к психиатру десятки лет, несмотря на то, что она была высокообразованная и воспитана в интеллигентной семье.*

*Она пережила чеченскую войну, вынужденный статус беженца, алкоголизм мужа, нищету и беспредел 90-х, после — смерть мужа, смерть матери и отца, и единственного родного брата, полную потерю имущества*

*. Она жила в постоянном напряжении, заедала стресс, не занималась спортом*

*м. Появился лишний вес, потом диабет. Диабет приобрёл запущенную форму гангрены ноги, а затем — ампутация. Итого: инвалидность I группы и смерть в возрасте 64 лет.*

*Я уверен, что значительную часть этой цепочки можно было остановить.*

*Не таблеткой «от головы»*

*. А вовремя оказанной психиатрической помощью.*

*Но страх «учёта», страх клейма, страх осуждения оказался сильнее медицины.*

*И таких историй — миллионы в разных странах*

*. Люди не сходят с ума — они медленно разрушаются, потому что боятся врача».*

Эта история не является исключением или трагической случайностью. Это типичный сценарий жизни человека, который годами живёт в хроническом стрессовом состоянии, но не позволяет себе помощи из-за социальных мифов.

### **Вывод**

Миф о «психиатрическом учёте» — один из самых разрушительных социальных мифов постсоветского пространства.

Он не защищает людей. Он лишает их шанса остановить болезнь **до того**, как она становится необратимой.

Психиатр — это врач, к которому чаще всего приходят **слишком поздно**.

## Глава 4. Добровольная и принудительная помощь

**«Меня же закроют?» — фраза, из-за которой люди не доходят до врача**

*- Я, наверное, схожу к психиатру...*

*- Ты что? А если «поставят на учёт»?*

*- А как же потом права/работа/поездки?*

*- И вообще: «психиатрия» — это же про тяжёлых, опасных...*

Этот короткий диалог, почти универсальный. Он появляется даже там, где человек уже не спит неделю, перестал радоваться, срывается на близких и живёт на кофеине и тревоге. И парадокс в том, что именно те состояния, с которыми люди чаще всего приходят — тревожные, депрессивные, адаптационные, панические, соматоформные, ОКР-подобные (навязчивые мысли, проверки и ритуалы, снижающие тревогу лишь на короткое время) — почти никогда не имеют отношения ни к «опасности», ни к насилию, ни к при-

нудительным мерам.

В этой главе простая карта: как в реальности устроена профессиональная помощь, почему она почти всегда добровольная, в каких редких случаях возможна недобровольная госпитализация (помещение человека в стационар без его согласия в исключительных случаях тяжёлого риска), и откуда берётся (и чем питается) страх приёма психиатра.

## **Почему люди чаще не обращаются — и что говорят цифры**

Если вынести за скобки стыд и мифы, остаётся сухая реальность: у огромного числа людей симптомы есть, а помощи — нет. Это называется **treatment gap** — «разрыв в лечении» (ситуация, при которой у многих людей есть симптомы, но они не получают нужную помощь). По обзорам, он остаётся высоким для большинства распространённых расстройств, особенно тревожных и депрессивных (Kohn et al., 2004; Henderson et al., 2013; Mekonen et al., 2021; Alonso et al., 2018).

Важно понять две вещи.

**Во-первых, большинство людей с тревогой/депрессией не попадают ни в какие стационары.** Они живут «на автопилоте»: ходят на работу, растят детей, шутят в чатах — и параллельно каждую ночь ведут переговоры со своим мозгом, пытаясь уснуть.

**Во-вторых, обращение к психиатру в подавляющем большинстве случаев — добровольный шаг.** Даже там, где есть стационары и «жёсткая» инфраструктура, доля недобровольных госпитализаций среди психиатрических поступлений, по европейским данным, колеблется примерно от единиц процентов до нескольких десятков, в зависимости от страны и системы (Silva et al., 2018). Это крайняя ветка маршрута.

Главная статистика, которую стоит держать в голове, звучит не как: «сколько людей принудительно госпитализируют», а так: **сколько людей годами живут с симптомами и не получают поддержки.**

## **Добровольная помощь: что происходит на самом деле**

Самый частый сценарий выглядит скучно — и в этом его хорошая новость.

**Человек приходит на приём** (часто уже после психолога, терапевта, невролога или «всех сразу»).

На приёме врач:



уточняет жалобы и их динамику (когда началось, что усиливает/ослабляет);



анализирует сон, тревогу, настроение, панические эпизоды, навязчивости, избегание (стремление не сталкиваться с тем, что вызывает тревогу, напряжение или дискомфорт);

- задаёт вопросы про безопасность (в том числе, про суицидальные мысли — так устроен стандарт);

- оценивает влияние на работу/семью/быт;

- при необходимости рекомендует обследования, чтобы не пропустить соматические причины (например, проблемы щитовидной железы, дефициты, побочные эффекты лекарств — в зависимости от картины).

Дальше обычно есть несколько направлений, и они не взаимоисключающие:

- психотерапия с доказательной базой (например, СВТ и родственные подходы — в зависимости от задачи);

- работа со сном и ритмами (режим, поведенческие техники, при необходимости — медикаментозная поддержка);

- психофармакотерапия (лечение психических расстройств с помощью лекарств), если симптомы выражены или затянулись (классы препаратов обсуждаются спокойно и прагматично — как инструмент, а не как «клеймо»), (NICE, 2022;

АРА, 2022).

Конкретные схемы терапии и лекарственные назначения всегда определяются врачом-психиатром после очной оценки состояния.

## **Когда возможна принудительная госпитализация — и почему это редкость**

Чтобы не оставлять место фантазиям, скажем прямо: **принудительные меры существуют**. Но их смысл — не «наказать» и не «закрыть неудобного», а **быстро защитить человека и окружающих в ситуации острого риска**, когда отсутствие подобной помощи может привести к необратимым последствиям.

Если убрать юридические детали и оставить клиническое ядро, в большинстве систем критерии вращаются вокруг трёх оснований:

**непосредственная опасность для себя или других** (острый риск самоповреждения/суицида или агрессии);

**тяжёлая беспомощность** — человек не способен обеспечить базовые потребности и безопасность;

**резкое ухудшение состояния**, при котором отказ от помощи ведёт к серьёзному вреду (Saya et al., 2019).

В российском контексте логика оснований формулируется схожим образом, и закреплена как исключительный ре-

жим с судебным контролем (участие суда в проверке и утверждении некоторых принудительных медицинских мер); это видно, в частности, из описания оснований и процедур в материалах по делам против России в ЕСПЧ, где обсуждаются критерии и необходимость судебного рассмотрения (HUDOC: Rakevich v. Russia; Bataliny v. Russia).

Теперь ключевое: **тревожно-депрессивные (сочетание тревоги и сниженного настроения) и адаптационные состояния почти никогда не подпадают под эти основания.** Человек может страдать, плакать, не спать, быть раздражённым — но при этом сохранять критичность, контакт и способность принимать решения. И в таких случаях разговор почти всегда о добровольной помощи: амбулаторной, иногда — дневной, иногда — краткой поддержке сна, иногда — о терапии и реабилитации.

## **Почему «принудилровка» всё равно пугает: три источника страха**

Страх часто держится не на реальности, а на смеси трёх вещей.

### **1) Советская культурная память**

Тема «карательной психиатрии» оставила глубокий след. Даже если человек родился позже, он вырос в поле историй. Это важно признать как культурный факт.

## 2) Непрозрачность языка и процедур

Когда люди слышат слова «госпитализация», «недобровольно», «комиссия», мозг рисует худший сценарий. И, если никто не объяснил границы и редкость этих мер, воображение додумывает остальное.

## 3) Подмена понятий: диагноз = клеймо

Диагноз путают с «пожизненным ярлыком». На практике же диагноз — это рабочая гипотеза о том, как устроены симптомы сейчас, и какие методы помогают чаще всего (WHO, 2019; APA, 2022).

## «Психические расстройства = насилие?» Нет. И вот почему это миф

Связка «психиатрия — значит опасность» живёт удивительно долго, хотя на уровне данных она крайне груба.

Что важно держать в голове:

**Большинство людей с психическими расстройствами не совершают насильственных действий.**

Согласно профессиональным обзорам (Appelbaum, 2015; Focus, 2026), вклад тяжёлых психических состояний в общий объём насилия в обществе — небольшой.

**Сильнее всего повышают риск не диагнозы «про**

## **тревогу», а сочетания факторов.**

Риск растёт, когда сходятся: злоупотребление алкоголем/наркотиками, прошлое насилие, социальная дезорганизация, тяжёлые личностные нарушения, отсутствие поддержки и лечения. Отдельные категории (например, антисоциальное расстройство личности) статистически связаны с более высоким риском, но и там речь идёт о вероятностях и контекстах, а не о «приговоре по паспорту» (Chow et al., 2023).

**Люди с психическими расстройствами чаще оказываются жертвами, чем агрессорами.**

Этот факт хуже запоминается, но он критически важен для честной картины (Appelbaum, 2015).

Если перевести на человеческий язык: **страх общества часто направлен не туда**. Он цепляется за слово «психиатрия», а пропускает реальные драйверы насилия — прежде всего, алкоголь, наркотики, хроническое насилие в семье, бедность, криминальные контексты и отсутствие поддержки.

## **Мини-блок «что обычно путают»**

**Путают «обращение» и «принуждение».**

Обращение — это когда вы пришли и обсуждаете вариан-

ты. Принуждение — это редкий режим острого риска.

## **Путают «психиатр» и «стационар».**

Психиатр чаще работает амбулаторно. Стационар — далеко не основной инструмент помощи.

## **Путают «лекарства» и «потерю контроля над жизнью».**

Современная фармакотерапия (лечение с помощью лекарств) — работает над тем, как уменьшить интенсивность симптомов, чтобы у человека снова появился выбор и способность действовать.

## **Как понять, что пора не тянуть**

Иногда человеку не нужно «созревание диагноза». Ему нужна точка опоры и ясный маршрут. Признаки, что стоит обратиться (начать можно с любого понятного входа, но психиатр — один из самых прямых):

- сон системно нарушен (засыпание/ранние пробуждения/поверхностный сон), и это держится неделями;

- тревога стала фоном, и влияет на решения: избегание, контроль, ритуалы, постоянные проверки;



настроение стойко снижено, пропали интерес и энергия, всё «через усилие»;



тело живёт в режиме тревоги: сердцебиение, ком в горле, напряжение, боли, ЖКТ-симптомы — при этом обследования не объясняют картину полностью;



работа и отношения начинают рушиться не из-за «характера», а из-за истощения и сбоев регуляции.



не помогает отдых, время не лечит

Это маркеры того, что нервная система больше не вытягивает в одиночку.

## Финальные тезисы-опоры



Психиатрическая помощь в реальности почти всегда

**добровольная**

; принудительные меры — исключение для острых ситуаций риска.



Граница между нормой, реакцией и расстройством обычно держится на трёх опорах:

**время, нарушение функционирования, субъективное страдание (**

внутренняя тяжесть состояния, которую переживает сам человек) (WHO, 2019; APA, 2022).



Тревожные, депрессивные и адаптационные состояния **почти никогда не связаны с насилием**

; общественные страхи часто питаются мифами, а не данными (Appelbaum, 2015; Focus, 2026).



Десятки миллионов людей не получают помощь потому что мешают стигма, недоступность и привычка терпеть (Kohn et al., 2004; Henderson et al., 2013).



Диагноз — это рабочая карта симптомов и способов восстановления.

# ЧАСТЬ III. КОГДА СТРЕСС СТАНОВИТСЯ ПАТОЛОГИЕЙ

## Глава 5. Норма, стресс и пределы человеческой психики

Иногда человек не ломается сразу. Не бывает громкого срыва, сцены, после которой всем всё становится понятно. Чаще происходит другое: жизнь постепенно начинает даваться тяжелее, а сам человек ещё долго считает это нормой. Он встаёт по утрам, работает, отвечает на сообщения, встречается с людьми, решает бытовые вопросы. Со стороны всё выглядит вполне приемлемо, но внутри уже что-то сдвинулось. Сон не даёт должного восстановления. Раздражение вспыхивает быстрее обычного. Тело живёт так, будто ему всё время нужно к чему-то готовиться. Радость не исчезает совсем, но становится короткой, как слабый сигнал на плохой связи.

Именно здесь возникает главный вопрос этой части книги: где проходит граница между нормальной человеческой реакцией на перегрузку и состоянием, с которым нервная система уже не справляется сама?

Этот вопрос важен потому, что ошибка в обе стороны об-

ходится дорого. Если назвать болезнью всякую усталость, мы начнём медикализировать жизнь. Если, наоборот, считать нормой всё, что ещё позволяет ходить на работу — можно пропустить тот момент, когда помощь была бы самой быстрой и самой эффективной.

## **Нормальные реакции на перегрузку**

Стресс сам по себе не является патологией. Более того, здоровая психика обязана реагировать на перегрузку. Потеря, конфликт, переезд, серьёзная неопределённость, уход за больным близким, финансовый провал, развод, болезнь, эмиграция, война, длительное напряжение на работе — всё это может временно менять человека. Он может хуже спать, быстрее уставать, сильнее тревожиться, хуже переносить шум, хуже концентрироваться, чаще плакать или срываться на близких. Такая реакция не делает его психически больным. Современные диагностические системы исходят именно из этого: для клинического вывода недостаточно самого факта страдания, нужно учитывать контекст, длительность, выраженность симптомов и степень нарушения повседневного функционирования.

Нормальная реакция на перегрузку часто неприятна, но у неё есть важное свойство: она движется в сторону восстановления. Не обязательно быстро. Не обязательно красиво. Но нервная система постепенно возвращает способность ре-

гулировать сон, эмоции, внимание и телесное напряжение. Человек ещё может быть уставшим, печальным или тревожным, но у него сохраняется главный механизм нормы — возможность отойти, восстановиться, снова обрести внутреннюю устойчивость. Это и есть ключевая разница между реакцией и расстройством.

В этом месте многие делают типичную ошибку. Им кажется, что нормальная реакция — это когда человек переживает трудности достойно, рационально и почти без сбоев. Но психика так не устроена. Нормальная реакция может быть messy — неровной, утомляющей, эмоциональной, временами даже неузнаваемой для самого человека. Норма не обязана выглядеть собранной. Она обязана только не утрачивать способность к обратному движению.

## **Когда «само пройдёт»**

Фраза «само пройдёт» не всегда ложна. Иногда действительно проходит. После острого стресса человек может несколько недель жить хуже обычного: спать поверхностно, хуже есть, быть более тревожным, меньше выдерживать нагрузку. Но по мере того, как внешняя ситуация становится более понятной, а организм возвращает ритм, симптомы начинают ослабевать. Не исчезают за один день, но теряют силу. Сон перестаёт быть хрупким. Мысли становятся менее вязкими. Тело перестаёт непрерывно сканировать опас-

ность. Появляются куски обычной жизни, которые уже не даются через внутреннее насилие.

Само по себе время не лечит всё подряд, но при нормальной стрессовой реакции оно работает вместе с восстановительными механизмами. Здесь важны простые вещи: уменьшение перегрузки, предсказуемость, возможность спать, хотя бы минимальная безопасность, поддержка, прекращение постоянной мобилизации. Если это есть, нервная система часто действительно способна вернуться в рабочий режим без медицинского вмешательства.

Поэтому в клинической психиатрии всегда оценивают не только симптомы, но и их траекторию. Один и тот же набор жалоб может означать совершенно разное, в зависимости от того, становится ли человеку постепенно легче или он, неделю за неделей, цементируется в ухудшении. В ICD-11 CDDR эта логика встроена в сам подход к диагностике: врачу важно не «узнать симптомы», а понять их структуру, динамику, длительность и связь с жизненным контекстом.

Полезно запомнить простую вещь: «само пройдёт» — это описание ситуации, в которой у нервной системы ещё хватает ресурса на обратный ход.

У человека есть базовые маркеры нормальной регуляции: достаточно стабильный сон, переносимая утомляемость, более-менее предсказуемый аппетит, способность восстанавливаться после нагрузки, относительно устойчивый вес, отсутствие постоянной телесной тревоги и выраженных сбо-

ев в повседневном функционировании. Если эти параметры долго нарушены, а обследования не находят органической причины, это не делает страдание «выдуманым». Это означает, что проблема может находиться на уровне регуляции — то есть в зоне, где психиатрическая оценка уже уместна.

## Когда — уже нет

Проблемы начинаются там, где человек по-прежнему живёт в логике временной перегрузки, а его состояние уже перестало быть временным.

Снаружи это выглядит обманчиво. Он всё ещё «держится». Может продолжать работать, вести переписку, оплачивать счета, выполнять родительские обязанности. Но внутренне его система уже работает по другим правилам. Сон перестаёт восстанавливать. Напряжение стало фоновым. Любая мелкая неопределённость переживается так, будто речь идёт о большой угрозе. Решения даются тяжелее. Удовольствие ослабло. Терпимость к нагрузке снизилась. Появляются избегание, бесконечное самонаблюдение (отслеживание своих мыслей, чувств, симптомов и реакций), страх за телесные нарушения, ритуалы контроля, сужение жизни.

В этот момент особенно вредна социальная фраза: «Ну ты же функционируешь». Да, функционирует. Но ценой, которую никто не видит.

С клинической точки зрения важны три опоры.

Первая — **время**. Если симптомы не идут на спад или постепенно усиливаются, это уже не похоже на обычную реакцию на стресс.

Вторая — **функционирование**. Человек может продолжать ходить на работу и, при этом, быть глубоко не в порядке. Но если каждое действие требует несоразмерного усилия, если быт, отношения, концентрация, решения и отдых начинают разрушаться, это уже диагностически значимо.

Третья — **субъективное страдание**. Некоторые люди умеют долго сохранять внешний каркас жизни, но внутренне живут в постоянной тревоге, плоскости, бессоннице или истощении. С клинической точки зрения, это не «меньшая проблема» только потому, что она красиво спрятана. Именно сочетание этих трёх критериев — длительность, нарушение функционирования и оценка страдания — лежит в основе разграничения нормы, реакции и расстройства в современных классификациях и клинических рекомендациях.

## **Что в этот момент происходит с нервной системой**

В бытовом языке люди часто говорят: «я просто загнал-ся», «нервы сдали», «перенервничал». Это неточные слова, но за ними стоит реальный биологический процесс.

Когда стресс затягивается, включается и перегружается

система, которую обычно описывают через **гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковую ось**, или НРА-ось (система стрессовой адаптации, связывающая мозг и гормональный ответ на стресс). Это один из центральных механизмов стрессовой адаптации. В норме он помогает мобилизоваться, выдержать угрозу и затем вернуться в равновесие. При хронической перегрузке чаще всего система мобилизации перестаёт вовремя выключаться — хотя бывает и наоборот: организм «выключается» и не может адекватно реагировать. В обоих случаях страдает регуляция. Изменяется регуляция кортизола, хуже работает торможение стрессового ответа, повышается телесная и эмоциональная настороженность, сон становится менее глубоким и менее восстанавливающим. Теперь организм человека поддерживает состояние стресса.

Отсюда и возникает одно из самых непонятных для человека состояний: внешняя угроза уже не так велика или вовсе закончилась, а организм продолжает жить так, будто опасность всё ещё здесь. Таким образом, при дезадаптации часто ломается не только настроение, но и внимание, аппетит, переносимость нагрузки, работа кишечника, мышечный тонус, сердечный ритм и сон. Это системная история, в которой психика, мозг, эндокринная регуляция (гормональное управление процессами организма: энергией, стрессом, сном, аппетитом и другими функциями) и тело давно перестали быть отдельными мирами.

Особенно важен здесь сон. Пока человек думает, что его проблема только в тревоге или только в усталости, бессонница нередко становится отдельным механизмом ухудшения. Недосып сам усиливает стрессовую систему, ухудшает эмоциональную регуляцию, повышает телесную чувствительность и снижает способность префронтальных зон мозга удерживать контроль над реакцией угрозы. В результате человек попадает в круг: стресс ломает сон, плохой сон усиливает стресс.

## **Что человек обычно путает**

На этом этапе почти все путают одно и то же.

### **«Раз я работаю, значит, я в норме»**

Нет. Работа сама по себе не является тестом на психическое здоровье. Многие люди месяцами и годами сохраняют внешнее функционирование ценой внутреннего истощения.

### **«Это просто характер»**

Не всегда. Если человек стал более тревожным, раздражительным, плоским, зависимым от контроля, хуже спит и хуже переносит жизнь, это может быть не «новый характер»,

а сдвиг состояния.

## «Нужно просто отдохнуть»

Иногда да. Но если отдых перестал работать, а после него человек остаётся таким же вымотанным и внутренне взведённым, проблема уже не сводится к нехватке отпуска.

## «Я просто слабее других»

Это одна из самых разрушительных ошибок. Невозможность восстановиться после хронической перегрузки — не относится к морально-нравственному стержню человека, а вопрос регуляции его нервной системы.

## Как выглядит переход от реакции на стресс к расстройству

Если упростить, путь часто выглядит так.

Сначала появляется **перегрузка**.

Потом — **реакция**: хуже спится, тяжелее думается, быстрее копится раздражение.

Затем включается **дезадаптация**: отдых перестаёт возвращать силы, тело всё чаще вмещивается в жизнь, эмоцио-

нальная устойчивость падает.

Если это тянется дальше, развивается уже **устойчивое расстройство регуляции**, на фоне которого могут оформляться тревожные, депрессивные, соматоформные, панические и другие клинические состояния.

Важно не только определение тяжести симптома, но и его место в общей траектории. Иногда человек приходит к врачу не потому, что у него «самая сильная тревога в мире», а потому, что его нервная система больше не умеет возвращаться в нормальный режим жизни.

## **Почему это уже медицинская история?**

Есть момент, когда язык «дай волю быть слабым и снова вперёд в бой» перестаёт помогать. Расстройство регуляции — это уже не вопрос убеждений, характера и личной стойкости, а истощённого психического ресурса.

Когда нарушаются сон, аффективная регуляция, стрессовый ответ, внимание, телесная чувствительность и переносимость нагрузки, терапия перестаёт быть чисто психологической. Она становится медицинской. Современная психиатрия рассматривает подобные состояния как расстройства, требующие клинической оценки и, при необходимости, лечения.

Обычно на этом этапе помощь может включать психо-

образование (объяснение человеку, что с ним происходит, и как устроена его психика), доказательную психотерапию, работу со сном и ритмами, а в части случаев — медикаментозную поддержку. Конкретные схемы терапии и лекарственные назначения всегда определяются врачом-психиатром после очной оценки состояния. Рекомендации NICE по тревоге и депрессии прямо исходят из ступенчатого, соразмерного подхода: тяжесть симптомов, длительность, предпочтения человека и нарушение функционирования определяют формат помощи, а не абстрактная идея «терпеть до последнего».

## **Вопрос, который стоит задать себе вовремя**

Наверное, самый полезный вопрос здесь звучит не так: «У меня уже расстройство или я просто слабый?» Этот вопрос почти всегда уводит в стыд.

Гораздо полезнее спросить иначе:

**«Моя нервная система всё ещё умеет восстанавливаться — или я уже долго живу на пределе своих возможностей?»**

Если ответ всё чаще второй, это повод отнестись к себе как к человеку, у которого истощился адаптационный ресурс.

Именно отсюда начинается честный разговор о помощи.

# Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «Литрес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на Литрес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.