



<https://doi.org/10.34883/PI.2024.15.2.001>



Евсегнеев Р.А.

Институт повышения квалификации и переподготовки кадров здравоохранения
учреждения образования «Белорусский государственный медицинский
университет», Минск, Беларусь

Эрнест Хемингуэй: жизненный путь, болезнь и творчество глазами современного психиатра

Конфликт интересов: не заявлен.

Финансирование: исследование выполнено без спонсорской поддержки.

Подана: 07.04.2024

Принята: 17.05.2024

Контакты: roman.evsegneev@mail.ru

Резюме

В статье предпринята попытка с использованием имеющихся в литературе данных оценить глазами современного отечественного психиатра данные психиатрического анамнеза, характер и динамику психических и поведенческих расстройств великого американского писателя Эрнеста Хемингуэя, обозначить и сгруппировать их в форму предполагаемого психиатрического диагноза согласно критериям Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), а также исследовать предпринятые в данном случае диагностические и лечебные мероприятия, сравнив их с современными стандартами и возможностями.

Ключевые слова: Эрнест Хемингуэй, психиатрический анамнез, диагноз по МКБ-10 и его обоснование, формы помощи, лечение, сравнение с современными стандартами

Evsegneev R.

The Institute of Advanced Training and Retraining of Healthcare Personnel of the
Educational Institution "Belarusian State Medical University", Minsk, Belarus

Ernest Hemingway: Way of Life, Disease, and Creative Works from the Point of View of Modern Psychiatrist

Conflict of interest: nothing to declare.

Funding: the study was conducted without sponsorship.

Submitted: 07.04.2024

Accepted: 17.05.2024

Contacts: roman.evsegneev@mail.ru

Abstract

In the article an attempt is made to evaluate through the point of view of a today's home psychiatrist the data of psychiatric history, nature and dynamics of mental and behavioral disorders of the great American writer Ernest Hemingway, to designate and group them

in the form of a presumed psychiatric diagnosis according to the criteria of the ICD-10, as well as to study the diagnostic and therapeutic measures taken in this case, comparing them with modern standards and possibilities.

Keywords: Ernest Hemingway, psychiatric anamnesis, ICD-10 diagnosis and its justification, forms of care, treatment, comparison with modern standards

■ ВВЕДЕНИЕ

В истории мировой литературы XX в. найдется очень мало личностей, жизнь и творчество которых привлекали бы и до настоящего времени привлекают к себе столько внимания и интереса, как Эрнест Хемингуэй – великий американский писатель, Нобелевский лауреат, символ своего поколения для огромного числа жителей не только своей страны, но и миллионов граждан разных государств и континентов.

Э. Хемингуэй – самый известный в СССР, читаемый и переводимый на русский язык в безукоризненного качества переводах американский писатель XX в., как и пример для подражания, законодатель жизненного стиля и системы ценностей, ролевая модель для поколения 60-х: достаточно напомнить, что его известная фотография в свитере грубой вязки выполняла, по существу, роль иконы и была обязательным предметом интерьера для миллионов жителей нашей страны того времени. Не будет преувеличением утверждать, что для целого поколения граждан нашей страны Э. Хемингуэй стал примером, образцом современного характера, символом мужественности и несгибаемости в трудных жизненных обстоятельствах и оказал влияние, по своим масштабам сопоставимое разве что с числом подражателей В.В. Маяковского [1].

Интересно также отметить, что и до настоящего времени существует общество двойников писателя, т. е. пожилых мужчин, выглядящих как Хемингуэй, которое каждый год проводит конкурсы по выбору из своих рядов самого похожего конкурента.

Потребность написания этой статьи в плане профессионального интереса возникла у нас в связи с сочетанием и сложным переплетением ряда обстоятельств, важных в психологическом и психиатрическом отношении и отразившихся в творчестве, поведении, жизненном пути писателя и в его отношениях со специалистами-медиками того времени, что будет, как мы надеемся, представлять интерес для значительного числа современных отечественных психотерапевтов и психиатров. Бросается в глаза и то обстоятельство, что при огромном объеме отечественной литературы, посвященной биографии и литературному творчеству писателя, а также наличию большого числа подробных психолого-психиатрических исследований англоязычных (преимущественно американских) авторов [2–4] объем публикаций на русском языке по психиатрическим аспектам обсуждаемой здесь проблемы и до настоящего времени весьма ограничен.

Прежде чем перейти к изложению материала, считаем нужным сделать 2 предварительных замечания. Автор ни в коей мере не ставил себе целью продолжить обсуждения вечной темы связи гениальности и душевной болезни, поскольку такая связь вряд ли может вызвать сомнения, она очевидна и многократно обсуждалась: за большой талант часто приходится платить психическим или физическим здоровьем,

высоким уровнем стресса, большим числом жизненных конфликтов и т. д. [4, 5]. С другой стороны, общеизвестна и многократного обсуждалась связь биполярного аффективного расстройства (БАР) с высокой социальной, профессиональной и творческой продуктивностью человека.

Автор не претендует на лавры литературного критика, а также не ставит своей целью разбор психологических защитных механизмов, Эдипова комплекса, искаженных гендерных ролей, как и всех иных психологических, психоаналитических и психодинамических аспектов этого случая во всей их сложности, учитывая, что это уже было многократно сделано ранее англоязычными специалистами-психотерапевтами, уровень подготовки которых в этих вопросах несравнимо выше [2–4].

Цель этой статьи, таким образом, вполне простая и очевидная – с использованием имеющихся в литературе данных оценить глазами современного отечественного психиатра события более чем 70-летней давности, сравнив их с сегодняшним положением дел в области диагностики и лечения психических расстройств и сделав при этом ряд практических выводов, важных для работы современного врача-психиатра.

Вехи жизненного пути писателя общеизвестны – напомним лишь некоторые из них, наиболее важные в социально-психологическом и психиатрическом отношении. Эрнест Миллер Хемингуэй (Ernest Miller Hemingway) родился 21 июля 1899 г. в привилегированном пригороде Чикаго – деревне Оук-Парк вторым из шести детей, рос в условиях материального достатка и строгих консервативных правил. Его отец Кларенс Эдмонд Хемингуэй был врачом, а мать Грейс Холл-Хемингуэй – несостоявшейся оперной певицей, а затем домохозяйкой. Писатель был четырежды женат, имел трех сыновей.

■ ДАННЫЕ О НАСЛЕДСТВЕННОСТИ

Отец писателя периодически страдал от резких перепадов настроения в сторону как подавленности, так и возбуждения. В 1903 и 1908 гг. он уезжал от семьи в Нью-Орлеан, чтобы побыть там в одиночестве с целью справиться с депрессией. В 1928 г. в возрасте 57 лет он покончил с собой, застрелившись из пистолета своего отца. Мать писателя периодически страдала от эпизодов инсомнии, головных болей и «нервности». Единственный брат Эрнеста – Лестер, который был на 16 лет моложе его, в 1982 г. также покончил с собой выстрелом в голову из охотничьего ружья.

Дочь старшего сына писателя Джона Марго с раннего возраста страдала эпизодами депрессии, в последующем – приступами булимии, зависимостью от алкоголя и наркотиков, неоднократно лечилась в психиатрических стационарах и в 42-летнем возрасте совершила суицид, приняв смертельную дозу фенобарбитала.

Оба сына писателя от второго брака страдали психическими расстройствами: младший сын Грегори был трансвеститом, злоупотреблял наркотиками, в середине 1990-х гг. перенес операцию по смене пола, став Глорией Хемингуэй. По настоянию отца он прошел ряд сеансов электросудорожной терапии (ЭСТ) с целью избавиться от нарушения полоролевой идентичности. Скончался от инфаркта в женской камере тюрьмы. Старший сын писателя Патрик в 19-летнем возрасте после тяжелой автомобильной аварии перенес психотический эпизод с госпитализацией [5, 6].

■ ДАННЫЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО АНАМНЕЗА

1. Аффективные расстройства.

Колебания настроения возникли у Э. Хемингуэя, по всей вероятности, уже в юношеском возрасте и оказывали отчетливое влияние на стиль его жизни и творческую продуктивность. Так, уже в 16 лет он писал стихи и рассказы в школьные журналы, обладал завидной энергичностью и работоспособностью. Далее на протяжении первой половины жизни преобладали периоды приподнятости, сопровождавшиеся поиском острых ощущений и продуктивным литературным творчеством, которые иногда чередовались с короткими периодами нерезко сниженного настроения.

Первый отчетливый депрессивный эпизод у писателя наблюдался в 1919 г. в возрасте около 20 лет, когда во время лечения в госпитале по поводу осколочных ранений ног он встретил свою первую любовь – медсестру Красного Креста Агнес фон Куровски, которая была на 7 лет старше его. Они решили пожениться, однако в марте 1919 г. она написала в письме, что обручилась с итальянским офицером. Состояние депрессии продолжалось несколько месяцев, когда вернувшийся с войны Хемингуэй вынужден был сидеть дома без работы, чтобы залечивать полученные им военные раны. Начиная с этого времени он стал использовать в качестве лечебного средства от колебаний настроения алкоголь во все более и более значительных количествах.

В последующие годы продолжались нерезкие колебания настроения – чаще всего приподнятого, с отсутствием потребности в сне, жадой острых ощущений, бьющей через край энергией, стремлениями к путешествиям, поискам все новых опасностей и приключений. Все это сопровождалось большой творческой продуктивностью, как и высокой оценкой им себя самого и своих литературных достижений. Так, например, в течение короткого эпизода 1924 г. он написал один за другим 7 коротких рассказов высоколитературного уровня, а за первых 20 месяцев жизни в Париже в 1921–1923 гг. он отослал в газету *Toronto Star*, иностранным корреспондентом которой тогда работал, уже 88 своих рассказов.

Работал он в эти годы напряженно, последовательно, упорядоченно, обычно в спальне по утрам, часто писал стоя; в конце каждого рабочего дня он записывал на бумаге итог работы – количество написанных за день слов.

Однако уже на протяжении первой половины жизни такие длительные состояния активности периодически сменялись периодами нерезко сниженного настроения, которые к середине 1930-х гг. становились более длительными и выраженными. В переписке с родственниками и друзьями этого периода он оставил подробные описания своего состояния, которые полностью соответствуют современным критериям развернутого депрессивного эпизода и включают утрату интересов, ангедонию, ощущение пустоты, потерю либидо, а также мысли о смерти и суициде [2, 5]. При этом переходы от приподнятости к подавленности и наоборот стали нередко происходить очень быстро, а иногда эти противоположные проявления сочетались в состоянии писателя одновременно [4, 5].

С возрастом состояния подавленности становились более частыми и длительными. Писатель обычно лечил их с помощью различных алкогольных напитков, что к 1950-м гг. принимает характер почти постоянного пьянства. По словам его последней жены М. Уэлш, он стал полной противоположностью тому, кем был ранее, – из общительного, полного жизни человека он стал замкнут и молчалив. Каких-либо

сведений о его обращении за психиатрической помощью в этот период нами в литературе не обнаружено.

К концу 1950-х – началу 1960-х гг. наряду со сниженным настроением стало быстро ухудшаться и его соматическое состояние, значительно снизилась память, ослабло зрение, а способность к творчеству почти полностью пропала. Кроме того, у него появилась бредовая симптоматика – писатель стал утверждать, что за ним постоянно следят агенты ФБР и налоговая инспекция, везде установлены «жучки», на улице случайных прохожих он принимал за агентов, заявлял об опасности ограбления и обнищания.

В связи со всем происходящим близкие писателя обратились за медицинской помощью, и знакомый врач Джордж Савиерс из Сан-Вэлли, стремясь избежать газетной шумихи, рекомендовал госпитализировать писателя в клинику широкого профиля Мэйо в г. Рочестер (США) для обследования якобы по поводу гипертонии; при этом необходимо отметить, что писатель очень иронично относился к психиатрам.

Э. Хемингуэй находился в клинике под вымышленным именем в течение 53 дней. В декабре 1960 г. ему было проведено 13 сеансов ЭСТ (количество сеансов в разных источниках отличается – от 8 до 20), после чего симптомы депрессии несколько уменьшились, в январе 1961 г. он был выписан и вернулся домой в Айдахо.

Дома состояние его вскоре снова ухудшилось, в апреле 1961 г. жена несколько раз заставляла его при попытке застрелиться из ружья, и писателя снова госпитализировали в ту же клинику – по дороге он пытался открыть люк и выброситься из самолета, а во время дозаправки на земле его силой оттащили от вращающегося пропеллера. Он снова помещается в больницу, где ему дают седативные средства и возле кровати круглосуточно дежурят сиделки.

Какие психиатрические диагнозы выставлялись ему в этот период, в доступной нам литературе не упоминается.

Лечение в клинике не дало эффекта, и через несколько дней после выписки в 7 часов утра 2 июля 1961 г. Эрнест Хемингуэй покончил с собой в возрасте 61 года в городке Кетчум (штат Айдахо, США) выстрелом в рот из своего любимого ружья, не оставив предсмертной записки.

2. Злоупотребление алкоголем и алкогольная зависимость.

Первые сведения о пьянстве относятся к 20-летнему возрасту – после того как девушка, в которую он был влюблен, вышла замуж за другого, он впервые напился в баре. Начиная с этого времени он стал использовать в качестве лечебного средства от колебаний настроения алкоголь – сначала в обычных, а затем во все более возрастающих количествах.

Злоупотребление разными алкогольными напитками – вином, виски, водкой, ромом, текилой и др. – продолжалось и в периоды повышенного настроения. Так, характерной формой поведения писателя в 1920–1930-х гг. было просыпаться очень рано утром, когда еще все спят, выпить вина и приступить к работе. Потребление алкоголя продолжалось и далее вплоть до позднего вечера. При этом, несмотря на почти полное отсутствие сна, он выглядел свежим и бодрым.

В письме к матери своей второй жены в 1936 г. он так описывал свое состояние в этот период: «Я тяжело работал. Когда становился мрачным и унылым, давал себе передышку... и не спал почти три недели. Затем просыпался в 2 часа ночи или около того и шел в маленький дом, чтобы работать там до восхода солнца – потому что,

когда ты пишешь книгу и не можешь спать, твой мозг мчится в ночи и ты в состоянии записать весь тот материал, который есть у тебя в голове, а к утру это уходит и ты уже истощен» [2].

В своих письмах писатель неоднократно высказывал мысль о том, что двумя главными средствами борьбы с депрессией на протяжении жизни для него были творчество и пьянство.

К середине 1950-х гг. употребление алкоголя носило уже явно болезненный характер – писатель напивался почти каждую ночь до состояния, когда уже трудно было подняться к себе в номер, а утром за ланчем с помощью водки или текилы пытался уменьшить симптомы похмелья. К концу 1950-х гг. в связи со значительным ухудшением физического состояния толерантность к алкоголю значительно снизилась и его потребление пришлось ограничить.

3. Органические повреждения мозга – черепно-мозговые травмы, инфекции, соматические болезни.

Перечень этих заболеваний весьма велик. С детства он страдал сильной близорукостью, отказываясь в то же время носить очки; к концу жизни он почти полностью ослеп. Во время участия в военных действиях и в последующем он перенес большое число огнестрельных ранений, увечий и тяжелых черепно-мозговых травм: в результате двух авиакатастроф в Африке в 1954 г., участия в корриде в Испании, активных занятий боксом, падения на голову прожектора, нескольких автомобильных аварий с открытыми переломами конечностей, а также переломом черепа и раздроблением позвоночника. Весной 1928 г. Э. Хемингуэй перенес еще одну тяжелую черепно-мозговую травму в своей ванной в Париже, после чего у него на всю жизнь остался выпуклый шрам на лбу [5].

В течение жизни он также переболел сибирской язвой, малярией, пневмонией, дизентерией, перенес разрыв почки и селезенки, в конце жизни страдал гипертонической болезнью и сахарным диабетом.

4. Личностные особенности.

Вопрос о личностных особенностях писателя, их характере, степени выраженности, наличии личностных аномалий – наиболее сложный из числа обсуждаемых здесь психиатрических аспектов. Сложность эта обусловлена, во-первых, тем, что многие особенности поведения, межличностных отношений и степень социальной адаптации определялись в данном случае не столько характерологическими особенностями писателя, сколько стойкой психопатологической (аффективной) симптоматикой – при этом разделить роль этих двух факторов весьма затруднительно. Так, например, известно, что он однажды украл из своего любимого бара писсуар, который был установлен затем у него дома; писатель объяснил свой поступок тем, что потратил (здесь он использовал более резкое выражение) в этом баре так много денег, что имеет право этим предметом владеть. Объяснение этого необычного в социальном плане поведения может лежать как в характерологических особенностях писателя, так и в том, что он находился тогда в состоянии выраженной мании и алкогольного опьянения.

Кроме того, для ответа на поставленный вопрос от специалиста требуется хорошее знание культуральных особенностей, социальных норм и стандартов того времени и той социальной среды, в которой жил писатель, чем автор похвастаться не может.

Поэтому ограничимся имеющимися в литературе мнениями о том, что в личности писателя прослеживаются черты пограничного и нарциссического типов [2, 3]. К числу первого из них могут быть отнесены переменчивое настроение, вовлеченность в нестабильные и напряженные взаимоотношения с окружающими, приводящие к эмоциональным кризисам, и периодические, начиная с молодого возраста, угрозы самоубийства. К числу второго – присутствующее в разных жизненных ситуациях чувство собственного превосходства, грандиозности, особой значимости, избранности, высказывания на тему огромного успеха, блеска, собственной красоты и привлекательности. Характерно и то, что писатель не просто совершал геройские поступки, а постоянно культивировал свой образ, стремился эпатировать широкую публику своей непохожестью и эксцентричностью, что ему вполне удавалось.

5. Факторы риска суицида.

Факторы эти в данном случае многочисленны, подробно изучены, действовали в совокупности и утяжеляли друг друга [7]. К их числу следует отнести:

- суициды и суицидальные попытки в семейном анамнезе в нескольких поколениях – самый главный из них, по всей вероятности, суицид отца, служившего для писателя ролевой моделью; при этом роль играли как биологические (генетические), так и социально-психологические факторы – в форме условной приемлемости, допустимости суицида;
- генетические факторы, которые при этом могут влиять как независимо, так и через увеличение для пациента риска развития депрессии и биполярного аффективного расстройства – разграничить эти механизмы часто затруднительно;
- депрессию (в США среди покончивших с собой 64% страдали аффективными расстройствами), тем более в сочетании с алкогольной зависимостью, когда этот показатель возрастает уже до 77% [7];
- неоднократные суицидальные высказывания и попытки в личном анамнезе;
- длительное злоупотребление алкоголем и алкогольную зависимость – алкоголизм, как известно, является второй по частоте после аффективных расстройств формой психической патологии, предшествующей суициду: популяционные исследования, включившие 748 погибших от суицида из 4 стран, обнаружили частоту алкоголизма в 21,1%, при этом 87,4% из них были мужчины [7];
- описанные выше личностные особенности писателя, особенно те из них, которые характерны для пограничного расстройства личности;
- хроническую психотравмирующую ситуацию в связи с невозможностью жить привычной для него жизнью и продолжать литературное творчество; следует в то же время отметить, что максимально пессимистическая оценка писателем своих жизненных и творческих перспектив вполне могла быть в известной степени обусловлена наличием тяжелой депрессии со столь свойственным ей пессимизмом, обращенным в будущее;
- возраст, пол, этническую принадлежность – белый мужчина пожилого возраста (среди белых американцев уровень суицидов примерно в 2 раза выше, чем у остального населения) [7];
- сопутствующие соматические и неврологические болезни, включая гипертоническую болезнь и сахарный диабет – они присутствуют в целом примерно у 25% лиц, совершивших суицид [7];
- легкую доступность огнестрельного оружия и умение с ним обращаться.

Учитывая, что все перечисленные факторы в данном случае сочетались и дополняли друг друга, нет сомнений в том, что опасность суицида здесь была максимально высока.

■ ВЕРОЯТНЫЙ ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ ПО МКБ-10

1. Основной диагноз по МКБ-10 [8] на период госпитализации 1960–1961 гг.: биполярное аффективное расстройство (БАР), текущий эпизод тяжелой депрессии с психотическими симптомами, неконгруэнтными настроению, и высоким риском суицида (F31.51).

Течение заболевания и характер симптомов изменялись с возрастом – в юношеские и молодые годы колебания настроения имели гораздо меньшую амплитуду, соответствуя, вероятно, диагностическим критериям циклотимии, при этом по длительности явно преобладали гипоманиакальные эпизоды. К середине жизни эпизоды депрессии стали более частыми, и в течении болезни появилась быстрая цикличность, а также смешанные состояния (эпизоды) – когда в психическом состоянии наблюдались либо смешение маниакальных и депрессивных симптомов, либо их быстрое чередование (F31.6).

В последующем заболевание принимает почти непрерывный характер в форме затяжных депрессий умеренной, а затем и значительной тяжести. К концу 1950-х гг. состояние тяжелой депрессии осложнилось психотическими симптомами в форме бреда преследования и отношения, т. е. симптомами, неконгруэнтными настроению (F32.31), когда обычное социальное функционирование стало уже невозможным и возникла угроза жизни в связи с весьма и весьма вероятным суицидом.

Все это им и завершилось – по терминологии МКБ-10 «намеренным самоповреждением посредством выстрела из винтовки, карабина и более крупнокалиберного огнестрельного оружия» (X73). К этой части диагноза необходимо также добавить суицидальные попытки в личном анамнезе (Z91.5).

2. Первый дополнительный диагноз – синдром зависимости от алкоголя (F10.2).

В пользу этого свидетельствуют характерные для зависимости симптомы:

- сильное и постоянное желание выпить и находиться в состоянии опьянения;
- развитие толерантности к алкоголю с постоянным повышением доз и длительности его приема;
- постоянная озабоченность употреблением алкоголя, высокий уровень этого в иерархии жизненных ценностей, значительные затраты сил и времени на занятие этим;
- продолжение пьянства несмотря на очевидные вредные последствия для психического и физического здоровья, как и возможности к литературному труду.

Не вызывает сомнений выраженное негативное влияние алкогольной зависимости на течение основного заболевания – в виде учащения и утяжеления состояний депрессии, снижения длительности и качества ремиссий, резкого увеличения опасности суицида и др.

3. Следующий дополнительный диагноз – последствия перенесенных черепно-мозговых травм в форме органического расстройства личности (F07.0) и мнестико-когнитивного снижения. Тесная взаимосвязь эмоционально-волевых, когнитивных и поведенческих расстройств в рамках органического психосиндрома после перенесенных черепно-мозговых травм многократно установлена, при этом та-

кие нарушения в большей мере связаны с тяжелыми либо множественными (как в данном случае) травмами головного мозга [9].

Решить вопрос об уровне выраженности когнитивных нарушений, т. е. достигали ли они степени деменции, на основании доступного материала при полном отсутствии данных экспериментально-психологических обследований, а также с учетом проведенного курса ЭСТ не представляется возможным.

■ ЛЕЧЕНИЕ. ИСТОРИЧЕСКИЕ ОБСТОЯТЕЛЬСТВА

Цель этого раздела – не просто перечислить препараты и методы, использованные в лечении Э. Хемингуэя, а попытаться сравнить их с теми формами помощи, которые уже были доступны тогда и которые были бы, по всей вероятности, применены в подобном случае в наши дни, т. е. через 50–70 лет после обсуждаемых здесь событий.

Как известно, вплоть до конца 1960 г. писатель за психиатрической и психотерапевтической помощью не обращался, каких-либо психотропных препаратов не принимал, а к психиатрам и психоаналитикам относился с известной иронией. Затем в связи со значительным ухудшением психического и физического состояния жена и близкие писателя обратились за медицинской помощью, и врач Дж. Савиерс направил писателя на госпитализацию в общесоматическую клинику Мэйо – для обследования якобы по поводу гипертонической болезни. В клинике, куда писатель был госпитализирован под вымышленным именем, ему было проведено 13 (по другим источникам – 20) сеансов ЭСТ. В этот период из числа лекарственных препаратов он получал резерпин по поводу гипертонии и секобарбитал в связи с нарушениями сна. Сведений о том, какие диагнозы выставлялись писателю в этот период, нами в литературе не найдено.

В ходе лечения симптомы депрессии несколько уменьшились, и в январе 1961 г. он был выписан. Каких-либо препаратов дома он не принимал. Вскоре его психическое состояние снова ухудшилось, в апреле 1961 г. он несколько раз пытался застрелиться из ружья, и писателя снова поместили в ту же клинику. Повторное лечение не дало эффекта, и через несколько дней после выписки – 2 июля 1961 г. в 7 часов утра он покончил с собой выстрелом из ружья.

Необходимо отметить, что крайне высокая вероятность и даже «желательность» суицида как блага для писателя в связи с невозможностью добиться какого-либо лечебного эффекта в его болезни вполне осознавалась и даже принималась окружающими – так, последняя жена писателя Мери, пытаясь рационализировать суицид писателя, позже сказала следующее: «Прошли годы, я обдумала все это и теперь задаюсь вопросом – как же мы были жестоки, когда не давали ему совершить самоубийство с первой попытки!» [6].

Сегодня такое утверждение для психиатра выглядит как минимум странным, поскольку в последующие несколько десятилетий представления о степени курабельности таких состояний и возможности помощи таким пациентам радикальным образом изменились: сегодня биполярное аффективное расстройство, как и состояния умеренной, тяжелой и тяжелой психотической депрессии, в значительном большинстве относятся к числу курабельных – как в отношении данного приступа, так и в плане профилактики последующих. Выбор используемых для этого антидепрессантов, антипсихотиков и нормотимиков достаточно широк и за последние десятилетия постоянно увеличивается, давно уже составлены и используются в практике, в том

числе и отечественной, стандарты (протоколы) обследования и лечения для таких пациентов.

Единственным методом, использованным в ходе лечения Э. Хемингуэя, оказался, таким образом, курс ЭСТ, применяемой в лечении депрессий еще с 1935 г. Лекарственные препараты, которые он принимал (резерпин и секобарбитал), какого-то позитивного эффекта на состояние депрессии оказать не могли, а резерпин мог даже усилить ее симптомы.

Антидепрессанты в его лечении не были использованы – хотя при другом стечении обстоятельств и другой тактике лечения это и вполне могло бы произойти.

Имипрамин (тофранил) появился в практике к концу 1950-х гг. и революционным образом изменил лечение депрессии. Как известно, клинический эффект имипримина при лечении пациентов с депрессией был обнаружен швейцарским психиатром R. Kuhn еще в 1956 г. В конце 1957 г. имипрамин стал доступен для использования в Швейцарии под торговым названием «тофранил» производства фирмы Geigy, а в 1958 г. – и в других странах Европы. В США его начали применять в 1958 г. (т. е. за 3 года до смерти писателя), в том числе с 1961 г. в Национальном институте психического здоровья в Бетесде и почти одновременно с этим – в СССР. В 1961 г. имипрамин стал уже доступен и в Англии [10, 11].

Следующий трициклический антидепрессант – амитриптилин в США был синтезирован в 1958 г., т. е. на несколько лет раньше, чем в Европе, специалистами американской фармацевтической компании Merk. Первым применил и показал его антидепрессивную активность F. Ayd в больнице Франклин-Сквер в Балтиморе; сообщения о клинических эффектах амитриптилина появились в периодической научной печати в самом начале 1960-х гг. В 1961 г. амитриптилин стал выпускаться для широкого применения фармацевтическими фирмами Hofmann-La-Roche (лароксил) и Lundbeck (саротен) [10], и в этом же году он был зарегистрирован в США [11].

Таким образом, ко времени обсуждаемых здесь событий ряд психотропных препаратов были уже вполне доступны и широко использовались в США и Канаде – их перечень включал имипрамин, антидепрессанты – ингибиторы МАО (ипрониазид), а также хлорпромазин, который начал использоваться в Северной Америке с 1954 г. и в этом же году был одобрен FDA. О том, что применение антидепрессантов к тому времени практиковалось уже достаточно широко, свидетельствует хотя бы тот факт, что в 1959 г. была проведена международная конференция по имипрмину в Allan Memorial Institute в США [11].

Закономерно задать вопрос: почему, по каким причинам уже доступные в тот период достижения психофармакологии конца 1950-х – начала 1960-х гг. – психотропные препараты и формы помощи в лечении знаменитого писателя все же не были использованы? Какого-либо ясного ответа на этот вопрос в доступной литературе нами не найдено. Хотя история и не имеет сослагательного наклонения, но можно в то же время с уверенностью утверждать, что если бы болезненное состояние писателя возникло хотя бы на 3–5 лет позднее, то перечисленные выше возможности психофармакологии были бы все же использованы и результат лечения мог бы быть совсем другим.

Еще более вероятным выглядит возможность применения в данном случае препаратов лития, которые, особенно при их длительном и систематическом приеме, могли бы изменить ситуацию к лучшему. Как известно, литий для лечения депрессии

впервые использовал в 1870-х гг. датский невролог К. Ланг. Систематическое изучение лития в качестве стабилизатора настроения и антиманиакального средства было положено работой австралийского психиатра J. Cade, опубликованной еще в 1949 г. С того времени литий продолжает использоваться в качестве надежного средства для профилактики приступов БАР, а также в некоторых случаях терапевтически резистентных депрессий и смешанных состояний.

В странах Западной Европы (кроме Англии) он начал использоваться к середине 1950-х гг., в СССР – в конце 1950-х – начале 1960-х гг. В 1970 г. литий был одобрен FDA США в качестве средства для лечения острой мании и смешанных состояний при БАР, а также поддерживающего лечения БАР ввиду его профилактической эффективности в отношении как мании, так и депрессии. Он также применялся и сегодня применяется для предотвращения повторных эпизодов рекуррентного депрессивного расстройства и снижения риска суицида при этой патологии [11–13].

К сожалению, и эта возможность в данном случае не была использована.

Наконец, свою роль в трагическом исходе болезни сыграли и социально-психологические факторы, а именно: предубеждения и предрассудки массового сознания, страх стигмы в связи с наличием у человека того или иного психического расстройства и даже сам факт обращения к психиатру и тем более госпитализации в психиатрический стационар. Есть основания предполагать, что ситуация дополнительно осложнялась опасениями по поводу возможной стигматизации еще и потому, что речь шла о человеке со всемирной славой, выдающемся писателе, Нобелевском лауреате. Вероятно, именно по этим причинам много времени было упущено, писатель и его близкие до последнего не обращались за психиатрической помощью, госпитализация проводилась тайком, под чужим именем, в общесоматическую клинику и якобы по поводу соматического заболевания (гипертонии).

Сложившуюся в то время в общественном сознании населения США ситуацию хорошо отражает афоризм известного американского кинопродюсера, одного из основателей компании «Метро-Голдвин-Майер» С. Голдвина: «Каждый, кто идет на прием к психиатру, должен сначала проверить, в своем ли он уме».

Необходимо также отметить, что по сегодняшним нормам и стандартам оказания психиатрической помощи (в том числе и отечественным) в состоянии писателя накануне помещения его в общесоматическую больницу в конце 1960 г. обнаруживались все основания для его принудительной (недобровольной) госпитализации в психиатрический стационар – а именно явная опасность для себя в связи со стойкими суицидальными тенденциями и неоднократными попытками суицида. К сожалению, вопрос этот тогда даже не обсуждался.

Можно также предположить, что определенную роль при этом сыграли особенности американского менталитета и протестантского мировоззрения, согласно которым только сам человек без постороннего вмешательства принимает решения и несет ответственность за свою жизнь и благополучие, – однако при этом был проигнорирован тот факт, что в силу тяжелого психического расстройства (в данном случае глубокой депрессии) такая возможность чаще всего бывает значительно нарушена.

Сравнивая эту ситуацию с сегодняшней, становится видно, как радикально она изменилась за несколько прошедших десятилетий в США и многих других странах мира в отношении стигматизации вследствие психических заболеваний, представлений о курабельности и прогнозе психических расстройств, использования

психофармакологических средств, степени информированности и отношения в обществе к лицам с психической патологией и врачам-психиатрам, а также отношения людей к своему собственному психическому здоровью.

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, обсуждаемый выше случай психического расстройства и его лечения представляет собой интерес, на наш взгляд, не только потому, что касается талантливого всемирно известного писателя и Нобелевского лауреата, но и потому, что дает возможность проследить на конкретном примере те глубокие и принципиальные изменения, которые произошли в нашей специальности за последние полвека – а именно в диагностике и возможностях лечения психических расстройств, а также в общественном сознании, отношении общества к деятельности психиатра и проблемам охраны психического здоровья в целом.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Dovlatov S. *The Splendor and Poverty of Russian literature: Philological Prose*. SPb.: Azbuka, Azbuka-Attikus; 2016. P. 188–194. (in Russian)
2. Martin Ch.D. Ernest Hemingway: A Psychological Autopsy of a Suicide. *Psychiatry*. 2006;69(4):351–361.
3. Yalom I.D., Yalom M. Ernest Hemingway: A psychiatric view. *Archives of General Psychiatry*. 1971;24(6):485–494.
4. Lynn K.S. *Hemingway*. New York: Simon & Schuster; 1987. 491 p.
5. Baker C. *Ernest Hemingway: A life story*. New York: Charles Scribner's Sons; 1969. 697 p.
6. Ustimenko O. *Ernest Hemingway. The final shot of the winner*. Available at: <http://neuronews.com.ua/page/ernest-heminguej3Cbr3E-finalnyj-vystrel-pobeditelya>. (in Russian)
7. *Suicide over the life cycle: risk factors, assessment, and treatment of suicidal patients*. Blumenthal S.J., Kupfer D.J., eds. Washington, London: American Psychiatric Press; 1990. 799 p.
8. Kuper Dzh.E. *Pocket Guide to ICD-10: Classification of Mental and Behavioral disorders (with glossary and research diagnostic criteria)*. Kuper Dzh.E., editor. K.: Sfera; 2000. 464 p. (in Russian)
9. Krasnov V.N. *Affective spectrum disorders*. M.: Practical medicine; 2011. 432 p. (in Russian)
10. Danilov D.S. The 70-year history of tricyclic antidepressants. *Journal of Neurology and Psychiatry named after S.S. Korsakov*. 2019;119(12):115–123. (in Russian)
11. *The Rise of Psychopharmacology*. Ban T.A., Healy D., Shorter E., eds. Budapest: Animula; 1998. 448 p.
12. Losenkov I.S., Plotnikov E.V., Epimahova E.V., Bohan N.A. Lithium in the psychopharmacology of affective disorders and the mechanisms of its effects on cellular physiology. *Journal of Neurology and Psychiatry named after S.S. Korsakov*. 2020;120(11):108–115. (in Russian)
13. Nuller Yu.L., Mihalenko I.N. *Affective psychoses*. L.: Medicine; 1988. 264 p. (in Russian)