

ISSN 1028-8554

НЕЗАВИСИМАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ АССОЦИАЦИЯ РОССИИ
INDEPENDENT PSYCHIATRIC ASSOCIATION OF RUSSIA

**НЕЗАВИСИМЫЙ
ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ**

**INDEPENDENT
PSYCHIATRIC
JOURNAL**

**ВЕСТНИК НПА
IPA HERALD**

I

2007

МОСКВА

Издание НПА

Регистрационный номер журнала 0110764

В соответствии с требованиями Минюста РФ, читать всюду “Независимая психиатрическая ассоциация России” как «Общероссийская общественная организация “Независимая психиатрическая ассоциация России”»

МЕЖДУНАРОДНЫЙ
РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ
ПО ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКОЙ
ПСИХИАТРИИ

Альфред Краус (Гейдельберг)
К. В. М. Фулфорд (Варвик)
Майкл Шварц (Бостон)

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Ю. С. Савенко (гл. редактор)
Ю. Н. Аргунова
А. Н. Богдан
М. Е. Бурно
Л. Н. Виноградова
Б. А. Воскресенский
В. Е. Каган
Г. М. Котиков
А. Ю. Магалиф
В. Н. Прокудин

INTERNATIONAL
EDITORIAL COUNCIL
ON PHENOMENOLOGICAL
PSYCHIATRY

Alfred Kraus (Heidelberg)
K. W. M. Fulford (Warwick)
Michael Alan Schwartz (Boston)

EDITORIAL BOARD

Yuri Savenko (Editor-in-Chief)
Yulia Argunova
Anatol Bogdan
Mark Burno
Liubov Vinogradova
Boris Voskresenski
Victor Kagan
Grigori Kotikov
Alexander Magalif
Vladimir Prokudin

Сдано в набор 23.03.2007. Подписано в печать 29.03.2007. Формат 60×84 1/8.
Бумага типографская офсет № 1. Гарнитура “Таймс”. Печать офсетная.
Тираж 1000 экз. Заказ № 2007-01-ИРА.

Цена свободная

Оригинал-макет подготовлен в издательстве “Фолиум”, 127238, Москва, Дмитровское шоссе, 58
тел./факс: (495) 482-5590, 482-5544, E-mail: npz@folium.ru
Отпечатано в типографии издательства “Фолиум”, 127238, Москва, Дмитровское шоссе, 58

СОДЕРЖАНИЕ

175 ЛЕТ НАШЕЙ ПИНЕЛЕВСКОЙ РЕФОРМЕ И СУДЬБА РЕФОРМ В РОССИИ	5
120-ЛЕТИЕ АРТУРА КРОНФЕЛЬДА (1886 – 1941).	7
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ	
Что такое “расстройство критики”? (продолжение полемики) — И. М. Беккер, С. Ю. Циркин, Ю. С. Савенко.	16
Периодическая болезнь с явлениями психической соматизации — А. А. Нерсисян, К. Г. Даниелян (Ереван)	27
КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ	
Маниакально — кататонический синдром	33
ПСИХИАТРИЯ И ПРАВО	
Установление инвалидности — Ю. Н. Аргунова	46
Ударим министерским приказом по ... федеральным законам — Ю. Н. Аргунова	53
Недобровольная госпитализация в США — В. В. Мотов (Гамбов).	55
ИЗ ДОСЬЕ ЭКСПЕРТА	
Уклонение экспертов от ответов	71
Новая тактика судов по уничтожению состязательности профессионалов.	74
ОТКЛИКИ, ПОЛЕМИКА	
Апология В. В. Розанова — тревожное общественное явление	75
ОТКРЫТАЯ ТРИБУНА	
Обсессии и психоз — Вадим Руднев	77
ИСТОРИЯ	
Малоизвестные страницы жизни Павла Ивановича Якобия — И. И. Щиголев (Брянск).	87
ХРОНИКА	
Выдающийся доклад по антропологической психиатрии.	90
XII Консторумские чтения.	90
Пленум Правления РОП по проблеме стандартизации	91
ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ТВОРЧЕСТВО	
Калитка параллельных миров (рассказ) — Алекс Левко (Рига)	92
ЮБИЛЕИ	
80-летие проф. А. Г. Гофмана	97
ПОСМЕЕМСЯ ВМЕСТЕ.	98
РЕКОМЕНДАЦИИ	100
АННОТАЦИИ	101

CONTENTS

175 YEARS OF OUR PINEL REFORM AND FATE OF REFORMS IN RUSSIA	5
120-TH JUBILEE OF ARTHUR KRONFELD (1886 – 1941)	7
URGENT PROBLEMS OF PSYCHIATRY	
What is loss of insight? (Continuation of polemics) — I. M. Bekker, S. Yu. Tsyarkin, Yu. S. Savenko	16
Periodic disease with phenomena of psychic somatization — A. A. Nersisyan, K. G. Danielyan (Yerevan, Armenia).	27
DISCUSSION OF A CLINICAL CASE	
Maniacal-catatonic syndrome	33
PSYCHIATRY AND LAW	
Recognition of a person as disabled — Yu. N. Argunova	46
Strike with minister’s order on ... federal laws — Yu. N. Argunova	53
Civil commitment in the USA — V. V. Motov (Tambov).	55
FROM AN EXPERT’S DOSSIER	
Refusal of experts from giving answers	71
New court tactics for elimination of competition of experts	74
COMMENTS, POLEMICS	
Apologia of Vasiliy Rosanov as an alarming social phenomenon	75
OPEN TRIBUNE	
Obsession and psychosis — Vadim Rudnev	77
HISTORY	
Little known pages of Pavel Ivanovitch Yakobiy life — I. I. Schigolev (Briansk)	87
CHRONICLE	
Outstanding report on anthropological psychiatry.	90
XII Konstorum readings	90
Plenum of Russian Society of Psychiatrists Board on the problem of standardization	91
PSYCHOPATHOLOGY AND CREATIVENESS	
Gate of parallel worlds (story) — Alex Levko (Riga, Latvia)	92
JUBILEES	
80 years of Prof. A. H. Gofman	97
LET’S LAUGH TOGETHER	98
RECOMENDATIONS.	100
ABSTRACTS	101

175 ЛЕТ НАШЕЙ ПИНЕЛЕВСКОЙ РЕФОРМЕ И СУДЬБА РЕФОРМ В РОССИИ



В. Ф. Саблер



А. У. Фрезе



С. С. Корсаков



П. И. Якобий



Л. М. Розенштейн

В наши — пользуясь выражением Ханны Арендт — “темные времена”¹ — эпоху смуты, безвременья, измельчания, релятивизма или, на кинематографическом языке, эпоху “Кабаре”, возможность выхода, по крайней мере внутреннего, возможность надежной опоры, можно обрести в достойных образцах прошло-

¹ Согласно Х. Арендт, близкого друга К. Ясперса, “темные времена”... “не тождественны чудовищностям нашего века, которые отмечены ужасающей новизной. Темные времена, напротив, не только не новы, они в истории отнюдь не редкость...” Это времена, когда публичная несправедливость камуфлируется “истеблишментом” или “системой” “до той самой минуты, когда катастрофа охватила все и всех, ее скрывает не реальность, но убедительные и двусмысленные речи почти всех официальных лиц...”.

го, в голосе предков, в примере отцов-основателей, как это с большой художественной силой выразил С. Спилберг в фильме “Амистад”. Поэтому мы начинаем каждый выпуск журнала с актуальных исторических дат, позволяющих взглянуть на нынешнюю действительность через их призму и осмыслить ее на основании этого опыта масштабнее и критичнее.

Пинелевскую реформу в отечественной психиатрии осуществил **Василий Федорович Саблер в Преображенской психиатрической больнице в Москве в 1832 году**. Пинелевская реформа означает не только “снятие цепей” с больных, но и устранение тюремного режима и полицейского чина в качестве директора больницы. Это поворотный момент, без которого психиатрия немислима ни как медицинская профессия,

ни как наука. Необходимо отметить еще четыре знаковые даты — вехи этого процесса.

В 1869 году ученик и сотрудник Саблера профессор **А. У. Фрезе впервые в России вводит в Казани принцип стеснения**, т.е. отказа от всех механических мер стеснения, взаимно отчуждающих больных с персоналом, что радикально изменило психологическую атмосферу больниц.

В 1887 году первый съезд отечественных психиатров ознаменовался выдающимся докладом **С. С. Корсакова** “К вопросу о стеснении”, который, вопреки многочисленным нападкам сторонников полицейской психиатрии, делается определяющим для лучших представителей нашей профессии. 120-летие этого доклада следовало бы ознаменовать его републикацией. Обо всем этом мы уже писали, значительно более подробно, в 2002 г. (НПЖ, 1, с. 5 – 6). “Хороший воздух, хорошая пища, хорошее устройство жилища, сады — все это более обеспечивает спокойствие, чем оковы”, — писал С. С. Корсаков.

В 1891 году в ходе исторической дискуссии, подробно описанной Т. И. Юдиным, **были сформулированы** фактически все основные **принципы**, составляющие существо “**новой парадигмы организационной психиатрии**”. Эта заслуга принадлежит **Павлу Ивановичу Якобию**, человеку поразительных судьбы и достоинств. Требовался не только проницательный ум, но европейский по широте горизонт, знание реальной практики не только в центральных клиниках крупных городов, но и маленьких муниципальных больниц в разных странах, каковы состояние и тенденции их развития. Для этого требовался глаз не академического ученого, а практика и организатора. Нынешний 165-летний юбилей П. И. Якобия ознаменовался замечательной находкой докт. мед. наук П. П. Щиголева, достойно увенчавшей его многолетние упорные поиски по архивам Европы: ему, автору монографии о П. И. Якобии, впервые² удалось обнаружить и идентифицировать портрет Павла Ивановича. Мы благодарны д-ру П. П. Щиголеву за предоставленную нашему журналу честь впервые опубликовать портрет П. И. Якобия.

В истории отечественной психиатрии идеи новой парадигмы организационной психиатрии, диспансерного, психогигиенического направления впервые получили практическое применение, обгоняя Запад, в эпоху деятельности Льва Марковича Розенштейна (1924 – 1935 гг.), но в условиях тоталитарного государства имели поучительный конец: психиатрам предложили ограничить свою деятельность больничной психиатрией, т.е. выраженными психическими

расстройствами, осудили расширительную диагностику шизофрении за счет ее мягких форм и запретили вмешиваться в производство и общественную жизнь.

Наша действительность показывает, что пинелевская реформа — непрестанно уходящий вдаль горизонт. Достигнутое всякий раз оказывается лишь ступенью бесконечной лестницы: за длительной (с продвижениями, отступлениями, переменными успехами) борьбой с внешними атрибутами стеснения следует трудно обозримое разнообразие социальных условностей, стигматизирующих людей с психическими расстройствами, и новые контрасты оказываются подчас травмирующими не менее прежних. И тем не менее, нельзя не увидеть все более активную тенденцию к гуманизации общепринятых правил в развитых странах.

Сейчас в России проходит масштабная реформа, осуществляемая, на первый взгляд, по этим лекалам, восторжествовавшим во всех развитых странах. Вот только осуществляет реформу не Павел Якобий, и не Лев Розенштейн, и даже вообще не врач, а — в соответствии с эпохой — менеджер, также как непосредственные разработчики концепции, опубликованной в роскошном мало кому доступном журнале “Отечественные записки” (900 руб. издательская цена)³. Публичное обсуждение концепции реформы в Думе вызвало решительный протест против нее подавляющего числа присутствующих, но состоялось оно уже после ее принятия (НПЖ, 2005, 2, 72 – 74). Начавшись волонтаристски, без обсуждения с профессионалами и общественностью, заведомо непопулярная, она проводится топорно, так что временами сам министерский аппарат осаживает активность своего шефа. Но как оказался министром здравоохранения не врач, а человек, открыто проповедующий приоритет ресурсосбережения, а не здоровья? Неуместность тратиться на больных муковисцерозом, например? Такого рода приоритет — как хорошо известно — использовался в лагерях уничтожения нацистской Германии. У нас уже были министры, которых не смущали такие параллели.

Полное отвлечение от ценностного основания — сакрализации для врача человеческой жизни, что составляет специфику нашей профессии и не вызывало сомнений во все, даже более трудные, времена — ведет к деградации врачебного сословия, которое сегодня еще негодует, но чувствует себя бессильным. А каково больным и их родственникам?! Так медицина оказалась одной из наиболее взрывчатых тем всеобщего недовольства и напряжения. На таком основании не выстроить ни достойной медицины, ни крепкого государства.

² Найденный в 2006 г. орловскими коллегами портрет молодого П. И. Якобия подвергается сомнениям.

³ Каждый выпуск этого журнала восхищает грандиозным количеством умело подобранного иллюстративного материала. Но в этом выпуске издателю изменило чувство меры и вкуса — среди множества комических ситуаций на сюжет “врач и больной” помещен легко узнаваемый специфический рисунок гитлеровской эпохи: врач-еврей извивается вокруг больного. Таких примет времени все больше.

120-ЛЕТИЕ АРТУРА КРОНФЕЛЬДА (9.01.1886 – 16.10.1941)

Трагедия жизни и творчества Артура Кронфельда — классика и все еще современника¹

Приход к власти в Германии нацистов сыграл непоправимую роль в истории не только немецкой, но и мировой культуры, в частности, в истории психиатрии. Достигшая высоты с тех пор утраченной, немецкая психиатрия стояла на пороге решения самых фундаментальных и сложных профессиональных задач. Собственно, принципиально ею уже решенных, но требовавших для своего адекватного практического использования определенного уровня и характера интеллектуальной культуры и закрепления в массовой повседневной врачебной практике. Но именно эта почва была сметена тоталитарным режимом и последующей мировой войной.

Нацистская Германия в силу своей антисемитской политики лишила себя многих великих мыслителей и ученых. В философии это было отстранение Э. Гуссерля и К. Ясперса, эмиграция Э. Кассирера и всей Франкфуртской социологической школы. В психологии это были убийство Отто Липмана², эмиграция Вильяма Штерна, Карла и Шарлотты Бюлер, всех лидеров гештальт-школы и фактически всех видных психоаналитиков. В психиатрии — это была эмиграция пятой части всех профессионалов, в том числе основоположника нейро- и патопсихологии и “гештальт-направления” в психоневрологии Курта Гольдштейна, классика судебной психиатрии Густава Ашафенбурга, отстране-



ние другого классика психиатрии — Карла Бонгеффера, физическое устранение создателя электроэнцефалографии Ганса Бергера, изгнание лидера Гейдельбергской школы Карла Вильманса и Вилли Майер-Гросса, и психиатра-энциклопедиста и новатора Артура Кронфельда.

Трагическая личная судьба последнего отяготилась еще и судьбой его наследия последнего периода жизни, на 70 лет фактически выпавшего из международного научного оборота. Между тем, значимость и размах сделанного им за последние пять лет жизни удивительны. Это работы по центральному, стержневому вопросам теории и практики психиатрии: становлению синдромологии и нозологии, и их интеграции, представление о шизофрении и терапии психозов. Масштабность охвата, пронизательная проблематизация ключевых вопросов, глубина обсуждения, ясность и четкость привносимая в многочисленные запутанные споры и дискуссии вершинной эпохи немецкой психиатрии в их до сих пор самом современном звучании и конструктивный дух решения этих проблем делают их неуязвимой классикой. Многие десятилетия эти тексты, разбросанные по все более трудно доступным изданиям, как и несколько неопубликованных рукописей, циркулировали среди преданных своему делу российских профессионалов, как неиссякаемый источник строго научного знания. Теперь эти работы, наконец, собраны и делаются доступными. Теперь каждый сможет оценить, насколько они все еще основополагающи и современны.

Трагизм судьбы этого выдающегося психиатра состоял в том, что спасаясь от одного тоталитарного режима, он попал в другой и, в конце концов, вынужден был вместе с женой покончить самоубийством в 55-летнем возрасте.

¹ Предисловие к монографии Артура Кронфельда “Становление синдромологии и концепции шизофрении” (работы 1935 – 1940 гг.) — М., 2006.

В описании советского периода жизни А. Кронфельда использованы наши беседы с его ближайшим другом проф. Эрихом Яковлевичем Штернбергом и тогдашним директором Института психиатрии проф. Павлом Борисовичем Полявским и др.

² Ему было посвящено фармако-психологическое исследование Кронфельда о действии колы (1921 г.).

В настоящий том вошли труды Кронфельда, посвященные становлению синдромологии и концепции шизофрении. За рамками настоящего издания осталась большая серия работ, посвященных терапии психозов, — прежде всего, теоретическое обоснование и практическое использование инсулино-шоковой терапии. Благодаря усилиям Кронфельда, этот вид терапии был сразу после сообщения о нем в конце 1933 г. тщательно им изучен и поставлен в Советском Союзе уже в 1936 г., что обогатило терапевтический арсенал отечественной психиатрии мощным эффективным средством задолго до введения фармакотерапии.

За пределами настоящего издания осталась также публицистическая работа “Дегенераты у власти”, вопреки множеству малоизвестных фактов о вождях III Рейха — Г. Геринге, И. Геббельсе, Р. Гессе, Г. Гиммлере и др., вплоть до самого А. Гитлера, которого Кронфельд близко наблюдал в течение трех дней в качестве судебно-психиатрического эксперта в 1932 г. Но военная цензура придала этому тексту пропагандистскую стилистику, фактически переписав весь текст заново. Мы написали в предисловии к переизданию: “Здесь психиатрия откровенно внедряется в политику, не считаясь с медицинской тайной в отношении вождей Третьего Рейха и, наконец, использует понятие дегенерации в уничижительно-презрительном смысле обыденного словоупотребления. Среди задач Независимой психиатрической ассоциации — борьба со всем этим. Но не меняется ли все радикальным образом, когда речь идет о лидерах государства? И не является ли пример фашистской Германии ответом на этот вопрос?”³.

Артур Кронфельд родился в Берлине 9 января 1886 года в семье доктора юридических наук, королевского нотариуса, открывшего с 1884 г. адвокатскую практику. Он был сыном торнского кантора и много лет работал в комиссии по вопросам бедноты еврейской общины Берлина. Артур Кронфельд, с детства обнаруживший незаурядные разносторонние интересы и способности в области искусства, философии, гуманитарных, естественных и точных наук, изучал медицину в университетах Иены, Мюнхена, Берлина, и Гейдельберга, где кафедры психиатрии возглавляли, соответственно, О. Бинсвангер, Э. Крепелин, Т. Циен, Ф. Ниссль.

Уже первая написанная им в 19-летнем возрасте работа к 70-летию Эрнста Геккеля, которая переросла в вышедшую спустя год монографию “Эволюционно-теоретический трактат о сексуальности и эстетическом восприятии” (1906) привлекла внимание известного сексолога Магнуса Гиршфельда, включившего большое резюме этой книги — “Принцип дивергенции и сексуальная конртрреакция” — в свой журнал.

³ А. С. Кронфельд “Дегенераты у власти” — Издательство Независимой психиатрической ассоциации, М., 1993, тираж 60 000 экз.

Годы обучения (1904 – 1909) — это и годы активного общения с молодыми поэтами-экспрессионистами с публикацией собственных стихов в журналах “Штурм” и “Акцион”, и годы дружбы с будущими нобелевскими лауреатами в области медицины и физиологии Отто Маейрхольдом и Отто Варбургом, и известными математиками Паулем Бернайсом и Куртом Греллингом, что позволило Кронфельду с их помощью основательно вникнуть в ряд разделов математики.

С 1907 г. Кронфельд вошел в кружок Леонарда Нельсона (L. Nelson, 1882 – 1927), основоположника неогфризской школы неокантианства. Якоб Фридрих Фриз (J. F. Fries, 1773 – 1843) развивал критическую философию Канта в духе эмпирического психологизма, считая основой философии психологическую антропологию. Нельсон истолковывал этот психологизм как особый критический метод, позволяющий в процессе самонаблюдения обнаруживать априорные принципы. Он отстаивал идею философии как строгой науки, а основу научности видел в системности знания. Его высоко ценили Д. Гильберт, Р. Отто и К. Поппер, который называл Нельсона “выдающейся личностью”.

Творческая активность и разносторонняя подготовка обусловили такой уровень рефлексии, который заметно выделял Кронфельда среди коллег. В результате, Вильгельм Виндельбанд привлек его к работе на философском факультете, а Франц Ниссль, отличавшийся чрезвычайной тщательностью в подборе кадров, назначил руководителем университетской психиатрической клиники. В 1910 г. публикуется первая диссертация Кронфельда: “Реакция Вассермана и ее диагностическое значение в психиатрии”.

В 1910 – 1913 гг. Кронфельд работает в Гейдельберской клинике под руководством К. Вильманса в кругу Груле, Ясперса, Ветцеля, Гомбургера и Майер-Гросса. Это был, пожалуй, самый выдающийся коллектив профессионалов, где царила активная творческая атмосфера: консилиумы, обсуждения, представления больных, научные вечера с участием Ниссля, где обсуждались заранее объявлявшиеся темы и реферировались научные труды, и вечера в узком кругу у Груле, где с предельной свободой и страстью обсуждались все вопросы. Здесь, как вспоминал Ясперс, “великая самонадеянность многознания сочеталась с радикальной критикой, готовностью разобрать по косточкам любую точку зрения... и формировался “дух клиники”.

В этот период совместно с Майерхольдом, Варбургом и Ясперсом, Кронфельд выступает на итоговом годовом заседании кружка Нельсона с критикой психоанализа. На основе этого исследования Кронфельд публикует в 1912 г. монографию “О психологических теориях Фрейда и родственных воззрениях”, которая уже в 1913 г. появилась в русском переводе с намного более содержательным наименованием

“Психологическая механика”, которая запечатлела, пожалуй, наиболее серьезный недостаток психоанализа — механистический детерминизм. Впрочем, это было неизбежное следствие господствовавшей общенаучной парадигмы, которая уже противоречила данным самых разных наук. Высоко оценивая самого Фрейда, Кронфельд отмечает, что его учение “ничего общего со строго научными методами науки не имеет”.

Чрезвычайно острые дискуссии происходили и между сотрудниками клиники Ниссля. Но эти критические замечания — как дружеские, так и враждебные — шли на пользу. Кронфельда отличала особенная бескомпромиссность критики. Ясперс вспоминает один эпизод, явно имея в виду Кронфельда. “Один ассистент, мой ровесник, сделал упрек, который позже выдвигали многие против моей философии. Я хотел ударить по его догматизму в пользу критического освещения любой возможности поиска, оставив теорию в тени. Поэтому этот ассистент заявил: “У Вас нет убеждений. Так работать нельзя. Без пронизывающей теории нет науки, только благодаря теории наука становится наукой. Вы релятивист. Вы разрушаете основы точки зрения врача. Вы опасный нигилист”. Этот эпизод, а также атмосфера жесткой конкуренции, о которой пишет Ясперс, вскрывает основу той сдержанности впоследствии взаимных оценок этих выдающихся пролагателей новых путей в психиатрии. Оба стремились заложить научный фундамент психиатрии, сделать ее точной наукой, оба были противниками релятивизма. Но если Ясперс опирался при этом на Э. Гуссерля и Макса Вебера, то Кронфельд шел от неофризской школы неокантианцев (Л. Нельсон) и эволюционной морфологии Д. Х. Джексона. Он тоже опирался на Ф. Brentano и раннего Гуссерля, но ограничился описательной феноменологией в духе Т. Липпса, отрицая непосредственное схватывание сущностей. По большому счету они строили одно здание с разных сторон. Кронфельд часто ссылается на Ясперса, хотя был очень разочарован, что тот проигнорировал в третьем издании “Общей психопатологии” (1923) выношенную им и действительно незаурядную, ставшую для многих настольной книгой “Сущность психиатрического познания. Введение в общую психиатрию” (1920) объемом 485 стр. с посвящением “моему учителю Гуго Липману”. В третьем издании “Общей психопатологии” нет ни одной ссылки на Кронфельда, в последнем седьмом издании (1959) — шесть, включая только глухую ссылку на

эту работу. Работа Кронфельда совпадает по объему с “Общей психопатологией” Ясперса (3-е издание, 480 стр.), но это, прежде всего, грандиозное философское исследование, вовлекшее в обсуждение огромное число позиций различных философских направлений (неокантианского, феноменологического, позитивистского и др.), это философия психиатрии, которая решена в духе неофризского неокантианства⁴, тогда как Ясперс принципиально удерживается от каких-либо философских обоснований, ограничиваясь описанием феноменов, выработкой категориального аппарата общей психопатологии и ее проблематикой. В 1922 г. Кронфельд анализирует “патофизиологические работы” за последние 20 лет⁵. В 1923 г. Кронфельд дополняет основной текст этой фундаментальной монографии небольшой брошюрой на пионерскую до настоящего времени тему о социологической психопатологии и психопатологической социологии (“Психическая ненорма и общество”).

В 1912 г. Кронфельд защитил диссертацию на степень доктора философии (по психологии) “Экспериментальные механизмы сообразительности” под руководством Августа Мессера, одного из представителей Вюрцбургской психологической школы, впервые применившей экспериментальный подход к мышлению. В 1913 г. Кронфельд переходит в берлинскую психиатрическую клинику, где исследует проблему афазий под руководством Гуго Липмана. Эти исследования прервала мировая война, во время которой Кронфельд служил военным врачом под Верденом и был награжден двумя железными крестами. Весной 1917 г. после ранения в голову он организует психоневрологическое отделение во Фрайбурге. Здесь в августе 1918 г. он женится, а в ноябре, с крушением кайзеровской Германии, выступает в качестве члена солдатского Совета. Возобновление работы у Г. Липмана было прервано тяжелой болезнью отца и необходимостью обеспечивать семью частной практикой.

В июле 1919 г. совместно с М. Гиршфельдом он организует Институт сексологии и в течение семи лет руководит отделом психических сексуальных расстройств, публикуя серию монографий: “О психосексуальном инфантилизме”, об увядании, и т.д., а его монография “Сексуальная психопатология” (1923) выходит в знаменитой серии “Руководства по психиатрии” под редакцией Г. Ашаффенбурга.

Работа в этой области привела Кронфельда к психотерапевтическим исканиям. Он издает монографию “Гипноз и суггестия”, переведенную на русский язык

⁴ Больше всего ссылок в ней на Канта, Фриза и Нельсона и заканчивается она очерком о Якобе Фризе. Сохранившийся тщательно проработанный с множеством записей и пометок на полях экземпляр этой монографии в библиотеке Э. Я. Штернберга делает понятным философскую фундированность и острый критический дух полемических обзоров и статей Э. Я. Штернберга в адрес феноменологических школ немецкой психиатрии. Между тем, единственным портретом в кабинете Э. Я. Штернберга был портрет Ясперса (в эпоху, когда это не приветствовалось), а острота полемики отражала дух критической философии Л. Нельсона и этой работы А. Кронфельда.

⁵ Zblt. f.d.ges. Neur. Psych., 1922, XXVIII, 441 – 459.

(1927), а в своей вышедшей двумя изданиями с посвящением жене “Психотерапии” (1924, 1925) и главе в руководстве К. Бирнбаума “Психические лечебные методы” (1927) излагает основы психагогики (Psychagogik) — нового, предложенного им метода, синтезирующего психотерапию с педагогикой. Однако его попытка опереться на разработанную им общую теоретическую базу многообразных психотерапевтических направлений и методов для их практического объединения не встретила отклика: она не соответствовала конкурентным отношениям на этом поле, хотя и давала психотерапевтическим методам научный статус, как например, индивидуальной психологии Альфреда Адлера. Собственная психотерапевтическая деятельность принесла Кронфельду широкую известность. Он активный участник первых врачебных конгрессов по психотерапии (1926 – 1927), выступая по многим проблемам: “психотерапия в общей медицине”, “религия и психотерапия”, “социальная терапия и психотерапия в методах попечения”, “социальная потребность и социальная психотерапия”, “потребностный невроз” и мн.др. Наряду с Э. Кречмером он один из основателей Всеобщего врачебного общества по психотерапии и соредактор с Э. Кречмером, Р. Зоммером, Р. Аллерсом и Иоханесом Шульцем “Центрального журнала психотерапии”. В 1928 г. Кронфельд выдвигает концепцию мягкой шизофрении (schizophrenia mitis)⁶ и защищает диссертацию “Психология в психиатрии” на степень доктора медицины. С этого времени он приват-доцент Берлинского университета. В 1930 г. публикует “Перспективы психиатрии”, принимает участие в “Руководстве по медицинской психологии” под редакцией Карла Бирнбаума, разрабатывает теорию неврозов, отличную от психоаналитической. В 1931 г. получает звание профессора, а в 1932 г. совместно со своими учениками издает “Учебник по характерологии”, в котором систематизированы различные взгляды, методы исследования и обоснования критериев оценки человека. Здесь, в специальной разделе “Этика и характер” он помещает неопубликованные работы своего друга и философского наставника Л. Нельсона. На 10-м международном психологическом конгрессе (1932 г.) он посвящает выступление “Значению Кьеркегора для психологии”.

Надвигающийся национал-социализм вызвал у него, человека социально активного, члена социалистической партии, члена социалистического союза врачей, действенный отпор. В числе ведущих ученых Германии Кронфельд подписал призыв Социалистического Интернационала о необходимости коалиции всех левых партий накануне выборов. Эта коалиция была торпедирована Сталиным руками Коминтерна. В результате к власти пришли нацисты, и уже в апреле 1933 г., как пишет Ясперс, стало известно о первых

убийствах в концлагерях. Всякие беседы даже друг с другом прекратились. Единство народа оказалось мнимым: одни немцы были против других немцев.

Победа национал-социализма сделала невозможной вначале общественную, а с 1934 г и профессиональную деятельность Кронфельда (клиническую и преподавательскую). В 1935 г. он был принужден эмигрировать в Швейцарию, хотя за два года до этого удостоился редкой тогда чести: он был включен в биографический словарь выдающихся врачей последнего полувека.

В Швейцарии он некоторое время работал в частном санатории сына Фореля, но вскоре швейцарские власти отказали ему в убежище. Благодаря переписке со своим молодым коллегой по работе в области афазий из клиники К. Бонгеффера Эрихом Штернбергом⁷, эмигрировавшим в 1933 г. в Москву, и его посредничестве, Кронфельд был проведен по конкурсу на заведование отделением экспериментальной патологии и терапии психозов (на 120 коек) Московского городского научно-исследовательского невро-психиатрического института им. П. Б. Ганнушкина (директор С. В. Крайц)⁸ и в 1936 г. переселился с женой и своей гигантской библиотекой в Москву, не подозревая, что здесь с декабря 1934 г. начался массовый террор.

Радужная встреча коллег, хорошо понимавших значимость его фигуры, традиционно глубокие корни немецкой психиатрии в России и хорошее знание многими немецкого языка, предоставление квартиры на территории Института, “отличное впечатление” от лабораторий и клиник Института и, наконец, возможность тесного общения и сотрудничества с давним коллегой Э. Штернбергом содействовали творческому энтузиазму, с которым Кронфельд проработал последние пять лет своей жизни. Уже спустя год он получил советское гражданство и овладел русским языком.

В результате, профессиональная деятельность Кронфельда в России началась и продолжалась с большим неослабевающим подъемом параллельно по всем трем основным направлениям: изучение синдромологических закономерностей, становление представлений о шизофрении и ее терапия. По приезде в Москву Кронфельд публикует фундаментальную работу “Современные проблемы учения о шизофрении”, а также совместно с Э. Штернбергом пионерскую работу о первом опыте инсулино-шоковой терапии в Москве, а в декабре 1936 г. на втором съезде психиатров уже делает доклад о лечении инсулиновым шоком 120 больных шизофренией. Обе эти проблемы — клинико-диагностическая и лечебно-практи-

⁶ Nervenarzt, 1928, Bd. 1, s. 46 – 51.

⁷ Соавтор принципиально важной работы Кронфельда 1927 г. “Построение классического учения об афазии”.

⁸ Этот институт, также как Институт невро-психиатрической профилактики им. Вильгельма Крамера, находился на базе психиатрической больницы им. П. Б. Ганнушкина, даже составлял с ней одно целое.

ческая — хорошо отражают широкий и целостный охват им наиболее актуальной проблематики и четкую позицию: так он выступает в прениях по самой острой проблеме съезда — пониманию и границам мягкой шизофрении.

Второй всесоюзный съезд психиатров стал кульминацией разгрома психопрофилактического направления советской психиатрии Л. М. Розенштейна. Сама проблематика наиболее ранних и наиболее мягких проявлений шизофрении, сама профилактическая направленность усилий неизбежно вели, особенно в руках рядовых психиатров, к непомерной гипердиагностике, а с другой стороны, к столкновению с чисто экономическим подходом к здравоохранению, к вмешательству психиатров в производственные процессы. Накануне приезда в Москву Кронфельд принял участие в юбилейном сборнике, посвященном 20-летию деятельности Н. П. Бруханского (1935), который как и Л. М. Розенштейн, в значительной мере опирался на Ясперса. Бруханский опубликовал подробный реферат работы Кронфельда “Перспективы психиатрии”. Оба к тому времени подвергались критике, но Розенштейн “вовремя” умер в январе 1934 г. в возрасте 50 лет, а Бруханский был арестован и вскоре погиб в тюрьме.

Атмосфера Большого Террора в советской России придает судьбе Артура Кронфельда особенно драматическую ноту. Казалось бы, он был защищен репутацией видного антифашиста, но Сталин на протяжении 1931 – 1941 гг. “по крайней мере четырежды меняет свою политику в отношении Германии на 180 градусов”. С 1935 г. он ищет возможности для соглашения с Гитлером и достигает его в 1939 г.

1936 год, когда Кронфельд переселился в Москву, ознаменовался принятием “самой демократической в мире” “сталинской конституции” — части той тотальной лжи, той сладкой декорации, которой советское государство отличалось от гитлеровской Германии. Общим был тотальный террор, распространившийся на детей с 12 лет, включая расстрел и санкции за недоносительство (в СССР с 1935, в Германии с 1944 гг.). Только в 1937 – 1938 гг. было арестовано 7 млн. человек, из них один миллион расстрелян, два миллиона умерли в заключении⁹. В 1935 г. были закрыты все общественные организации от старых большевиков до филателистов, в 1936 г. были осуждены и уничтожены педология и психотехника. Мы не знаем, когда Кронфельд понял, где он оказался, но выбирать ему уже не приходилось. Эрих Яковлевич Штернберг сокрушался впоследствии, что способствовал приезду Кронфельда в Советский Союз. Сам он был репрессирован в марте 1938 г. на 16 лет. Это был самый близкий для Кронфельда человек. В конце 1930-х годов было репрессировано множество выдающихся ученых, в том числе эмигрантов, спасавшихся от Гитлера.

⁹ Для сравнения: за 4 года Первой мировой войны Германия потеряла 2 миллиона человек.

Так, расстреляны один из основоположников квантовой химии Ганс Гельман, автор “Теоретической биологии” Отто Бауэр, в 1940 г. выданы Гитлеру физики А. Вайсберг и Ф. Хоутерманс. С 08.1937 г. по 12.1938 г. было арестовано до 820 германских граждан, около 620 из них высланы в Германию.

Насколько все было непросто, свидетельствуют предисловие к первому сборнику трудов Института им. Ганнушкина (1936): “Решение ЦК ВКП(б) об извращениях и ошибках в области педологии, по существу, имеет для всех нас решающее и руководящее значение для уяснения условий возникновения и ошибочности взглядов, связанных с “теорией” мягкой шизофрении”. В примечании от редакции к статье Кронфельда, открывавшей сборник, сказано: “...такого рода синтез требует прежде всего последовательно материалистической критики всего синтезированного материала и только тогда получает свое выражение в некоторой новой точке зрения, чего автор не дает и по существу остается на персоналистских позициях”. Таким образом, все точки над *i* были поставлены с самого начала зловещим предостережением.

Это объясняет, почему основной массив ежегодных работ Кронфельда был посвящен инсулино-шоковой терапии, — это была не просто наиболее нейтральная тема для такого выдающегося теоретика как Кронфельд, эта тема была продиктована Вторым всесоюзным съездом психиатров как главная задача советской психиатрии — сузить претензии психопрофилактически ориентированной психиатрии с ее акцентом на амбулаторной службе до госпитальной физиологически ориентированной психиатрии. Кронфельд показал себя глубоким исследователем и на этом, новом для себя поле биологической терапии шизофрении. Первые его две публикации по приезду в Советский Союз (в первом сборнике трудов Института им. Ганнушкина) посвящены “Современным проблемам учения о шизофрении” и — совместно с Э. Штернбергом — первому опыту инсулино-шоковой терапии в Советском Союзе (36 больных), сопоставительно с данным венской (М. Закель) и бернской (М. Мюллер) клиник (соответственно, 104 и 75 больных). Но уже в декабре 1937 г. на Втором съезде психиатров Кронфельд доложил результаты лечения 120 больных шизофренией, в 1937 г. анализирует “Психопатологию процессов улучшения при инсулиновой терапии шизофрении”, в 1938 (совместно с М. Я. Серейским) обсуждает общие итоги этого лечения, а в 1940 г. с большой группой соавторов обобщает катамнезы 607 больных шизофренией.

Только в 1940 г. он публикует свои работы по синдромологии: “Проблемы синдромологии и нозологии в современной психиатрии”, “Сновидения и галлюцинации” и “К вопросу о синдроме раздвоения”.

Помимо клинико-терапевтической и исследовательской деятельности в Институте, Кронфельд читает лекции, в частности, в 1937 г. курс психотерапии в

Харьковской психоневрологической академии¹⁰, консультирует больных и врачей Преображенской больницы (гл. врач М. А. Джагаров) в Москве и Костромской психиатрической больницы, общается с коллегами своего института и Института невро-психиатрической профилактики им. Вильгельма Крамера (директор В. А. Внуков, с 1940 г. — П. Б. Посвянский) М. Я. Серейским, С. Г. Жислиным, И. Г. Равкиным, А. В. Снежневским, М. И. Вайсфельдом, Т. А. Гейером, С. И. Консторумом, Р. Е. Люстерником, П. Е. Снесаревым и др., и много пишет не только в советских, но до 1938 г. также в австрийских, швейцарских, голландских, болгарских изданиях. В 1936 г. в США выходит перевод его работы “Психология в психиатрии”.

В советских условиях Кронфельд вынужден был писать с оглядкой на идеологическую цензуру, что придало его текстам классическую сдержанность и простоту, критический дух отличал его всегда. Это было время разгрома Института невро-психиатрической профилактики (1936) и Украинской психоневрологической академии (1937), время атомизации общества, время массового доноительства.

С началом войны антифашистская заряженность Кронфельда делается востребованной: он выступает с речами на гитлеровскую армию, а издательство газеты “Медицинский работник” большим тиражом выпускает его брошюру “Дегенераты у власти” о вождях III Рейха (1941). Но ситуация во всех отношениях стремительно ухудшается. В сентябре была осуществлена депортация немцев Москвы и Московской области. 12 октября Кронфельд принимает участие в массовом антифашистском митинге научных работников, а 14 октября немецкие войска, прорвав оборону, подходят непосредственно к Москве. 15 октября принимается решение об эвакуации. Слухи об этом вызывают панику. 16 октября сотрудники Института лихорадочно готовятся к отъезду, а Кронфельд не находит в списках эвакуируемых то ли своего имени, то ли имени жены. Он не находит их ни в своем Институте им. Ганнушкина, ни в Московском институте психиатрии, ни в Первом московском медицинском институте на Б. Пироговке, на другом конце города, куда вынужден добираться пешком в холодный ветреный день с Преображенки, где жил на территории Института, и где теперь спецотряды сжигают архивы Института, включая амбулаторные карты и истории болезни — плоды десятилетнего рафинированного труда школы Л. М. Розенштейна, так и не дожившие до своих катамнезов, решивших бы столько кардинальных вопросов. Они воочию обесценивались без всякого смысла одномерным мышлением НКВД. Всеми забытый, никому не нужный, фактически без средств к существованию, да еще с немецким акцентом, в условиях совершенно неустроенного быта, перед лицом

¹⁰ Видимо, по инициативе президента Академии Л. Л. Рохлина, тогда же арестованного. В 1930 г. Рохлин стажировался в клинике К. Бонгеффера в бытность там Кронфельда приват-доцентом.

организационного хаоса и хамства неустоявшейся гражданской жизни военного времени, остро почувствовавший себя в этот кризисный момент отстраняемым чужаком даже в среде, которая только и могла понимать и ценить высоту профессионализма. Несколько профессорских семей, живших в том же доме, что и он, грузили свое барахло на несколько полуторок. Для Кронфельда там не было места. Все попытки и все перспективы вырваться были пресечены, кроме одной — попасть в руки нацистов. Но это был не страх. Страх был вокруг, и все, чем он жил, было обесценено. Утром 17 октября вместе с женой он принял большую дозу веронала. В этот роковой момент рядом не оказалось никого из по-настоящему близких людей или людей, способных в цейтноте критического момента проявить должный пиетет. — Дело в том, что значительная часть сотрудников и руководства Института были мобилизованы в армию. Сумевший отлучиться в Москву, живший по соседству заместитель директора Института им. Ганнушкина А. В. Снежневский опоздал буквально на несколько часов... Так погиб один из самых талантливых психиатров века, с которым оборвался начавшийся было ренессанс российской психиатрии, ренессанс в условиях террора!

Директор Московского института психиатрии МЗ РСФСР¹¹ тех лет проф. П. Б. Посвянский всю последующую жизнь горько сокрушался, обвиняя себя в случившемся. Но как обычно бывает в таких случаях, вина на деле лежит на всех. Но не в смысле исключения персональной ответственности, а — наоборот — в смысле персональной ответственности каждого, даже молодого психиатра.

Гомологичным рядом к судьбе Артура Кронфельда выглядит судьба его грандиозной профессиональной библиотеки, вывезти которую из Германии удалось благодаря происхождению его жены из немецкой аристократии. Долгое время занимавшая половину пространства институтской библиотеки, она оставалась почти не востребованной. Годами на нее лилась вода с прохудившегося потолка в подставляемые миски и ведра, пока при переезде в другое помещение в середине 1990-х годов не была наполовину расхищена. Утеряны даже многие книги самого Кронфельда — написанные им или с его пометками.

Однако судьба научного наследия Кронфельда в России контрастирует со всем этим. Труды Кронфельда всегда были и остаются наиболее ценными среди высоких профессионалов и серьезно повлияли на них. Нынешнее издание позволит вернуть ставшие трудно доступными работы Кронфельда новому поколению психиатров. Более того, переводом основной работы Кронфельда российского периода на немецкий язык, это издание укрепляет основу как для более глубокого взаимопонимания немецких и российских психиатров, так и продвижения решения фундаментальных вопросов самой психиатрии.

¹¹ Новое наименование с 1941 г. института невро-психиатрической профилактики им. В. В. Крамера.

О смерти Кронфельда в Германии узнали уже после войны. Многие знавшие его коллеги — прежде всего Эрнст Кречмер, его сын Вольфганг Кречмер пользовались каждым случаем, чтобы воздать ему должное. К 100-летию Кронфельда д-р Инге-Вольф Киттель издал в серии библиотеки Константского университета выразительную книгу-альбом (1988), отображающую вклад Кронфельда во многие разделы психиатрии, прежде всего, в ее научный фундамент. В 1991 г. “Журнал невропатологии и психиатрии им. Корсакова” (№ 12) впервые воскресил имя А. Кронфельда работой проф. Н. А. Корнетова из Томска. В 1993 г. Независимая психиатрическая ассоциация России считала актуальным переиздать 60-тысячным тиражом антифашистскую работу Кронфельда “Дегенераты у власти”. В 1996 г. украинские коллеги переиздали к своему Первому национальному конгрессу “Проблемы синдромологии и нозологии в современной психиатрии”. В 2001 – 2002 гг. Независимая психиатрическая ассоциация России впервые опубликовала перевод Б. Г. Кравцова диссертации Кронфельда “Психология в психиатрии” (НПЖ, 2001, 4; 2002, 1, 2). Уровень обсуждения этой очень актуальной темы у Кронфельда в 1927 г. значительно глубже и тоньше, чем бытовавший у нас до недавнего времени. Прежде русские переводы произведений Кронфельда публиковались значительно быстрее. Критика теории Фрейда появилась через год после немецкого издания (1913), “Гипноз и внушение” — спустя несколько лет (1927), подробный реферат “Перспектив психиатрии” спустя четыре года (1934). Нынешнее переиздание — спустя почти 70 лет. И тем не менее, оно по-прежнему актуально, — признак настоящей классики.

Наше обращение в посольство Федеративной Республики Германии в Москве за помощью в переиздании работ А. Кронфельда встретило понимающий отклик, за что мы выражаем глубокую благодарность.

Для адекватного понимания текстов Кронфельда важно знать содержание его основных трудов, его путь и его истоки. Он остался им верен. Обсуждавшаяся Кронфельдом проблематика сохранила актуальность до настоящего времени, в частности, его неявная полемика с Ясперсом относительно взаимоотношения науки и философии, организующей роли теории, формулирования центральных вопросов общей психопатологии.

Если для Кронфельда без теории нет науки, то Ясперс категорически не принимал любые формы знания, начинавшегося с теоретизирования или философствования: наука должна знать свои границы, философией нельзя заниматься как физикой. Даже программную задачу Гуссерля — “философия как строгая наука” он назвал пошлой. Тем более Ясперс не принимал смешения науки с философией и критически относился к экзистенциалистской психиатрии Л. Бинсвангера. Ясперс вообще отрицал возможность антропологии в качестве науки, а только в качестве философской антропологии. Однако эта альтернатива первоначально была чересчур заострена, так как в конечном счете мы

видим, что почти все цитаты Ясперса из Кронфельда представляют превосходные конкретные феноменологические описания. Кронфельд даже предпосылает своей книге “Сущность психиатрического познания” эпиграф из Гете: “Сами факты — уже теория”. Обращение к этому высказыванию Гете, предтече феноменологии, — это уже четкое отрицание крайностей одностороннего фактуализма, в котором факты поглощают теорию, и одностороннего теоретизма, для которого факты — теоретические конструкции. Гете не противопоставлял их: “Что называют идеей: то, что всегда обнаруживается в явлении и притом выступает, как закон всякого явления”. Но это уже и есть постижение сущности, тогда как “каждый слышит только то, что он понимает”¹². Таким образом, усмотрение сущности требует определенного уровня и стиля от самого исследователя, начинающего с предваряющего все прочее феноменологического метода. Кронфельд отвечал этому.

В результате, Ясперс заложил основы новой предельтики психиатрии, фактически создал ее заново, а Кронфельд сумел внести стройный порядок в сложнейшие переплетения клиничко-психопатологических дифференциаций, обеспечив становление новой научной синдромологии. Оба поспособствовали конструктивному взаимодействию феноменологического и индуктивного методов в психиатрии, психопатологического и клинического направлений в ней. Кронфельду мы обязаны наиболее взвешенным, клинически и теоретически выверенным пониманием принципа нозологии.

Для нас главным является то, что объединяет, а не разделяет Кронфельда с Ясперсом. Это их общее устремление превратить общую психопатологию в строгую науку. Дополнительность их вклада естественным образом вытекает из различной формулировки ими **главного вопроса общей психопатологии**.

Для Ясперса это всякий раз в отношении каждого конкретного больного вопрос: “развитие личности или процесс?”.

Для Кронфельда — “как соотносятся патопсихология и психопатология?” и “в чем существо основного расстройства?”.

Мы видим, что это более теоретично и философично сформулированный фактически тот же самый вопрос. “Развитие личности” — предмет психологии, “патологическое развитие личности” — предмет патопсихологии и психопатологии, “процесс” — предмет психопатологии.

В основе многих разноречий и споров лежит невнимание к разнообразию и разнородности смысла, вкладываемого в одни и те же понятия, **проблема тотальной омонимичности**, тем более во взаимоотношении содержания таких разных фундаментальных понятий как “психическое”, “психологическое” и “пси-

¹² И. В. Гете “Избранные сочинения по естествознанию” — М., 1957, с. 396 – 397.

хопатологическое”. В данном случае нам важно знать, как их понимал сам Кронфельд, иначе мы рискуем, читая его, читать на деле очень от него далекое, фактически другое. Его понимание соответствует неокантианскому. Согласно Кронфельду, в психиатрии сама природа предмета исследования определяет две ведущих точки зрения: психологическую и клинико-патологическую. Предметом первой является целая психическая личность и нарушения целостного процесса душевной жизни (психогенез). Предметом второй — конкретные ненормальные психические явления, нозологические единицы, соматогенез, ненормальный метаболизм (“Психология в психиатрии”). Согласно Кронфельду, сфера ненормальных психических явлений шире, чем психологическая точка зрения. Основное психопатологическое расстройство находится на большей глубине, оно — в едином изменении самой организации и невыводимо “только из психологических основ и предпосылок личности как таковой”, его просто нужно принять как органическую обусловленность.

Кронфельд использует понятие “психологический” не в том узко аналитическом смысле, к которому привыкли психологи послевоенной советской выучки, — ограничивающимся изучением отдельных психологических функций, да и то по преимуществу только когнитивной сферы: ощущений, восприятий, памяти, мышления. Концепции, акцентирующие аффективную сферу, например, Ganzheitspsychologi Felix Ktuger, клеймились как “мистические”. Более того, не проводилось принципиальное, классическое после Франца Brentano различие между содержанием и формой психических актов. Между тем, только последнее — предмет собственно психологии. Содержаниями занялась после “Логических исследований” Э. Гуссерля феноменология. Наконец, аналитизм подхода той поры был неизбежен в силу того, что понятие “личности” в Советском Союзе было фактически устранено постановлением ЦК ВКП(б) 1936 г. о педологии, которая воплощала целостный личностный подход¹³. Рассмотрение каждого феномена в узко психологическом и личностном аспектах стало обозначать не более, чем различие “общего” и “индивидуального”. В этих условиях деформации и полного извращения фундаментальных исходных подходов провозглашение Кронфельдом психологического подхода как неперемнной части психиатрии воспринималось А. В. Снежневским, а вслед за ним официальной советской психиатрией буквально, в духе до-ясперсовской эпохи. “Психология” после Павловских сессий (1950, 1951) воспринималась как “идеологический враг”. Это надолго отодвинуло не только переиздание работ Кронфельда, но даже ссылки на него. Нелепость этой ситуации очевидна из четкой аргументации Кронфельдом, что “основное расстройство” при различных психотических расстройствах не-

выводимо ни из характерологического типа, ни из психической жизни больного, ни из личности больного. Личность только опосредует связь основного расстройства с церебральным процессом. Мы видим, что существо дела было в разных ценностях и целях Кронфельда и идеологического ведомства, которому его рафинированный уровень был только помехой, которую было проще игнорировать, чем оспаривать.

Кронфельду мы обязаны решением многих фундаментальных проблем, которые — среди тех, кто незнаком с его творчеством, — до сих пор являются предметом частых непродуктивных споров.

Казалось бы несовместимые друг с другом клинико-нозологическое направление Э. Крепелина и синдромологическое направление А. Гохе, объединяются Кронфельдом в рамках более широкой синтетической теории. Он показывает также, как нозологическое мышление “принуждено неизменно пользоваться” психопатологическим подходом и, таким образом, как совместить представления Крепелина и Блейлера. Такой синтез — путь и Клерамбо, и Берце, и гейдельбергской школы.

В противоположность современному упрощенному пониманию, Кронфельд давно ясно показал как еще Крепелин, в непрерывном творческом развитии своей концепции, “ослабил противоположность понятий эндо- и экзогенного, объединяя их взаимодействием понятием процесса”, как развития собственно общепатологической закономерности. Кронфельд подчеркивает, что “принцип противопоставления “эндогенных процессов” и “экзогенных типов реакций” является и теоретически, и клинически ошибочным не только для отграничения действительных нозологических единиц, но также и для синдромологических исследований”.

Эта высоко конструктивная позиция контрастирует и никак не совместима с грубыми, совершенно несвойственными Кронфельду по стилю, тону, смыслу и даже уровню элементарной грамотности, выпадами против “лженаучной психиатрической генетики” “в псевдонаучной идеологически реакционной форме, которая идет от Блейлера”¹⁴ и т.п., которые явно вписаны чужой рукой и понятны из исторического контекста. Аресты советских генетиков начались с 1932 года, в 1938 г. президентом ВАСХНИЛ стал Т. Д. Лысенко, а в 1940 г. был арестован акад. Николай Вавилов. Но и в нацистской Германии “учение о наследственности” стало политическим оружием. В этой сложной и опасной ситуации политизации науки Кронфельд сохраняет строгость научного подхода, противопоставляя спекуляциям Рюдина, Гоффмана и

¹⁴ Тем более, что чуть дальше ощутима рука самого Кронфельда: “как ненаучно было преувеличение значения наследственного предрасположения со стороны Блейлера, Кречмера, Мауца и др., так же ненаучно было бы вовсе отрицать это значение или пренебрегать им”, и “мы признаем клинически доказанную относительную специфичность конституциональных факторов в отношении некоторых форм... например, синтонности...”.

¹³ Понятие личности было “реабилитировано” лишь в 1969 г.

Люксенбургера беспристрастные, “очень тщательные работы Бовина, которые полностью опровергают работы Рюдина”, позицию Бюргер-Принца, Майер-Гросса, Груле, Берце, Бумке, школы Клейста, и со своей стороны обосновывает положение, что “ни один синдром не порождается единой “монотипической” реактивной базой”, которая “не может быть исключительно наследственной, индивидуально-конституциональной”. “Мы не имеем права смешивать **общепатологическое** понятие абиотрофического процесса с **генетическим** понятием абиотрофического **предрасположения**”. “Статистика наследственности тесно связана с допущением генетического родства между шизоидией и шизофренным психозом... Если ее выводят из статистики наследственности, то совершают логическую ошибку: извлекают из статистики то, что предвзвешено было вложено в нее.

Чрезвычайно важно привнесение им в психиатрию понятия глубины расстройства в духе концепции Джексона. Глубина болезненных расстройств измеряется мерой регресса функциональной структуры на более примитивный, слабо дифференцированный уровень. В соответствии с Джексоном, понятия о центрах, слоях, глубине носят у него не буквальны морфологический смысл локализации, а фигуральный, метафорический, виртуально-смысловой, избегая тем самым ошибки изоморфизма ранней гештальт-психологии — восприятие квадрата сопровождается в мозгу не копией этой фигуры, а перекодировкой на “другой язык”.

Поучительно, особенно с методологической точки зрения, решение Кронфельдом проблемы атипических психозов и его уничтожающая критика концепции смешанных форм, представляющим *retitio principii*, методологический самообман. О смешанных формах правомерно говорить только в чисто дескриптивном смысле, но не в смысле структуры патогенеза.

Разработанный Кронфельдом гетеротипизирующий структурный анализ синдромов, — в основе которого лежит методологическое преобразование атипичности, что лишает его теоретической предвзятости, — представляет эффективный метод интеграции синдромологического и нозологического подходов.

Наконец, Кронфельд внес ясность в самый сложный и актуальный до настоящего времени вопрос психиатрии, особенно важный и болезненный для отечественных психиатров: проблему “мягкой”, “малопрогрессиентной”, “вялотекущей” шизофрении. За счет, прежде всего, этого диагноза диагностика шизофрении в 1960–1980 годы в Советском Союзе втрое превышала международный уровень¹⁵, что — в условиях тоталитарного режима с его уголовным преследованием за “антисоветскую пропаганду” — привело к беспрецедентному по масштабам использованию психиатрии в политических целях: для дискредитации и подавления правозащитного движения. В 1936 г. на 2-ом Всесоюзном съезде психиатров Крон-

фельд выступил с разъяснением, что выделенная им в 1928 году “мягкая шизофрения” представляет особую форму явного шизофренического процесса, который “всегда дебютирует острой психотической фазой” и на долгие годы сохраняет манифестную симптоматику, которую больные настолько компенсируют, что остаются социально сохранными. “Непомерное расширение”, по его словам, этой первоначальной концепции проявилось в диагностике шизофрении там, где речь шла о предположительно инициальной, а не достоверно резидуальной симптоматике (так как она не начиналась с шуба), и где эта симптоматика не носила манифестного характера. Таким образом, четко очерченная Кронфельдом **форма** шизофрении фактически превратилась под тем же названием “мягкой шизофрении” в инициальную **стадию** abortивной, асимптоматической по степени выраженности болезни, т.е., несомненное качественное отличие оказалось подмененным непрерывным континуумом количественных отличий от здоровой нормы. И тем не менее, с претензией называться самостоятельной формой шизофрении — той, которая впоследствии получила наименование “малопрогрессиентной”, “вялотекущей”. Смазанным оказалось даже различие болезни и патологии (стационарной негативной симптоматики) — закономерный итог академического подхода, его рафинированной утонченности, не годящейся, даже противопоказанной для широкого употребления, оторванного от учета социального аспекта: возможностей реальной практики, социальной компенсации, социальных последствий такой диагностики. Рецидив расширительного подхода 1960–1980-х годов в какой-то мере объясняет, почему труды Кронфельда не переиздавались.

В контексте реконструированного им широкого исторического полотна выделения шизофрении, Кронфельд обсудил наиболее актуальные и спорные вопросы этого центрального психического заболевания. Основное расстройство при шизофрении — не в содержании психоза, не в амбивалентности и аутизме как у Блейлера, а в его “формальных моментах” — структуре и связях сомато-психической деятельности. Для их установления “необходимы совершенно другие методы, чем те психолого-динамические методы, которыми пользовался Блейлер. Необходим анализ структуры симптома”. Это фактически тот же путь, какой представляли “микросимптомы” Л. М. Розенштейна, путь от симптома к феномену.

Мы видим, что творчество последнего драматического этапа деятельности Артура Кронфельда — один из выдающихся взлетов нашего предмета в тонкости клинических анализов, широте теоретических обобщений и конструктивным решении многих бесконечных споров.

Ю. С. Савенко

¹⁵ Гиндилис В. М. Вклад генетики в клиническую систематику эндогенных психозов // “Пути обновления психиатрии”, Независимая психиатрическая ассоциация, 1991, с. 80–98.

Что такое “расстройство критики”?

(продолжение полемики)

И. М. Беккер (Набережные Челны)

Не пытаясь анализировать две замечательные статьи, опубликованные в НПЖ, № 4, 2006 г., мы хотели бы в продолжение дискуссии о проблемах критики в разрезе феноменологического подхода, представить два клинических случая с особыми вариантами критики и некритичности больных к имевшим место болезненным бредовым переживаниям. Нам хотелось бы описать эти случаи непредвзято, не предвзяя клинические описания сущностными характеристиками описываемых феноменов, в том числе, и особыми вариантами некритичности.

Случай 1 (приводится с незначительными купюрами). Светлана Ивановна, 1955 г. рожд., родилась в Нижегородской области, в крестьянской семье. Воспитывалась обоими родителями. Отец умер 20 лет назад, мать была убита дочерью. Родилась 2-м ребенком. Раннее развитие прошло без особенностей. В школу пошла с 7 лет, училась на “хорошо” и “отлично”. Любила уроки химии и гуманитарные предметы, посещала спортивные кружки. Закончила 10 классов. Росла умеренно общительной, имела одну близкую подругу. После окончания 10 классов поступила в кулинарное училище. Училище закончила с отличием, после чего ее оставили работать в этом же училище мастером. Из производственной характеристики известно, что за время работы показала себя высококвалифицированным специалистом, умеющим привить учащимся навыки самостоятельного труда и любовь к избранной профессии. Важнейшим условием ее педагогической деятельности был тщательный отбор учебных средств и методов обучения. Руководство отмечало, что преподаватель была в постоянном творческом поиске: Мастер высокой профессиональной компетентности, она старалась полностью реализовать себя. За успехи в труде была награждена в 1985 г. значком “Отличник профтехобразования”, в 1998 г. ей присвоили звание “Заслуженный учитель школы РТ”. Поступила на заочное отделение в техникум советской торговли. Замуж вышла в 25 лет. Беременности — 4, роды 2, 2 медицинских аборта. На момент появления в поле зрения психиатрической службы имела 2-х детей: 17-ти лет, и 21 года. Дети проживали вместе с матерью. Семейная жизнь протекала в первые годы нормаль-

но. Семья распалась за 1,5 года до первого психиатрического освидетельствования, в связи с развитием настоящего заболевания. Спиртные напитки употребляла “как все”, “по праздникам”, злоупотребление отрицала. Считала себя больной, заразившейся вирусным гепатитом-С с момента оперативного вмешательства в 1998 году. Из истории болезни психоневрологического диспансера г. Набережные Челны мы узнаем, что находилась на стационарном лечении с 8.10.02 г. по 6.12.02 г. с диагнозом: шизофрения параноидная, приступообразно-прогредиентное течение, аффективно-бредовый синдром. Было зафиксировано, что наследственностьотягощена: сестра больна шизофренией, наблюдается в психиатрическом учреждении. Светлана Ивановна около 7 лет назад прошла курс лечения у психотерапевта по поводу какого-то “неврозоподобного состояния” и снижения настроения. Долгое время страдала желудочно-кишечными заболеваниями, после приступа желчной колики была прооперирована в октябре 1998 г., сразу после операции у нее поднялась температура и держалась все дни, несмотря на проводимое лечение. Выписалась с субфебрильной температурой. В декабре месяце этого же года ей сообщили, что у нее обнаружили вирусный гепатит (наличие вирусного гепатита-С действительно подтверждалось и подтверждено последним обследованием от 11.10.2002 г. “положительный анти-ВГС”). Стала упорно искать причину этого, появилась подозрительность, стала упрекать детей в том, что они ничего не замечают и за это, видимо, им заплатили деньги (последнее — со слов дочери). Проходила лечение в инфекционной больнице в марте 1998 г., без улучшения (со слов больной, даже наблюдались ухудшение состояния). Больная обвиняла врачей БСМП в том, что ее, якобы, намеренно заразили гепатитом. Была также консультирована профессорами Фазыловым, Яналеевой, профессором Йельского университета США, в Казани, на кафедре инфекционных болезней, которые подтвердили диагноз хронического гепатита. Со слов дочери, не найдя понимания у родных, уехала к матери в Нижегородскую область около 2,5 лет назад, где с больной случился “психоз”, во время которого она топором убила свою мать. Началось следствие, но суда не было

(со слов больной, находилась в КПЗ в течение трех недель, в СИЗО — 3,5 мес.). Затем она была отпущена (?) под ответственность мужа “на поруки”. Вернувшись в Набережные Челны, сохранялись соматические жалобы, а именно — сильный зуд по всему телу, не спала ночами, не работала. Муж ушел от больной за год до начала психиатрического лечения. Последнее время торговала на рынке. Проживала в квартире с детьми.

Попала под наблюдение психиатров после того, как Управление здравоохранения направило в ПНД письмо Светланы Ивановны, адресованное премьер-министру РФ Касьянову М. М. В связи с весьма вероятным наличием у автора письма бредовых расстройств, письмо было рассмотрено, выявлены высказывания нелепого содержания (“он все мысли знает”, “общаясь с ним, чувствовала какую-то неземную связь их с мужем”, “мои кости, позвоночный столб сжаты”, “инфекционист ощущается овсом” и т.п.), вынесено заключение о необходимости недобровольного психиатрического освидетельствования. Суд заявление удовлетворил, больная некоторое время наблюдалась участковым психиатром, принимала лечение, но высказывала сомнения в целесообразности этого, ссылаясь на заболевание гепатитом. На протяжении года дважды психоневрологический диспансер направлял официальные запросы в Нижегородскую область, в управление внутренних дел района и районную прокуратуру, для подтверждения факта совершения ею тяжелого правонарушения. Ответов не было.

8.10.2002 г. была доставлена машиной “скорой помощи”, в связи с изменившимся состоянием: в день поступления стала кричать на дочь и упрекать ее в бездействии, была возбуждена, что побудило дочь вызвать “03”. В последнее время, со слов дочери, больная угрожала самоубийством и тем, что перельет свою кровь им. При поступлении оказала бурное сопротивление попытке осмотра, кричала: “...хотите меня усыпить и кровь перелить”... Пришла на беседу в сопровождении медсестры, села на предложенный стул. Внешне опрятна. Сознание не помрачено. Поза несколько зажата, руки скрещены на груди, но в процессе беседы больная свободно меняет позы. Двигательно спокойна. Походка свободная. Выражение лица спокойное, но в ходе беседы быстро становится напряженным, злобным, аффективно заряженным. Взгляд насмешливо-ненавидящий. Легко раздражается. При упоминании в разговоре эпизода, т.е. “психоза”, вдруг закрыла лицо руками, нагнулась, зарыдала. К беседе особо не расположена, объясняет “вы все ведь знаете больше меня”, “какие мои мысли — говорить не хочу!”. Речь умеренной громкости, модулированная, эмоционально окрашена, без нарушений артикуляции, словарный запас достаточный. Хорошо оперирует медицинской терминологией, знаниями лекарственных препаратов. Темп речи не изменен,

речь связная. Отвечает по существу задаваемых вопросов. Очень подробно, до дней, рассказывает все, что связано с ее заболеванием, активно высказывает недовольство врачами, фиксируется на своих болезненных переживаниях и жалобах, говорит, что у нее “в крови и везде слизь: в носоглотке, в половых органах”. В процессе разговора может перебить врача, интонация повышается, диалог перерастает в монолог — обвинительную речь. Заявила в итоге: “И вообще вы сейчас стараетесь доказать, что мой психоз был следствием хронического психического заболевания, а я утверждаю, что это результат интоксикации!” В конце концов, разговор пришлось прекратить, т.к. больная была крайне возбуждена... Получила лечение среднесуточными дозами галоперидола, азалептина, амитриптилина, флюансола. На фоне лечения состояние несколько улучшилось. Напряжения спало. Настроение выровнялось, аффективной заряженности нет. Беседовала охотно, свободно вступала в контакт. Внимание привлекалось и удерживалось. Беспokoилась о детях, работе, зарплате. Зуд продолжал беспокоить, но следов расчесов не отмечено. Сон достаточный. Аппетит в норме. Была выписана в Стационар на дому.

Из материалов уголовного дела известно, что 2 апреля 2001 года Светлана Ивановна в селе И., П-го района Нижегородской области нанесла несколько ударов топором своей матери. От полученных повреждений ее мать скончалась. В ходе следствия установлено, что до совершения преступления и впоследствии в поведении наблюдались странности, дающие основание полагать, что обвиняемая страдает психическим заболеванием. Из протокола явки с повинной известно, что в течение 2,5 лет росла какая-то раздраженность и напряжение. И у больной, и у матери возникло недоверие, из-за чего, — понять невозможно. Но это раздражение усиливалось. Отношения становились нетерпимыми... В день убийства утром по-доброму сели есть, разговор шел о каком-то непонятном наследстве. О том, что Светлана Ивановна должна жить в И-ске. Она спросила у матери: “Что, одна что ли и как долго?” Мать ответила: “Ну почему одна, а уже долго или нет, решай сама”. Этот разговор постепенно перерос в скандал. Просила мать сказать, что это “за мистика такая, почему происходит очень много странного”. Она не объясняла, только говорила, чтобы дочь вела себя спокойнее, не плакала. И, когда просила что-то рассказать, мать раздражалась и кричала, и дочь соответственно тоже переходила на крик. Это было весь день... Несколько раз уходила и возвращалась, потому что не могла уйти. В течение дня не раз слышала, как внутри головы звучали чьи-то мысли и слова, сообщавшие ей, что ее мать вовсе не мать, а ведьма, колдунья, она желает ей зла. Была в возбужденном состоянии. Ей казалось, что мать действительно колдунья, так как ранее она никогда себя “так не вела”.

Она добрая и мудрая мать и бабушка. Испытуемая ее любила, как ей казалось, всех больше. Но “эта любовь переросла в день убийства в жестокость, такую, какую она не испытывала никогда”. Обвиняемая в очередной раз вернулась, попросила пить, и стала спрашивать о манипуляциях с ключом, которым мать закрывалась от нее. Мать забрала ключ, а Светлана Ивановна стала его отнимать, мать сдержала с нее плащ через голову. Ключ долго отнимала. Потом она уцепилась за сумку с документами и другими вещами и удерживала ее долго. Не могла отобрать у матери ключ, потом сумку, потом шарф. Просила отдать, мать не отдавала, спрашивала, зачем ей все это. Она не объясняла и не отдавала. Тут откуда-то взялся топор. Схватила его и стала наносить удары топором жестоко, без жалости. У нее “не дрогнул ни один нерв”. Это было уже в задней избе. Что с ней было, ничего объяснить не может, нет объяснения своей жестокости. Прибрала, тело перенесла в переднюю избу. Ощутила, что совершила страшную, самую страшную вещь в жизни. “Но что сделано, то сделано”. Легла на диван и незаметно уснула, т.к. две ночи не спала. А потом явилась в милицию (л.д. 12-13). Со слов мужа известно, что до заболевания гепатитом никаких странностей в поведении его жены не было. По поводу ее болезни он ездил с ней в разные города России на обследование, она лежала в больнице в г. Арзамасе. На этой почве стала очень раздражительной, у нее возникла мнительность, она стала говорить постоянно, что у нее цирроз печени, ей осталось немного жить, и она умрет. Таким ее поведение стало с середины 1999 года. Но никаких, по мнению мужа, бредовых идей не высказывала, и он считает, что она “соображала нормально”. В своей болезни она стала подозревать всех окружающих ее людей, говорила, что ее травят, врачи хотят свести ее в могилу, и он с врачами тоже заодно. Он считает, что на этой почве его жена стала психически нездоровой. Из постановления об изменении меры пресечения от 3.07.01 г. известно, что поскольку к моменту составления данного постановления исследование обстоятельств дела закончено, место нахождения С. И. и ее место жительства установлено и нет необходимости в дальнейшем содержании обвиняемой под стражей, а явка С. И. к следователю и в суд может быть обеспечена личным поручительством ее мужа и гражданки П., которые поручились за надлежащее поведение и своевременную явку обвиняемой по вызову следователя и суда, суд постановил, меру пресечения в виде заключения под стражу, примененную в отношении обвиняемой, ранее несудимой, изменить на личное поручительство мужа и П., о чем было объявлено обвиняемой и ее поручителям. После выписки из стационара, с 6.12.2002 г. до 16.01.2003г. проходила курс лечения в Стационаре на дому, являлась точно в срок по вызову врачей, принимала поддерживающую терапию ней-

ролептиками. С 10.03.2003г. вновь приглашена к участковому врачу и согласилась на проведение лечения в условиях “стационара на дому”, которое проводилось до 10 мая 2003года. Во время проведения судебного заседания, дочь подэкспертной сообщила суду, что “ее мать прошла курс лечения, ведет себя адекватно, никаких отклонений в поведении она не наблюдает, ее мать в настоящее время работает”. Судом была назначена дополнительная экспертиза, в связи с изменением психического состояния испытуемой и решения вопроса о целесообразности проведения принудительного лечения. Из записи амбулаторной карты от 10.07.2003г. следует, что испытуемая самостоятельно пришла на прием, чтобы получить инъекцию галоперидола-депо. Сообщала врачу, что самостоятельно ездит в Москву за товаром, торгует на рынке. В психическом статусе отмечалось отсутствие проявлений какой-либо активной психотической симптоматики, эмоциональное снижение, отсутствие критики к своим переживаниям. На освидетельствование АСПЭ явилась самостоятельно, добровольно.

Психическое состояние на момент проведения АСПЭ: в ясном сознании, правильно называет себя, место своего пребывания, дату. Знает, что, приглашена на заседание комиссии для решения вопроса о виде лечения, которое должно быть назначено судом. Сообщает, что по-прежнему считает себя больной гепатитом, признаки чего видит в зуде кожных покровов. Но при этом говорит, что стала чувствовать себя лучше, температуры уже нет. Сожалеет о случившемся, просит, как можно реже напоминать ей об этом. Утверждает, что в момент совершения противоправного деяния находилась в состоянии глубокого нарушения психического здоровья, что была больна каким-то психозом или заболеванием, вызванным хроническим гепатитом “С”. О содержании переживаний на тот момент вспоминать не хочет и рассказывать не желает. Сама активно не высказывает мыслей, что была заражена в больнице гепатитом, но на вопрос эксперта об этом отвечает утвердительно, хотя и вяло, нехотя. Эмоционально несколько однообразна, пассивна. Просит оставить ее дома, в больницу не определять, так как она, по ее словам аккуратно выполняет все рекомендации и назначения врача...

Мы упускаем дальнейшее изложение Акта АСПЭ, попытаемся сосредоточиться на основном предмете обсуждения.

Итак, Светлана Ивановна страдает хроническим психическим расстройством, шизофренией, параноидной с приступообразно-прогредиентным течением, непрерывно-текущим параноидальным бредом ипохондрического содержания, с несколькими приступами психотических состояний иной структуры. В частности, на момент совершения ею противоправного деяния у нее отмечался психотический эпизод с быст-

рым формированием острого чувственного бреда колдовства, преследования, с синдромом Фреголи, наплывом вербальных псевдогаллюцинаций, на фоне чего и произошло правонарушение. Только теперь, после описания этого клинического случая попробуем оценить своеобразие критики и некритичности Светланы Ивановны к имеющимся у нее психическим расстройствам.

Мы должны констатировать, что своеобразной **особенностью критики к перенесенному острому эпизоду**, в ходе которого Светлана Ивановна совершила убийство матери, является, с одной стороны, понимание болезненной природы имевших на тот момент переживаний, но с другой стороны — объяснение их происхождения наличием гепатита “С”, то есть вплетение самого психотического эпизода в ткань непрерывно-текущего систематизированного паранойяльного бреда. Как маска артиста древне-греческого театра, одна сторона которой улыбается, а другая печалится, так и **критика со стороны измененной болезнью личности на содержания острого приступа немедленно растворялась в полностью некритичной оценке содержания непрерывно-текущего бреда**. Для онтологически измененного бредового статуса больной приступ явился чужеродным элементом, не вписывающимся в ее иное, инобытийное существование и сознание, и она тут же навешивает на него ярлык психоза, сумасшествия, причиной которого явилось, по ее мнению, заражение гепатитом “С”, то есть — основное содержание систематизированного бреда, полностью формально совпадающее по содержанию с имеющейся реальностью. Личность больной не смогла полностью дистанцироваться от острого эпизода, хотя формально и называла его психическим расстройством, следовательно, считать ее высказывания об остром психотическом состоянии критикой мы не можем — это один из нередко встречающихся вариантов некритичности. Удивительным является и то, что почти все родственники и близкие больной рассуждали точно также. Это не было индуцированным бредом, это были оценки так называемого “обыденного сознания”, для которого вполне понятным был психоз, вызвавший тяжкое правонарушение, но согласиться с врачами, что в течение нескольких лет развивался систематизированный бред заражения инфекционным заболеванием, сочетающийся с наличием в действительности этого самого заболевания, они никак не могли.

Случай 2 (история болезни предлагается с сокращениями)

Б. Иван, 1989 г.р.

Из анамнеза: со слов пациента и его матери известно, что родился от первых родов. Беременность протекала без особенностей. Во время потужного периода “выжимали”. Родился с цианотичным оттенком лица. После похлопывания закричал сразу. В первые сутки приложен к груди. Раннее развитие без

особенностей. Ходить начал к году, также к году начал говорить первые слова. Фразовая речь с полутора лет. Был усидчивым ребенком, играл, хорошо запомнил стихи Чуковского на слух. С 4 – 5 лет начал самостоятельно читать. С 6 лет уже читал книги серии “Я познаю мир”. Собирал наклейки с животными. С 4-х лет начал считать, сколько раз машина заедет на бордюр. Если больше 4 – 5 раз, то это означало “плохо” (плакал), если более 6 раз, было “хорошо”, настроение поднималось. В возрасте 3 – 4 лет во время засыпания, при закрытых глазах возникало мелькание мушек перед глазами, просил включить свет и так засыпал. Периодически ощущал жжение, боль в кончике языка, возникающую и исчезающую самостоятельно. Испытывал тревогу, боялся, что с родителями что-то случится. 27 августа 1992 года после ревакцинации прививки полиомиелита спустя две недели почувствовал головокружение, начал “закидываться” в бок, ослабли мышцы руки и ноги, мышцы шеи (не мог сидеть, держать голову). Затем, через 5 дней все это исчезло. 9 июня 1993 года на фоне ОРЗ, при болях в горле, случилась первая рвота, носившая характер неукротимой и продолжавшейся 16 часов подряд (со слов матери пациента). Подобные приступы рвоты случались затем ежегодно, по три раза в год, при этом больной точно знал, что такие приступы будут повторяться. Рвота возникала только на фоне болей в горле, в отсутствие боли даже при сохранности других признаков инфекции, рвоты не наблюдалось. Приступы рвоты продолжались до 2004 года, исчезли после назначения эглонила. Так как рвота возникала на фоне ОРЗ и болей в горле из-за боязни заразиться детсад не посещал. В 7 лет пошел в школу, учиться начал с интересом. Сторонился одноклассников, боялся их, практически не общался со сверстниками. В 1999 году (после 3-го класса) появились “приказы”, “голоса” и с этого же времени ритуалы. Необходимо было посмотреть на каждые три пятнышка ковра. В туалет нужно было идти в маленьких тапочках и брать с собой три машинки. С этого же времени присоединилась нехватка воздуха и “потеря памяти”. Совершал какое-либо действие, проходило несколько минут, и ему казалось, что это было давно, “как будто поставили заслонку”. Отсутствием друзей никогда не тяготился. До 5-го класса был отличником. С 5-го класса одноклассники его стали называть “Чертом”, толкали, обзывали, осмеивали, издевались. С 6 лет начал увлекаться зоологией, орнитологией, а с 5 класса появилось увлечение ботаникой, собирал гербарий (всего собрал 600 видов растений). Выучил наизусть все местные виды и семейства растительного мира. С конца 2003 года появились назойливые и навязчивые мысли — “страшные, отвратительные, философские мысли”. Когда они стали нестерпимыми, он решил, что психически болен. Испытывал угнетенное настроение, тоску, к вечеру состояние незначительно улучшалось. Тоску

ощущал в голове, периоды просветления бывали редко. Навязчивые мысли звучали в голове: “Убей себя, перережь вены, сбросься с моста”. С частотой 1 раз в неделю больной ощущал “приступы немотивированной агрессии”, после которых испытывал слабость. Слабость была в течение 2–3 минут, затем вновь нарастало возбуждение, тревога, больной начинал бегать по комнате, стучать по стене. Весь мир становится “серым, мрачным, ненужным”. Лечился у психотерапевта поликлиники (принимал финлепсин, эглонил). Из амбулаторной карты ПНД известно, что впервые к психиатру обратился в сопровождении матери в феврале 2005 года, от предложенного стационарного лечения отказался. При повторном посещении участкового психиатра в ноябре 2005 года был направлен на лечение в дневной стационар, где находился с 07.12.05 г. по 16.01.06 г. За период пребывания в отделении был освидетельствован МСЭ, определена инвалидность. Был выписан с незначительным улучшением, сохранялись аффективные нарушения, приступы тревоги, “приказы и голоса” внутри головы. Решением КЭК взят на “Д” наблюдение. В связи с плохой переносимостью рисполепта (развитием нейролептических осложнений), в течение месяца (амбулаторно) пациент принимал сероквель — 750 мг/сутки. Положительной динамики в состоянии не отмечал, был повторно госпитализирован в дневной стационар, где находился на лечении с 21.02 по 16.03.06 г. В стационаре схема лечения была изменена, после выписки в течение месяца принимал трифтазин 45 мг/сутки, амитриптилин 150 мг/сутки, седалит 600 мг/сутки. С ухудшением состояния (нарастанием тревоги, сохраняющимися галлюцинаторными переживаниями, выраженными аффективными нарушениями) обратился в дневной стационар. Предложена госпитализация в режиме дневной — ночной стационар для активной психофармакотерапии.

Психическое состояние: сознание не помрачено. При поступлении больной ходит по кабинету, опустив голову, свесив руки по бокам, быстрыми шагами. На врача, любые уговоры, замечания персонала реагирует раздраженно. Лицо выражает гнев, обиду, разочарование, из глаз льются слезы. Речь напряженная, отрывистая, порой грубая. Высказывает недовольство в отношении рекомендуемых препаратов, утверждает об отсутствии какой-либо положительной динамики в состоянии. Описывает тягостные, мучительные состояния “серости”, тревоги, “не могу я больше так жить, лучше умереть...”. Периодически ускоряет шаг, начинает практически метаться по кабинету и издавать рычащие звуки. Немного успокоившись, продолжает беседу, хотя тон остается напряженным, раздраженным. Рассказывает о “голосах”, которые угрожают, комментируют действия, но отмечает, что ему они не так тягостны, “мне бы избавиться от потряхиваний...”. Негативно отреагировал на предложенное лечение в

условиях круглосуточного стационара, после разъяснений и уговоров согласился на лечение в условиях дневного стационара. На появление в поле зрения врача отреагировал гневным выкриком ... “не смотрите на меня так... ну не смотрите на меня...”. Продолжает ходить по коридору, холлу отделения, плотно сжав зубы и издавая звук по типу рычания. При этом плотно сжимает кулаки, гневно оглядывает все предметы, находящиеся в пределах поля зрения, испытывая желание разрушить их. От вступления в словесный контакт отказывается, нервозно направляется к концу коридора и останавливается только после уговоров мамы. Высказывать жалобы отказывается. Во время беседы смотрит прямо перед собой, на вопросы врача не реагирует или коротко отвечает после нескольких повторений вопроса. Наличие “головов” отрицает. О своем состоянии говорит: “серо, плохо...”. На вопрос, с чем связан отказ от общения с врачом, больной высказался: “раздражает все, неприятно...”. Настаивает на желании пойти домой... “мне там легче будет...”, при попытке мамы разубедить его, начинает кричать, надрывно спорить, плакать, кидать вещи. Выражение лица раздраженное, взгляд гневный, усталый. Тон речи напряженный, отрывистый, порой грубый. При беседе по поводу своего заболевания сообщает, что знает, чем он болен, уже давно прочитал много книг по психиатрии, и сам себе поставил диагноз шизофрении, простой формы. На вопрос врача, почему он считает, что болен именно простой формой, сообщает, что гебефренической шизофрении у него нет, так как нет дурашливости в поведении и бурного психоза. Кататонической также нет, так как у него нет ни ступора, ни возбуждения со стереотипными движениями. Параноидной формой он так же не страдает, так как его никто не преследует, он просто слышит приказы и голоса и боится не людей и бандитов, а собственных крайне неприятных ощущений, от которых и умереть может. Значит, остается, что он болен простой формой. Соглашается, что лечение необходимо, что шизофрения — это серьезное заболевание, но лечат его не так, состояние его все ухудшается, у него, по его мнению, множество осложнений, в том числе, и “экстрапирамидные” нарушения. Уверен, что любое лекарство на него действует плохо, он уже прочитал про все лекарства, и все вызывают у него осложнения и ухудшение состояния. Считает, что вполне мог бы учиться, так как способности у него и “по теории о шизофрении не страдают”, и на практике он интеллект не потерял, но из-за неумелого врачебного воздействия ходить в институт не может.

Мы прервем изложение истории болезни на этом месте и подведем краткие итоги. Нет сомнения, что наш пациент страдает параноидной шизофренией с вербальными псевдогаллюцинациями, вычурными сенестопатиями, при которой навязчивые расстройства, имевшие место в дебюте заболевания, постепенно

перерастали в начальные проявления синдрома Кандинского-Клерамбо. Что же такое есть утверждение пациента о наличии у него шизофрении, при том, что она действительно имеет место? Да, может показаться при поверхностном взгляде, что мы имеем дело с неординарной личностью, склонной к рефлексии, с грамотным начитанным молодым человеком, блестяще распознавшим и диагностировавшим у себя самого психическое заболевание. Был грех, так мы и думали при первом знакомстве с Иваном. Проведя “работу над ошибками”, мы осознали, что это далеко не так. Конечно же, дело не в том, верно или нет больной диагностирует у себя ту или иную форму заболевания. Вся динамика состояния, смена одних психопатологических феноменов другими, личностная оценка своего состояния и суждения о прогнозе своего заболевания, постоянные обвинения врачей и медицины в терапевтической несостоятельности и упорное **доказывание** наличия у себя того, что давно и всем очевидно (психического заболевания — шизофрении), свидетельствует вовсе не о критике, а о формировании

ипохондрического бреда, при котором на фоне многолетнего развития многочисленных расстройств восприятия, появления отдельных симптомов синдрома Кандинского-Клерамбо возникает бредовая интерпретация своего состояния, оформленная в психиатрический диагноз, полностью совпадающий с реальностью.

Это и есть как раз случай, о котором писал Ясперс в “Общей психопатологии”, когда содержание бреда полностью совпадает с имеющейся реальностью, которая одним фактом своего существования и совпадения с содержанием бреда не может отменить сам бред. Это те редкие случаи, которые убеждают, что содержание бреда, как объективно познаваемый феномен, не может быть главным диагностическим критерием бреда, ибо дело вовсе не в тематике бреда, не в его несоответствии с действительностью, а в коренном изменении онтологического статуса психически больного человека, изменении его личности, не могущей дистанцироваться от продукта своего болезненного творчества, ибо это означало бы перестать быть самим собой.

С. Ю. Циркин

Юрий Сергеевич в своем комментарии к моей статье (НПЖ, № 4, 2006) спрашивает, “где это” я “вычитал” (из статьи Ю. С. и С. Ю. Савенко: НПЖ, № 3, 2006), будто “психопатология определяется количеством публикаций”.

Умозаключения не обязательно “вычитываются”. Уж так заведено, что содержание работы раскрывается в названии. Заглавие статьи: “Психопатология в современных научных работах”. Содержание указывает на снижение числа и исчезновение клинических иллюстраций. Качество публикаций столетней давности (для авторов — это тоже современность) аргументировано не рассматривается. Качество современных иллюстраций — тоже (при желании их можно найти в монографиях и диссертациях).

Другой вопрос: “где гарантия, что автор не вложил в свое описание то, что потом из него вычитал”?

Автор (и каждый психиатр) гарантированно вкладывает в описание свои представления о психопатологии (а потом их и “вычитывает”). Размер такого “вклада” различен, зависит от образованности врача, его догматичности, его наблюдательности, способности ставить пациенту вопросы корректно, не индуцируя ответы. Как раз с постановки вопросов и начинается этот “вклад”. Общие вопросы хороши для начала беседы, но в большинстве случаев недостаточны. Ограничиваться ими — оставлять пробелы в психопатологической оценке случая. Это не единственный недостаток: даже приведенные сведения не гарантированно точны: всегда остается сомнение в адекватности изложения больным своих переживаний, да и верности передачи их врачом (смысл высказываний должен оцениваться в контексте, к тому же практика

совместных осмотров показывает, что врачи иногда по-разному слышат конкретные ответы пациента). Гарантия качества работы обеспечивается не внешней убедительностью клинических иллюстраций, а собственным опытом, перепроверкой выдвинутых положений. Эта перепроверка начинается с целенаправленных вопросов больному, а думать, что он сам все расскажет в ответ на общие вопросы — утопия. (Кстати, наивно полагать, будто врачи в стационарах загружены текучкой намного меньше, чем на амбулаторном приеме, и могут выделить для “свободной” беседы не лимитированное количество времени. Даже научные работники существенно ограничены временем, где они найдут бесконечные часы для беседы с каждым из тематических больных?) Разумеется, следует стремиться к непредвзятости клинических описаний, но в этом нуждаются и обобщенные характеристики. Вряд ли кто-то доказал, что обобщенные характеристики без иллюстраций способствуют предвзятости в большей мере, чем с ними.

Последний вопрос: можно ли, “опираясь на совокупную характеристику”, отрицать существование астенического развития личности “вообще”? Тут и упрек мне: вместо обоснования собственной трактовки материала Ганнушкина, создавшего даже не обобщение, а “идеальный тип”, я написал “теперь видно”.

Смысл моей ремарки был в том, что совокупная характеристика и клиническая иллюстрация у П. Б. Ганнушкина в равной мере “информативны и убедительны”. Он — автор настольных для психиатров книг, каждый может составить собственное мнение о правомерности его заключений, и вряд ли было бы целесообразным обосновывать переключившиеся

вание его диагнозов, тем более, что ранее я это делал для редактора в устной форме. Но раз уж последний видит в этом необходимость, то вот это обоснование. “Нажитая инвалидизация”, в отличие от статичности психопатий, не представляет собой “идеального типа” (в терминологии Ю. С. Савенко). Это типичное “обобщение”, в котором отмечены этиологические факторы и клиническая вариабельность. Оно самим Петром Борисовичем названо “сугубо предварительным”. Излагая самые общие впечатления об этих очень молодых людях (17 – 30 лет), Ганнушкин пишет не об истощаемости и шаржировании личности (как можно было бы ожидать при гипотетическом артериосклерозе), а о “потере жизненного тонуса”, при котором “не помогает даже длительный и полный отдых”, и утрате “ярких красок своей психики”. При “полном крахе” и жизненном “фиаско” нет “настоящего слабоумия”, что ожидается при депрессиях, тогда как при органических заболеваниях мозга предшествующие отчетливой деменции признаки (нарушения внимания, неглубокие дисмнестические расстройства, утомляемость) не приводят к полной несостоятельности. “Прекрасное” осознание “своей деградации” также более свойственно депрессивным больным. Петр Борисович отметил, что раздражительность изученных им пациентов выходит “далеко за пределы астенической”. Естественно думать, что такая интенсивность обусловлена аффектом. Действительно, по замечанию самого автора, депрессивная симптоматика занимает еще более заметное место в клинической картине. Течение этого расстройства после становления клинической картины соответствует депрессиям: оно “стационарное”, т.е. нет характерной для органической патологии прогрессивности (как при упоминаемом редактором “быстро прогрессирующем атеросклерозе”) или регрессивности. Судя по году публикации работы, Петр Борисович мог наблюдать случаи, с длительностью состояния до 5 – 6 лет. Для амбулаторных депрессий срок достаточно обычный. Трудно ожидать обращения за помощью больных с обратимыми состояниями, поэтому их отсутствие в материале не доказывает недепрессивной природы расстройства. Если бы состояние обратившихся было необратимым, то, учитывая юный возраст большинства пациентов (девушки “с гимназической скамьи”), можно было бы ожидать, что послевоенное поколение психиатров отразило бы в публикациях более либерального периода столь необычные катамнезы “стационарного” артериосклероза. Кстати, упоминаемое редактором “функциональное слабоумие” вследствие “грубого снижения активного внимания”, обусловленного атеросклерозом, хорошо бы раскрыть поподробнее. Я надеюсь, что Юрий Сергеевич, не будучи, в отличие от меня, склонным к “умозрительным спекуляциям”, позволит мне таким образом избежать очередных “небрежных умозаключений”. В нашей истории были и другие напряженные периоды: отечественная война, да и 90-е годы. Однако, сообщения об

органически обусловленном “функциональном слабоумии” мне неизвестны.

В случае же “астенического развития” речь шла (как я и отметил) о конкретной клинической иллюстрации, а не “совокупной характеристике”. Тем не менее, в связи с поставленным вопросом о соматически больных следует, прежде всего, определиться, чем “развитие” отличается от хронической астении (понятие “развитий” заслуживает отдельной подробной дискуссии).

Редактор любезно ответил и на мой вопрос, но ответ меня не удовлетворил. Формирование новых взглядов на основе анализа опубликованных историй болезней он иллюстрирует интерпретацией нейрофизиологических данных. Вообще-то речь идет о психопатологии. Имеется большая разница между данными, полученными с помощью аппаратуры, и произвольно ведущейся психиатрической беседы. В первом случае анализируется то, что предоставил стандартный технический метод, а во втором — некоторые феноменологические сведения, которые ограничены и зависимы от способностей конкретного психопатолога. В первом случае невозможно рассчитывать на более полное выявление данных, пока не произойдет модернизация метода (а это главным образом и обеспечивает прогресс), а во втором слишком часто бывает досадно, что не заданы интересующие тебя вопросы. Именно поэтому на психопатологических консилиумах предлагается задавать вопросы всем желающим. Но дело не только в этом. Из ссылки Юрия Сергеевича неясно, приходил ли г-н Ротенберг к новым идеям или иллюстрировал уже сложившиеся у него взгляды при интерпретации чужих нейрофизиологических данных? Мне было приятно узнать, что в “любом психиатрическом учреждении” при анализе архивов сформировалось “сколько угодно” новых психопатологических воззрений. В таком случае не следует скрывать наши галопирующие успехи в современной психопатологии и ограничивать квалификации представлениями психиатров из далекого героического прошлого, ведь до сих пор Ясперс и Ганнушкин для нас “живые всех живых” (это не ирония, а констатация их непреходящей популярности). Приходится подчеркивать, что обсуждается значение архивов именно для психопатологии, а не чего-то другого; например, при клинико-катамнестических, ретроспективных исследованиях использование архивного материала может оказаться не только полезным, но и необходимым.

Комментарии Юрия Сергеевича содержат ряд категоричных утверждений, которые требуют по меньшей мере оговорок. Таково заявление, что “конкретный пример всегда богаче”. Это смотря в каком отношении. Так, он отражает межиндивидуальную вариабельность однобоко, если только не приводить все изученные истории болезней. Кстати, так одно время и поступали: печатали приложение к диссертации (на правах рукописи) с изложением всех случаев, не вошедших в основной текст. Таковую практику прекратили, видимо,

за ненужностью. Весьма разумно поступал Ясперс. Когда совокупная характеристика была достаточной, он зачастую не приводил иллюстраций (см. апатию), но они были обязательны вслед за дефиницией, которая не сопровождалась обобщенной характеристикой (см. бред отношения), если эта характеристика недостаточна (см. навязчивую убежденность), а также для иллюстрации возможности разнородных явлений, относящихся к сводному понятию (см. аутоскопию). Нельзя не заметить, что иллюстрации Ясперса — выжимки из историй болезней — недалеко ушли от частных ссылок на клинический опыт, которыми и он не брезговал. Такие, разумеется, не голословные ссылки, т.е. примеры, занимают существеннейшее место в обобщенных характеристиках. Иногда значение имеет отсутствие историй болезней. Так, правомерность концепции психопатологического диатеза вытекает не из возможности проиллюстрировать сочетание его трех компонентов, а из невозможности найти (и лично подтвердить) случаи отсутствия одного или двух из них в практике пограничной психиатрии.

Ссылаясь на учебную литературу и “современную методологию науки”, Юрий Сергеевич однозначно считает предпочтительным сначала приводить примеры, а потом дефиниции. Может быть, это больше подходит к изложению незнакомых для читателя понятий. Если же речь идет об общеизвестном, то чтение примеров, назначение которых неясно, способно вызвать досадное недоумение: собственно, к чему все это? Здесь же, сравнивая хорошо известное с тем, что предлагает автор, по ходу дальнейшего чтения и припоминания собственного опыта удобно решать для себя, прав ли он.

Юрий Сергеевич усмотрел в моей последней ремарке противопоставление клинических примеров открытым дискуссиям. Дословно, там речь идет о сравнении: что более значимо для прогресса психопатологии, даже не о том, что важнее как свидетельство качества. Ведь и представляющиеся ложными заключения побуждают к контраргументации, да и к проверке точности данных, что и формирует дискуссию. Чем убедительнее иллюстрация подтверждает позицию автора, тем меньше она стимулирует контроль качества, которое на самом деле не гарантировано. Примеры коллективного попадания в плен иллюзий Юрий Сергеевич наверняка может с легкостью подобрать и сам. Разрушают иллюзии контрдоводы, т.е. дискуссия.

Редактором объявлено, что я — давний оппонент феноменологии. Соответственно, “оппонент” таких авторитетных фигур как Ясперс и П. Б. Ганнушкин, “практический феноменолог”, создавший “идеальные типы” (по характеристике Ю. С. Савенко). Считаю целесообразным дифференцированно оценивать мнения феноменологов по конкретным психопатологическим вопросам. Не могу согласиться с доводом Ю. С. Савенко, что П. Б. Ганнушкин всегда и во всем прав, потому что “описал шизофрению без шизофре-

нии”. Некоторые историки отметили, что “темные века” начали сменяться эпохой Возрождения, когда стал задаваться вопрос: “Неужели Аристотель всегда прав только потому, что он — Аристотель?” Но главное — почему выбранный метод, будь то феноменологически-описательный, оценочно-описательный или описательно-аналитический (какая психопатология без описаний?), должны приводить к огульному отрицанию конкретных результатов, а не к обстоятельной контраргументации? (Сами собой напрашиваются исторические аналогии из недавнего прошлого с требованиями придерживаться “единственно правильного” подхода к решению задач.) Метод — это только путь познания, правильность результата он не предсказывает. Думать, что выбранный метод — единственно адекватный, тем более ошибочно, что все три метода различаются условно, по поставленным приоритетам; каждый из них не может обойтись без всех трех составляющих.

На “неверность пути” (даже нескольких “путей”) мне указано и конкретно при обсуждении не критичности. Юрий Сергеевич уверен, что не следует “изобретать новые трактовки”. С этим можно было бы и согласиться, если бы все прежние трактовки были хороши. Но как понимать, например, “неспособность прогнозировать результаты своей деятельности”, на которую ссылается редактор? Установление такого факта может свидетельствовать о разных вещах (например, о низком интеллекте, об эмоциональной охваченности какими-то переживаниями) или ни о чем (т.е. о банальных просчетах, когда нет достаточной заинтересованности в прогнозе и он делается небрежно). Другое, видимо собственное, определение Юрием Сергеевичем не критичности: “количественно измененная действительность”. Действительность постоянно меняется (нельзя дважды войти в одну реку). Может быть, подразумевается переживание или восприятие действительности, хотя последнее скорее обозначается как психосенсорное расстройство, а то и диплопия. Здесь бы подошли примеры или хвалебные клинические иллюстрации. В чем отличие не критичности от неадекватности (“качественно измененной действительности”)?

Юрий Сергеевич пеняет мне на использование понятия “информации” для дефиниции не критичности, потому что оно “сверхобщее”. Большой оперирует конкретными сведениями. Даже если они касаются не его лично, а общих понятий, то они все равно не являются для него “сверхобщими”. Врач оценивает, как пациент использует имеющуюся конкретно у него информацию, а ее теоретическая “сверхобщность” отношения к делу не имеет. Юрий Сергеевич предлагает одной из разновидностей не критичности считать неспособность “адекватно оценивать текущую ситуацию”. Разве “текущая ситуация” не предстает перед человеком в качестве информации? (Кстати, почему непременно текущая, а не прошлая, ведь неадекватность в оценке прошлого еще надежнее говорит о не-

критичности.) Вопрос-то: откуда неадекватность? На него я и предлагал ответ.

Другой упрек заключается в том, что я способствую “беспредельному расширению понятия”. Полагаю, наоборот, предложено более узкое и дифференцированное понимание некритичности. Узкое, потому что, в отличие от общепринятой дефиниции, исключает низкий интеллект, а также видимость некритичности. (Сравните: умственно отсталый или дементный пациент зачастую “неадекватно оценивает текущую ситуацию”.) Дифференцированное, потому что предложено подразделение некритичности не только на основании тематического содержания суждений. Вот уж последнее-то, действительно, слишком широко (как у специфических фобий в “саду греческих корней”) и второстепенно. Почему следует ограничиваться, например, неспособностью прогнозировать результаты только своей деятельности? А если имеются все конкретные условия для прогнозирования результатов чужой деятельности, но больной неспособен? Это уже критичность? Далее, разграничено понятие некритичности как симптома, т.е. признака патологии, и некритичности как ошибки у лиц без признаков психического расстройства. И если я ссылаюсь на то, что считаю ошибкой признанного теоретика медицины, то зачем приводить его биографию, что, собственно, она проиллюстрировала бы? Кстати, не стоит с презрением отмахиваться от примеров “из приматологии” (в терминологии редактора). Ведь и человек относится к приматам (Первый толковый БЭС, СПб-М, 2006; БТС русского языка, СПб, 2006). Так что и психиатрия с ее клиническими примерами не часть ли “приматологии”? Несопоставимость инстинктивной деятельности человека и других приматов целесообразно сначала обсудить с этологами, тогда указания психиатрам будут (более) аргументированы.

Ю. С. Савенко

Проф. С. Ю. Циркин в своей эмоциональной полемике дал разветвленное дерево вместо основного смыслового ствола. — Он затронул слишком большое число вопросов, что естественно для него, как автора, встретившего критику. Но, думаю, Сергей Юрьевич согласится, что наша общая цель не собственные амбиции, а прояснение существа понятия “расстройство критики”.

Задача нашей первой публикации “Психопатология в современных научных работах” (НПЖ, 2006, 3) состояла в том, чтобы указать на исчезновение клинических примеров в научных работах последнего тридцатилетия (с 1977 г.), которые своим профессиональным уровнем позволяли определить, что представляет из себя автор как клиницист, заслуживает ли доверия качество материала, на котором он основывается. В обсуждении качества, т.е. профессионального уровня клинических примеров, мы видим одну из основных проблем современной психиатрии, в силу его значительного падения, которое очевидно

Еще один мой промах видится редактору в том, что я не “демонстрирую” нозологическую специфичность некритичности, например, при психопатиях. Увы, мне удалось наблюдать только тождественность разновидностей этого симптома при формально разной нозологии. Сама по себе проблема нозологии сложна. Я бы предложил редактору специальный анализ несостоятельности упоминавшегося им понятия психопатий.

“Неверным путем” для определения симптома Юрий Сергеевич считает “выбор причины в качестве основания”, потому что это — оценка. Но психиатром любое психическое переживание, поведение прежде всего оценивается как производное или производное от конкретных обстоятельств, а в последнем случае — как адекватное или неадекватное причине. Если причины нет или феномен неадекватен причине — то он и оценивается как симптом. Нет симптома — нет патологии, тогда и медицина не при чем. Ю. С. Савенко восполнил пробел в 1000-страничном труде Ясперса, объяснив, что тот не раскрыл понятия некритичности из-за его оценочного характера. Остается радоваться, что Ясперс снизошел до характеристики понятий слабоумия и бреда, которые не менее оценочны. О некритичности часто судят по поступкам, но поведение производно от разных психических процессов. Не выяснять причины поступка — не интересоваться скрывающимся за маской лицом.

В заключение редактор не стал “отрицать”, что поставленная мною задача “провоцирует” его “на более глубокое нестандартное обсуждение”. Это ободряет. Со своей стороны, выражаю признательность редактору за публикацию моей статьи и не могу не приветствовать его похвальной попытки, несмотря на всю свою занятость, критически проанализировать ее.

(даже когда примеры не приводятся) по множеству косвенных признаков — прежде всего общей стилистике:

- исключительно одностороннему индуктивному подходу;
- чуждости феноменологической установке и феноменологическому методу;
- игнорированию принципиального различия “симптома” как индуктивной категории (идентичного косвенного признака идентичной причины, локализации или предрасположенности) и “феномена”, как конкретного примера непосредственного экстраординарного переживания больного;
- приверженности экспресс-технологиям, экономии усилий, “экономии мышления”, преждевременному отсеку нерелевантных признаков;
- подмены работы с конкретной эмпирикой готовыми теоретическими и математическими моделями;

- все это, в свою очередь, пресекает саму возможность нахождения нового, замыкает работу на вращении в однажды выработанных шаблонах, и т.д. и т.п.

Ирония проф. С. Ю. Циркина о “качестве публикаций столетней давности (для авторов — это тоже современность)” рельефнее всего проясняет противостояние наших позиций. Его еще резче сформулировал проф. А. Б. Смулевич: “Что вы носите с Ясперсом? Это — нафталин! Сейчас все значительно продвинулось, есть намного более тонкие разграничения. Не понимаю, как это Андрей Владимирович мог называть “Общую психопатологию” Библией психиатрии”. Этот позитивистский цинизм нам совершенно чужд. Мы действительно читаем и перечитываем классику и поэтому можем сравнивать отношение к предмету исследования, меру тщательности и уровень обсуждения старых и новых авторов. Это сравнение сплошь и рядом не в пользу последних. Устаивают теории, описания — не устаревают. Поэтому ирония в адрес “хваленой клинической примеров” “из далекого героического прошлого” обращается против самой себя и представляет конкретный пример обсуждаемой проблемы некритичности. В психопатологии, где на каждом шагу психиатру необходим определенный уровень философской рефлексии, т.е. рефлексии в отношении собственных умозаключений, считать себя тоньше философа такого класса как Ясперс довольно наивно.

Действительно, особый интерес неожиданной дискуссии с проф. Циркиным состоит в том, что обе ее части — о необходимости клинических примеров и существовании понятия “расстройство критики” оказались тесно взаимосвязаны. Первая ее часть позволяет уяснить тут же на собственном примере, **что такое критика как таковая**, что такое “критическое мышление”, “критический взгляд” и т.п.

Это целая восходящая лестница от простого очернения и оценивания к аргументированному опровержению.

Это обнаружение и коррекция ошибок, недочетов, заблуждений.

Это способность дистанцироваться от предмета рассмотрения и от себя как наблюдателя и истолкователя.

Это постоянное взаимодействие противоположных методов самоотжествления и самоотчуждения по отношению к предмету рассмотрения и т.д. и т.п.

Можно было бы напомнить, что понятие “критический” наполнилось смыслом и стало популярным после И. Канта с его тремя грандиозными “Критиками” (“Критика чистого разума” — 1781, 1787; “Критика практического разума” — 1788; “Критика способности суждения” — 1790), что дух его *критической философии* оказал сильное воздействие и на психиатрию через неокантианцев, особенно через не-оффризскую школу, представителем которой был Артур Кронфельд. Что наиболее продуктивными для психиатрии остаются *критическая онтология* Николая Гартмана и *критический рационализм* Карла Поппера... И, наконец, что актуальным для нас оста-

ется представление Канта о закономерной смене общей стилистики любого мировоззрения: догматизм детства сменяется скептицизмом юности, а зрелости соответствует критицизм.

Психологии развития хорошо знакома проблема критичности, ее вариативность, динамизм и огромный разброс меры выраженности, не уступающий клиническому уровню. Достаточно вспомнить состояние влюбленности.

Клинические расстройства критики чрезвычайно гетерогенны и полиморфны, они отмечаются в рамках любого психопатологического расстройства, любого синдрома любого регистра — невротического, аффективного, бредового и т.п. Некритичность депрессивных и маниакальных больных, некритичность в силу благодушия и равнодушия, комплексная некритичность невротических больных, характеропатическая некритичность (например, гипо- или гипербулического типа, в силу пассивности или импульсивности, и т.п.), некритичность в силу инфантилизма или умственной недостаточности, — при всех их различиях, и при всех сложных сочетаниях друг с другом, **приводятся понятием некритичности к общему знаменателю, который служит важным показателем тяжести состояния, но неотрывает от психопатологического контекста.** Т.е., некритичность выступает в таком множестве разнообразных форм, что отказ от клинических примеров — это отказ от четкого конкретного ограничения предмета рассмотрения и переход к сверхобобщению, что — повторим — непродуктивно. Некритичность — это уже оценка, квалификация, суждение.

С. Ю. Циркин смело оспаривает исходное положение классиков психиатрии К. Ясперса и Курта Шнайдера, что “тщательное описание — начало любой науки” и “чисто логическая дифференциация без наглядных примеров не имеет особого смысла”. Он пишет: “Вряд ли кто-то доказал, что обобщенные характеристики без иллюстраций способствуют предвзятости в большей мере, чем с оными”. Разве не очевидно, что иллюстрации позволяют проверить корректность обобщения, что для опытного глаза они включают в себя и личность автора текста. По мнению Циркина, больные попадают в поле зрения психиатра, только если любые психические переживания и акты поведения неадекватны своей причине. Слово, на все существуют причины, тем более внятные, словно, причинное мышление не уступило место вероятностному мышлению, словно, структурно-морфологический подход не доказал своей эффективности в биологии и медицине. Правильнее сказать, что больные попадают в поле зрения психиатра, когда (без “только”) их переживания и поведение неадекватны, неконгруэнтны “не своей причине”, а привычному или необходимому, естественному в таких случаях диапазону различных форм переживания и поведения, т.е., речь не о причинах, а корреляциях, подчас далеких, даже многоступенчатых. — “Не выяснять

причины поступка — не интересоваться скрывающимся за маской лицом”, — пишет С. Ю. Не стоит так буквально идти за этой метафорой. Любые маскированные расстройства не надеваются как маска, не существуют как нечто отдельное от больного, наоборот, вырастают из плоти больного, более того, опытный глаз увидит, что перед ним маска, и даже по ней распознает многое, что скрывается за ней, также как отличит живой персонаж от экспоната музея восковых фигур.

С. Ю. Циркин облегчает свою задачу, часто неточно цитируя нашу позицию. Вслед за Ясперсом мы отстаиваем не “единственно правильный метод”, а “единственно правильную последовательность методов”. Феноменологическое описание, также как естественнонаучное (в индуктивных категориях) предшествуют систематизации, квалификации, истолкованию и объяснению предмета описания. Только тогда полученные “конкретные результаты” или “факты” заслуживают доверия. Исключение феноменологической процедуры, прежде всего феноменологической редукции, а это значит преждевременное включение целенаправленного опроса, легко ведет к квази-фактам, и это не огульное отрицание, а действительно главное в нашем споре о методе. Феноменологический и индуктивный методы используются последовательно, не смешиваясь друг с другом. Поэтому совершенно неверно, как это делает наш оппонент, говорить об “условности различия всех этих методов”, которые он рядопологает под эту идею, называя их “феноменологически-описательным, оценочно-описательным и описательно-аналитическим”. На деле речь идет о феноменологическом и индуктивном методах, понимании и объяснении. Очень многое зависит от правильной последовательности этих методов под общим знаком непредвзятости и критичности. **Не только методы, но также гипотезы и теории — только строительные леса выстраиваемого из материала описания предмета психиатрии.**

Это касается и самого определения не критичности. Мы свели традиционные представления о не критичности в список из четырех основных, но не исчерпывающих ее проявлений, отражающих ее сложную структуру. Это дает возможность квантификации как по каждому пункту, так и по числу и характеру самих пунктов. Наше указание на континуиентальный, т.е. непрерывный количественный характер снижения критической способности, в отличие от понятия “неадекватности”, и место “не критичности” в ряду других широко используемых в клиническом обиходе понятий, наш оппонент выдает за нашу дефиницию.

Надо ли говорить, что продуктивна только та дискуссия, в которой оппоненты стремятся понять позицию друг друга в наиболее сложном для себя смысле, а не оглуляют ее и не путают частные неточности с существом дела.

Сам С. Ю. Циркин определяет критическую способность как вынесение суждений адекватно образо-

вательному уровню, информированности и интеллектуальной способности (*мы бы изменили приводимую последовательность на обратную*), а не критичность определяет как грубый недоучет имеющейся информации или недоиспользование своих интеллектуальных способностей.

Но это определение неспецифично для клинической психиатрии, это даже не столько дефиниция, сколько переформулировка стандартной индексации, которой предписывается учитывать при тестировании базовое образование, профессиональные навыки и т.п. Наконец, понятию “информации” стоило бы предпочесть хотя бы понятия “значение” и “смысл”. Например, как нечувствительность к противоречию и нелепости, так и неосознавание болезни и переоценка своих возможностей являются расстройством критики, но во всех трех случаях дело не в информации, а в способности сопоставлять, соразмерять, комбинировать, выстраивать адекватные приоритеты, строить и реализовывать планы, дистанцироваться от предмета рассмотрения и от себя. Таким образом, высоко значимо конкретное указание, какие именно операции нарушены, глобально или парциально (и тогда — в какой сфере) и в какой степени **конкретные примеры самоотчета больных, а это и есть феномены**, содержат в себе всю эту структуру. В симптоме все стесано, обобщено.

В заключение, отнюдь не закрывая дискуссию, а приглашая продолжить ее, — тем более, что ответ на наш ключевой вопрос: “описательной или объяснительной категорией является “расстройство критики”?” явно продолжает разделять наши позиции (а для нас только описательный характер понятия, а это значит наличие серии клинических примеров, дает возможность доказательно говорить о расстройстве критики как реальном феномене) — можно сказать, что предмет дискуссии всегда выигрывает от нее даже когда — как в данном случае — он и без того прозрачен. Казалось бы, как можно оспаривать ключевое значение клинических примеров — этот животворящий родник психиатрии? Но неожиданное заявление проф. С. Ю. Циркина о приоритете новых концептуальных идей перед конкретными примерами позволяет не догматизировать забубенные истины, а уметь их обосновывать.

Полемика с проф. С. Ю. Циркиным живо напомнила нам столкновение на той же почве Ясперса с Кронфельдом¹ и то, как само время сняло это противостояние, показав правоту Гете: “сами факты уже теория”. Это многозначное высказывание: феноменологически неочищенные факты несут предвзятую теорию, а феноменологические фундированные нередко сами складываются в понятным образом прочитывающийся ответ, хотя для глобальных заключений требуют все же репрезентативной выборки.

¹ Артур Кронфельд. Становление синдромологии и концепции шизофрении. — М., 2006. с. 22 – 23.

Периодическая болезнь с явлениями психической соматизации

А. А. Нерсисян, К. Г. Даниелян¹ (Ереван)

Роль психических факторов в развитии периодической болезни (ПБ) подчеркивалось многими клиницистами (1, 2, 3), однако вопросы взаимосвязи психической травмы, психосоматических расстройств и ПБ, только последние годы стали предметом мультидисциплинарного и многоорбитального изучения.

Интернисты, занимающиеся вышеуказанной проблемой, давно заметили, что психическая травма часто предшествует приступам этой болезни. Эта точка зрения поддерживалась многими клиницистами (2, 4 – 10), которые относили это заболевание к “болезням адаптации” (11), “психосоматозам” или “психосоматическим заболеваниям” (12), но в течении последних лет накопились достаточно достоверные данные, свидетельствующие о том, что ПБ в процессе своего развития первоначально протекает с соматоформными явлениями, а органические изменения внутренних органов наблюдаются у больных спустя несколько лет от начала заболевания.

Такая динамика клинической картины, то есть закономерное чередование соматоформных расстройств с явлениями психической соматизации, столь характерные для психосоматических расстройств не чужды и для ПБ.

О психосоматической природе ПБ уже имеются отдельные работы с достаточно достоверными критериями, подтверждающие принадлежность ПБ к психосоматическим расстройствам (12 – 28).

Интерес представляет то обстоятельство, что разные авторы описывая изучаемую болезнь под названием “семейная средиземноморская лихорадка” (4), “семейный рецидивирующий полисерозит”, “эпанолепсия” (2), также заметили, что приступы ПБ отличаются пароксизмальным течением, т.е. возникают остро и прерываются внезапно.

Что касается психотравмы, то она, по их мнению, не только может непосредственно предшествовать приступам, но и видоизменять варианты и течение этой болезни вообще.

Ими же было показано, что наблюдаемые при этом заболевании аллергические, энзимопатические, эндокринные, иммунологические и диэнцефальные изменения, не являются строго специфическими (патогномичными) для этой болезни, и что ПБ, хотя считается наследственным заболеванием, но наследственность при этой патологии не всегда бывает отягощена лишь только изучаемой болезнью. Подчерки-

валось одновременно, что приступы ПБ, возникающие в детском возрасте, чаще начинаются лихорадочной и трансформируются в остро проходящее расстройство соматической сферы. К ним относили асептические воспаления разных органов и орган-систем, которые самопроизвольно исчезают и без всякого лечения. Замечено было, что у таких больных после приступов ПБ нередко наблюдаются разные типы депрессий (27).

Многие авторы (28, 29), хотя прямо и не указывали на психосоматическую природу этой болезни, но назначали таким больным нормотимические средства (литий карбонат), которые часто применяются в психиатрии при лечении аффективных расстройств различного генеза. Это же имели в виду и клиницисты (интернисты), которые в лечебный арсенал при ПБ включали аминазин и транквилизаторы (30), а при часто наблюдаемой соматической маске депрессии, при гипервентиляционном синдроме — трициклические антидепрессанты, производные бензодиазепинового ряда и психотерапию (31).

Из всего вышеописанного можно сделать вывод о том, что мы не являемся единственными исследователями, высказавшими свое предположение о роли психического, в частности психогенного, фактора в развитии этой болезни.

С целью изучения взаимосвязи ПБ с психической травмой и соматоформными расстройствами, а точнее принадлежности ПБ к психосоматическим расстройствам, нами были проведены клинко-психопатологические и неврологические (в том числе ЭЭГ и ЭХО-ЭГ, нейроофтальмологические) обследования 125 больных, из которых 75 — собственные наблюдения (50 детей и 25 взрослых) и 40 историй болезни (архивный материал и катamnестическое исследование).

Изучение возраста больных к моменту возникновения первого приступа ПБ, как это видно из таблицы 1, показывает, что у преобладающего числа больных (105 чел. — 84 %) приступы этой болезни начинаются в возрасте от 6 до 40 лет, относительно реже в возрасте от 1 до 5 лет и свыше 41-го года, что в процентном отношении составляет соответственно 9,6 %:6,4 %.

Разница ощутима также и при учете наследственной отягощенности ПБ (гомогенная отягощенность 65 чел.), и одновременной отягощенности и периодической болезнью и психическими заболеваниями (сочетание гомогенной и гетерогенной — смешанной отягощенностью 60 чел.), что в процентном отношении составляет соответственно 52 % : 48 %.

Как видно из таблицы 2, смешанная (гомогенно-гетерогенная) наследственная отягощенность эн-

¹ Кафедра психиатрии, психотерапии и медицинской психологии Национального института здравоохранения Республики Армения, г. Ереван.

Таблица 1. Распределение больных периодической болезнью по возрасту и по полу

Возраст	Число больных	Процент %	Мужчины	Женщины
0 – 1	1	0,8	1	–
1 – 5	11	8,8	9	2
6 – 10	30	24	22	8
11 – 20	49	39,2	19	30
31 – 40	12	9,6	4	8
41 – 50	6	4,8	5	1
51 – 55	2	1,6	2	–

Таблица 2. Распределение больных периодической болезнью по наследственной отягощенности разными заболеваниями

Название заболевания	Количество больных	Процент
Лишь только ПБ	65	52
Сочетания ПБ с шизофренией	26	20,8
Сочетания ПБ с аффективными расстройствами (маниакально-депрессивный психоз)	10	8
Сочетания ПБ с экзогенно-органическими психическими расстройствами	9	7,2
Сочетания ПБ со старческими и предстарческими формами деменции	7	5,6
Сочетания ПБ с неврозами	5	4
Сочетания ПБ с психопатиями	3	2,4

догенными психозами (шизофрения 26 чел., маниакально — депрессивный психоз 10 чел.) и другими психическими заболеваниями (24 чел.), в процентном отношении составляет соответственно 28,8 % : 19,2 %.

Ощутимо также различие преморбидных черт (акцентуации) характера — 26 чел. и аномалий развития личности (психопатия) — 5 чел., что в процентном отношении составляет соответственно 28 % : 4 % (таблица 3).

И, наконец, немаловажны уточненные значения экзогенных провоцирующих вредностей в генезе изучаемой болезни. Как видно из таблицы 4, эти вредности наиболее часто, у 91 человека, носили психогенный характер, и лишь у 11 человек они были связаны с различными инфекциями, интоксикациями, травмой головного мозга, что в процентном отношении составляет соответственно 72,8 % : 8,8 %.

Клинические исследования показывают, что задолго до наступления первого приступа ПБ, у больных постепенно обостряются характерологические черты личности (акцентуации характера), или появляются первые признаки патологии телесного чувства, аффективной сферы и идеаториума. При этом, в зави-

Таблица 3. Распределение больных периодической болезнью по акцентуации характера и по психопатии

Типы акцентуации характера и психопатии	Нарушения	Количество	Процент
Гипертимный	акцентуация	10	8
	психопатия	–	–
Циклоидный	акцентуация	7	5,6
	психопатия	2	1,6
Лабильный	акцентуация	–	–
	психопатия	–	1,6
Астено-невротический	акцентуация	2	1,6
	психопатия	1	0,8
Сенситивный	акцентуация	–	1,6
	психопатия	–	–
Психастеничный	акцентуация	–	–
	психопатия	1	0,8
Шизоидный	акцентуация	3	2,4
	психопатия	1	0,8
Эпилептоидный	акцентуация	–	–
	психопатия	–	–
Истерический	акцентуация	2	1,6
	психопатия	–	–
Неустойчивый	акцентуация	–	–
	психопатия	–	–
Конформный	акцентуация	–	–
	психопатия	–	–
Всего:	акцентуация	26	28
	психопатия	5	4

симости от возраста больных, эти изменения развиваются по-разному. Как правило, у детей за 1 – 2 дня до приступа ПБ, изменения аффективной сферы проявляются в форме аутохтонно возникающих колебаний настроения и дистимии, а у взрослых — в форме достаточно стойких проявлений субдепрессии, дистемии или патологии телесного чувства в виде различных форм сенестопатии, которые как правило протекают пароксизмально. Преходящее, угнетенное настроение у детей с одинаковой интенсивностью продолжается весь день. У взрослых же к дистимическим и субдепрессивным явлениям постепенно присоединяется ряд гомогенных (страх, тревога) и гетерогенных (сверхценные, ипохондрические идеи) явлений. Но и то, и другое сопровождается соматовегетативными расстройствами: тахикардией, головокружениями, тошнотой, рвотой, поносом, некоторым повышением артериального давления, нарушением сна, аппетита и т.д.

Признаки патологии телесного чувства постепенно перестают носить пароксизмальный характер и

Таблица 4. Распределение больных периодической болезнью с учетом провоцирующих факторов

Вид провоцирующего фактора	Количество		Количество провоцирующих факторов при приступах		
	число	%	1-ый приступ	2-ой приступ	Остальные приступы
Инфекции /грипп и т.д./	5	4	1 (0,8 %)	–	–
Инттоксикации /алкоголь, наркотики, пищевые отравления/	3	2,4	1 (0,8 %)	–	–
Травмы головного мозга	3	2,4	1 (0,8 %)	–	–
Психические травмы	91	72,8	71 (56,8 %)	16 (12,8 %)	4 (3,2 %)
Отсутствие экзогенно провоцирующих факторов	23	18,4	–	–	–

протекают в форме достаточно стойких сенестопатий разных типов. Хотя эти расстройства традиционно принято относить к телесным ощущениям, но у наших больных они не ограничивались областью патологии ощущений и восприятия, а представлялись в форме достаточно сложных по структуре симптомокомплексов, специфические особенности которых отчетливо проявлялись не столько в статике (при отдельных болезненных состояниях), сколько в динамике (при стереотипном чередовании синдромов, закономерной трансформации симптомо-комплексов), т.е. при патокинезе, синдромокинезе или синдромотаксисе. Больные с явлениями сенестопатии жаловались на разнообразные боли, зуд, онемение, ощущение колотья в разных частях тела. Отмечались также всевозможные расстройства функционального характера в сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной и мочеполовой системах. Речь шла о неясных, неопределенных, смутных ощущениях, трудно характеризуемых, неопределенной локализации. Чтобы описать их, больные прибегали к особым выражениям и образам: жжение, натяжение, переливание, щекоотание, давление, ломота, стягивание. Стараясь найти более подходящее выражение своих ощущений, они прибегали иногда к забавным и странным сравнениям: волчий укус, змеиный изгиб, укус пчел, удар ножа и т.д. Указанные жалобы не были связаны с действительно существующей патологией внутренних органов, т.е. больные в данный период не страдали этими заболеваниями.

Вышеописанные сенестопатические расстройства по мере их трансформации в другие психопатологические состояния, постепенно приобретали достаточно патогномические особенности и проявились в форме алгических и термических парестезий, психо-сенсорных сенестопатий (с признаками объемности, размерности, имеющие сходство с аутометаморфическими явлениями), а также галлюцинаторных сенестопатий (с отчетливо выраженными признаками дискриминативной чувствительности и чертами сходств с различными галлюцинациями).

В других же случаях наблюдались геометрические сенестопатии, напоминающие тактильные галлюцинации, интерпретативные сенестопатии, с относительно

простой структурой (бредовые интерпретации телесных ощущений, развитие транзиторного ипохондрического бреда); интерпретативные сенестопатии с более сложной структурой (патологические ощущения, сопровождающиеся разнообразными трактовками в плане топки и причин возникновения, что придает им черты сходства с бредовыми идеями психического уродства); сенестопатии, напоминающие галлюцинации трансформации; сенестопатии, имеющие сходство с кинестетическими галлюцинациями; органопатические, ассоциативные и бредоподобные сенестопатии. По мере усложнения клинической картины, сенестопатический синдром, постепенно обрастает явлениями депрессии, обсессии, вегетативно-сосудистыми расстройствами, добавляются отдельные сверхценные идеи с нестойкими бредовыми интерпретациями. Наблюдается тенденция появления сенестопатии, имеющая форму обсессивных, вегетативных, бредовых, аутометаморфических и других расстройств, что бесспорно свидетельствует о сложной структуре сенестопатического синдрома и его тенденции к развитию и видоизменениям параллельно развивающемуся основному заболеванию. Вне зависимости от того, в какой форме протекали сенестопатические расстройства, для них было характерно:

- Полиморфизм телесных ощущений (ощущение боли, холода тяжести, наполнения, электризации, движения и т.д.);
- Вычурный характер патологических ощущений, в связи с чем больные с трудом формулировали свои жалобы;
- Неприятный, тягостный, порой необыкновенный мучительный характер ощущений, созвучный, как правило, с тревожно-депрессивным настроением;
- Не свойственной для общесоматических заболеваний симптоматикой, необычной, неопределенной, разлитой, часто меняющейся, мигрирующей или ограниченной искусственными топографическими зонами, локализацией.

Аффективные расстройства чаще всего проявились в форме соматических масок депрессий, (32 – 35), т.е.

Маски в форме психологических расстройств:

- тревожно-фобические (генерализованные тревожные расстройства, тревожные сомнения, панические атаки, агорафобия);

- обсессивные-компульсивные (навязчивости);
- ипохондрические;
- неврастенические.

Маски в форме нарушений биологического ритма:

- бессонница;
- гиперсомния.

Маски в форме вегетативных, соматизированных и эндокринных расстройств:

- синдром вегетососудистой дистонии, головокружение;

- функциональные нарушения внутренних органов /синдром гипервентиляции, кардионевроз, синдром раздраженной толстой кишки/;

- нейродермит, кожный зуд;
- анорексия, булимия;
- импотенция, нарушения менструального цикла.

Маски в форме алгических расстройств:

- цефалалгии;
- абдоминалгии;
- фибромиалгии;
- невралгии;
- спондиалгии;
- псевдоревматические артралгии.

Маски в форме патохарактерологических расстройств:

- расстройство влечения;
- антисоциальное поведение (импульсивность, конфликтность, конфронтационные установки, вспышки агрессии);

- истерические реакции (обидчивость, плаксивость, склонность к драматизации ситуации, стремление привлечь внимание своими недомоганиями).

При изучении роли генетической расположенности к ПБ выяснилось, что при смешанной (гомогенно-гетерогенной) наследственной отягощенности, т.е. отягощенности одновременно психическим заболеванием, в одинаковых процентных отношениях выявляются нарушения и телесного чувства, и аффективного (депрессивного), и идеаторного характера; тогда как при гомогенной наследственной отягощенности (т.е. отягощенности ПБ), она чаще проявляется в изолированной форме. Но и в том, и в другом случае эти психические расстройства, хотя и не сопровождались патологией внутренних органов, но напоминая в начале соматоформные нарушения, как при органических неврозах или неврозах орган-систем, захватывали сердечно-сосудистые, центрально-неврологические, кожно-мышечные, гастро-энтерологические, респираторные и урогенитальные системы.

Если первоначальные проявления периодической болезни отмечаются лишь при отсутствии соматических расстройств, по форме внешне сходных с сомати-

ческим расстройством, транзиторными психическими симптомами, то, естественно, возникает вопрос: не свидетельствуют ли вышеуказанные психические расстройства, которые постепенно осложняются соматическими нарушениями (патоморфологическими изменениями во внутренних органах), что ПБ начинается соматоморфными расстройствами, которые в дальнейшем трансформируются в психосоматические нарушения.

Экзогенно провоцирующие факторы, как это видно из таблицы 4, наиболее часто (72,8 %) носят психогенный характер, частота остальных провоцирующих факторов колеблется в пределах от 2,4 до 18,4 %. Они проявляются в форме испуга, горя, психического переутомления, острых реакций на несчастные случаи с близкими, страха войны, экономической блокады, страдания по поводу международных конфликтов, землетрясений, миграции, утраты социально статуса, отдаленности от близких, переживания из-за неправильного воспитания, недостатка душевной теплоты, нарушения диады мать-ребенок. При этом эти факторы, как правило, отмечались лишь в первом приступе этой болезни, остальные же повторные приступы, возникали аутохтонно, т.е. не были спровоцированы экзогенными вредностями.

Здесь естественно возникает вопрос: только ли вышеуказанные непродолжительные экзогенные вредности оставляют свой отпечаток на клинической картине ПБ, не умалили ли мы роль тех факторов, которые неоднократно повторялись за весь период их существования? ПБ, как правило отмечается у тех наций, которые многократно подвергались психическим, моральным ущербам, репрессиям, геноцидам (такими являются армяне, евреи, арабы, греки), которые на протяжении многих веков не имели государственности.

Связь ПБ с вышеуказанными обстоятельствами очевидна. Если это и не единственные причины болезни, то, во всяком случае, они играют весомое значение в ее генезе (20, 36, 37).

Резонно возникает вопрос: не является ли ПБ результатом влияния вышеуказанных факторов на формирование генотипа личности? Эти вопросы нуждаются в дальнейшем глубоком изучении.

ПБ традиционно считается наследственным (генетическим) заболеванием, но наследственная отягощенность лишь только периодической болезнью наблюдается не всегда. По нашим данным, она отмечалась у 65 чел. (52 %), а сочетание ПБ с эндогенными психозами у 36 чел. (28,8 %), другие психические нарушения отмечались у 24 чел. (19,2 %). Больные ПБ с гомогенной и смешанной наследственной отягощенностью по преморбидным особенностям также заметно отличались друг от друга: для больных с гомогенной наследственной отягощенностью были характерны гипотимный, астено-невротический, сенситивные типы акцентуации характера, тогда как для больных с ПБ смешанной наследственной отягощенностью на-

блюдались гипертимный, циклоидный, психастеничный, шизоидный, эпилептоидный, либо истероидные типы акцентуации характера. У больных обеих групп не отмечались лабильные, неустойчивые или конформные типы акцентуации характера.

В то же время, при изучении преморбидных особенностей до манифестного периода /острый приступ ПБ/, вне зависимости от того, носит ли наследственная отягощенность гомогенный или смешанный характер, независимо от того, преобладают ли феноменологические сходства или отличия у указанных двух групп больных, в обоих случаях у 35 % больных отмечаются также явления алекситимии, т.е. затруднения или неспособность пациентов точно описать собственные эмоциональные переживания или понять другого человека, трудности дифференциации чувств и телесных ощущений, с фиксацией на внешних событиях в ущерб внутреннему переживанию, ограничением использования символов, с чем связана бедность фантазий и воображения больных (18).

По-видимому, этим объясняется то обстоятельство, что во время первого приступа ПБ, больные не могли отчетливо представить свои жалобы, в связи с чем в этот период остались вне поля зрения интернистов. Этому во много способствовало и то, что помимо нарушения вербализации, нарушается и переход от внутренней к внешней речи (т.е. от интериоризации к экстероризации). Лучшим доказательством наличия патологии вербализации и экстероризации речи является то, что эти же больные при письменной речи без всякого затруднения излагают жалобы и правильно их интерпретируют. В связи с этим, неоправданы мнения интернистов, которые считают началом заболевания первый приступ.

Терапевтические, клинко-психопатологические исследования показывают, что заболевания внутренних органов на отдаленном периоде ПБ, как при гомогенной, так и при смешанной гетерогенной наследственной отягощенности, в количественном отношении резко не отличается друг от друга (соотношение 40 – 38 %). Эти заболевания проявляются, в основном, в форме ревматоидного артрита, эррозии желудка или двенадцатиперстной кишки, бронхиальной астмы, нейродермита, ишемической болезни сердца или инсульта головного мозга.

Исходя из данных клинко-катамнетического исследования, можно прийти к определенному выводу о том, что ПБ не является однородным соматическим заболеванием. Можно выделить две формы этой болезни: формы с гомогенной и смешанной наследственной отягощенностью.

В генезе обеих форм изучаемой болезни, хоть и в разной степени выраженности, определенную роль играют также некоторые провоцирующие, в частности, психогенные факторы и преморбидные особенности личности.

Исходя из всего этого, можно сделать определенный вывод о мультифакторном происхождении периодической болезни, т.е. отнесении ПБ к полигениям, мультифакторально-полипатогенетическим заболеваниям. Течение болезни в форме болевых приступов, невротических расстройств (патология телесного чувства, т.е. сенсориума), аффективной сферы, а также соматических масок депрессий, при отсутствии в начале заболевания соматических расстройств, свидетельствует о соматоформном начале течения изучаемой болезни. Развитие же структурных болезненных изменений внутренних органов, спустя несколько лет от начала заболевания, свидетельствует о психической соматизации при этой болезни.

На основании вышеизложенного можно прийти к заключению, что ПБ относится к психосоматическим заболеваниям, со своими психическими соматоформными и соматизированными этапами развития. В пользу справедливости такого мнения, явствует также резкое сокращение или временное исчезновение приступов изучаемых больных при перемене места жительства и лечения психофармакотерапевтическими средствами, нормотимиками, антидепрессантами, транквилизаторами и психотерапией (28, 29, 38 – 40).

Хочется еще раз подчеркнуть, что наши данные носят предварительный характер, они нуждаются в дальнейшем уточнении при наличии длительного катамнетического наблюдения на сравнительно большом количестве больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Оганесян Л. А. “О взаимоотношении психической и соматической сфер в клинике внутренних болезней” — Ереван, 1961, с. 266 – 268.
2. Matou H. Maret R. Etude Anatomoclinique d'une Epanolepsie Meconnaue chez un Armenien. Sem. Hop. Paris. 1956, 32, 3197.
3. Айвазян А. “Периодическая болезнь” — 1982, с. 82 – 83.
4. Heller H. Sohar E. Shert E. “Familial Mediterranean fever” Arch. Int. Med. 1958. 102, 50.
5. Reiman H. Periodic diseases. Philadelphia 1963.
6. Siegal S. “Familial paroxysmal poliserositis” Amer. J. Med. 1964, 36, 893.
7. Виноградова О. “Периодическая болезнь” — 1973, с. 115 – 120.
8. Агаджанян В. “Клиника течения периодической болезни” — Ленинск-Кузнецк 2003, с. 34 – 37.
9. Геворкян Э. М. “Неврологические аспекты периодической болезни” — док. дисс.
10. Аствацатрян В. А., Торосян Е. Х. “Периодическая болезнь у детей” — Ереван, 1989.
11. Назаретян Э. Е., Арутюнян В. М. “Этнические и генетические факторы, обменно-функциональные нарушения в патогенезе Периодической болезни” — Ереван, 2004.
12. Татевосян А. С. “Стрессология.” 1-ый том — 2002, с. 263.
13. Геворкян Э. М., Геворкян А. П. “Периодическая болезнь: психоневрологические аспекты” -Ереван, 2003, с. 113 – 137.
14. Nersisyan A. A., Danelyan K. G. “About the Interrlations of the Periodic Disease and Psychosomatic Disorders” “Trauma and Recovery” 6th Congress for Bridging Eastern and Western Psychiatry” Abstracts and Papers Yerevan 2003. p. 11 – 17.
15. Nersisyan A. A. “Correlations between Periodic Disease and Somaform Disorders”. “Trauma and Recovery” 6th Congress for

- Bridging Eastern and Western Psychiatry” Abstracts and Papers Yerevan 2003.
16. Nersisyan A. A. “Psychic disorders in children suffering from familial Mediterranean fever”. 18th Panhellenic Congress of Psychiatry, Abstract Issue. Kos, 2004, p. 186.
 17. Nersisyan A. A., Danelyan K. G. “The role of somatoform disorders in the genesis of periodic disease familial Mediterranean fever”. 18th Panhellenic Congress of Psychiatry, Abstract Issue. Kos, 2004, p. 187.
 18. Nersisyan A. A. “Alexithimia with patients suffering from familial” Mediaterranean fever”. World Psychiatric Assosiation Regional & Intersectional Congress. Advances In Psychiatry. Abstracts Issue. Athens 2005. p. 236.
 19. Nersisyan A. A., Danelyan K. G. “The Investigation of the familial cases of the familial Mediterranean fever”. World Psychiatric Assosiation Regional & Intersectional Congress. Advances in Psychiatry. Abstracts Issue. Athens 2005. p. 239.
 20. Nersisyan A. A. “A new approach to the familial Mediterranean fever”. World Pschiatric Assosiation Regional & Intersectional Congress. Advances in Psychiatry. Abstracts Issue. Athens 2005. p. 236.
 21. Nersisyan A., Danelyan K., Nazaretjyan E. “Familial mediterranean fever and psychosomatic disordes” Вопросы теоретической и клинической медицины, научно-практический журнал, том 9, № 2(40), Армения, стр 13 – 18.
 22. Нерсисян А., Даниелян К. “Коморбидные расстройства и периодическая болезнь” Научные труды и сообщения, НИЗ, Ереван, 2005, стр. 27.
 23. Nersisyan A., Danelyan K. Familial Mediterranean fever and somatoform disorders 13th world Congress of Psychiatry. Cairo, september 10 – 15, Египт Abstract book.
 24. Нерсисян А., Даниелян К., Назаретян Э. Феномен асептического воспаления при Периодической Болезни, новые подходы Современные аспекты реабилитации в медицине, Материалы 2-ой Международной Конференции — Армения, Цахкадзор, 29 сентября – 1 октября.
 25. Nersisyan A., Danelyan K., Nazaretjyan E., Secoyan E. The Role of Somatoform Disorders in Case of Aseptic Inflammations Observed During the Familial Mediterranean Fever (FMF)” Thessaloniki, Greece, 2nd International Congress on Brain and Behaviour in November, 2005, pp. 17 – 20.
 26. Nersisyan A., Danelyan K., Nazaretjyan E., Secoyan E. The Familial Mediterranean Fever from the Modern Postnonclassic Scientific Viewpoint” Thessaloniki, Greece, 2nd International Congress on Brain and Behaviour in November, 2005, pp. 17 – 20.
 27. Геворкян А. П. “Особенности психохарактерологических изменений личности и их эскалация в динамике периодической болезни”ю Автореферат диссертации канд. мед. наук, 2002, с. 10 – 13.
 28. Christodolou G. N., Madianos M. G., Stefanis C. N., Loukopoulos D. L. “Litium prophiliaxis in Familial Mediterranean fever.” Am. J. Psychiatry 1979 Aug 136(8) p. 1082 – 1083.
 29. Арутюнян В. М. “Лечение периодической болезни карбонатом лития” // Журнал “Клиническая медицина”, 1983, 119 – 121.
 30. Акопян Г. “Некоторые подходы к патогенетическому лечению периодической болезни” 1993, Автореферат дисс. канд. мед. наук.
 31. Иишанов Т. “Роль и место нейрогенных дыхательных расстройств в проблеме вегетативной дисфункции при периодической болезни” — Автореферат дисс. канд. мед. наук, 1997, с. 26 – 29.
 32. Смуглевич А. Б. “Депрессии при соматических и психических заболеваниях” — Москва, 2003, с. 63.
 33. Нерсисян А., Даниелян К., Назаретян Э. “Средиземноморская семейная лихорадка и аффективные расстройства” // Вопросы теоретической и клинической медицины, научно-практический журнал, том 9, № 2 (40), стр 58. Армения.
 34. Даниелян К., Нерсисян А., Саакян Г. “К особенностям депрессивных приступов при биполярных аффективных психозах позднего возраста у лиц, страдающих средиземноморской семейной лихорадкой” // Научные труды и сообщения, НИЗ, Ереван, 2005, с. 25.
 35. Danielyan K., Nersisyan A. International Conferense on Mood Disorders 30th Marct-1st April 2006 Istanbul, Familial Mediterranean Fever and Affective disordes in Armenian.
 36. Nersisyan A. “Familial Mediterranean fever and Armenian Genocide:qualitative study and literature review”.International Society on Brain and Behaviour:2nd Congress S312 Annals of General Psychiatry, Volume 5 Suppl 1, 2006 Meeting abstracts Thessaloniki, Greece.
 37. Nersisyan A. “Posttraumatic Stress Disorders 90 years after the Armenian Genocide qualitative study”. International Psychological Trauma Meetings. Istanbul, 2005, p. 143.
 38. Nersisyan A. A. “The Treatment of Children Suffering From FMF By Psychotherapy”. World Psychiatric Assosiation Armenian Assosiation Of Psychiatrists’ And Narcologists’ Armenian Medical Assosiation. Mental Health Perspectives And Public Health. Yerevan, 2004, p. 34
 39. Nesisyan A. “By Narek To Psychotherapy”. World Psychiatric Assosiation Armenian Assosiation Of Psychiatrists’ And Narcologists’ Armenian Medical Assosiation. Mental Health Perspectives And Public Health. Yerevan, 2004, p. 14.
 40. Nersisyan A., Danelyan K., Nazaretjyan E., Secoyan E. The treatment of the familial Cases of the Familial Mediterranean Fever” Thessaloniki, Greece, 2nd International Congress on Brain and Behaviour in November, 2005, pp. 17 – 20.

**ХII съезд
Независимой психиатрической ассоциации России
КАКОВЫ ПРИОРИТЕТЫ
ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ПСИХИАТРИИ СЕГОДНЯ?**

18 – 20 мая 2007 г., Москва

**info@npar.ru; vinograd@npar.ru
(495) 623-1348; (495) 456-7191; 8-903-512-6405**

КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ

Маниакально-кататонический синдром

Семинар ведет А. Ю. Магалиф (21 декабря 2006 г).

Врач-докладчик М. О. Козлова

Уважаемые коллеги!

Вашему вниманию представляется больной Д. 1977 года рождения. Поступил в Московскую психиатрическую больницу № 3 им. В. А. Гиляровского впервые 11 октября 2006 года.

Анамнез. Психопатологическая наследственность не установлена. Пациент родился в Туле. Единственный сын у родителей. Отец (66 лет) — спокойный, уверенный в себе, рассудительный, лидер в семье, своевольный, с мнением жены не считается. Занимал высокие посты в энергетической промышленности, был переведен из Тулы в Москву с повышением в должности. Мать (57 лет) — спокойная, общительная, работоспособная, настойчивая, имеет высшее образование, работает в налоговой инспекции.

Больной родился в срок от первой беременности, закричал сразу, вскармливался искусственно. Воспитывался бабушкой, т.к. родители постоянно работали. С грудничкового возраста плохо спал. Отмечались выраженные вегетативные расстройства: при любом физическом напряжении начинал потеть, становился возбужденным. Себя помнит с 2 лет, когда отдыхал с дядей по линии матери на море. Впечатления были яркие, образные. Рос непоседливым, общительным, добрым, опекал слабых, легко отдавал свои вещи и игрушки. С детства не терпел ограничений и авторитарного отношения к себе. В детский сад пошел с удовольствием. Охотно выступал на утренниках, читал стихи, увлекался лепкой, выжиганием. В тихий час не спал, из-за чего возникали конфликты с воспитателями. Наказания вызывали обратный эффект — делал все назло, затем долго переживал, плохо спал ночью. После того, как после очередного конфликта с воспитательницей его отвели к директору детского сада, появились страхи, стал бояться темноты. До 7 лет спал с отраженным светом при открытой двери. В 5 лет упал, был госпитализирован с переломом ключицы. Пробыл в стационаре только 3 дня, потому что всех извел — и персонал, и мать, и себя.

Читать начал в 6 лет, с первого раза запоминал стихотворения.

В школу пошел с 7-ми лет. Учился хорошо, все быстро усваивал, но долго не мог привыкнуть к учительнице, которая требовала жесткой дисциплины. Не

подчинялся, грубил, мог уйти с урока. Быстро потерял интерес к учебе, т.к. приходилось делать домашние задания, особенно раздражали русский и геометрия. Часто уроки делал за него отец. Из родителей больше любил отца, который опекал его, старался ни в чем не отказывать, но в то же время тщательно контролировал все его поступки. Авторитет отца был так высок, что после беседы с ним в детском возрасте о вреде курения, никогда не курил. После очередного конфликта с учительницей стал плаксивым, плохо спал, был агрессивен к родным. Тогда (1984 г., больному 7 лет) родители впервые обратились с ним к психиатру. Получал соннапакс, ноотропы. Через несколько дней отец категорически отказался от приема сыном лекарств, сказав, что они сделают из него глупого. Компромисс в отношениях с учительницей был найден, и состояние пациента нормализовалось. Любил гулять с утра до вечера, общался в основном со старшими ребятами — двоечниками и хулиганами, очень рано стал тратить деньги. Во время воспитательных бесед с родителями представлял, как он уйдет из семьи и будет жить своей жизнью. Начальную школу закончил без троек и без каких-либо выраженных нарушений в поведении.

Родители считают, что он заболел в 5-м классе, когда появилось много преподавателей. Авторитарная классная руководительница не считалась с ним. Стал хуже себя вести, уходил с уроков, грубил маме и бабушке. Особенно состояние ухудшилось после того, как в раздевалке он увидел одноклассника, разорвавшего чужой галстук. Когда директор и учительница из-за этого собрали весь класс, он при всех встал и назвал виновного. Учительница выставила его соучастником и поставила двойку за поведение, объяснив это тем, что он должен был рассказать об этом раньше, сразу после инцидента. С этого момента больной стал получать одни двойки по поведению. Отношение к учительнице стало крайне негативное. Отец, чтобы отвлечь сына от улицы и приучить к дисциплине, отдал его в спортивную школу. Занимался вольной борьбой, т.к. хотел быть сильным, участвовал во всех драках, причем бился “до последнего” — чувства страха и боли не было. Один раз очень сильно избил старше-

го подростка, который отобрал у него велосипед, сломал ему ключицу, бил пока не оттащили.

В 1987 году (10 лет) родители развелись. Большой тяжело переживал развод, хотел уехать с отцом в Москву, но остался жить с матерью в Туле. Взаимоотношения с отцом были лучше, потому что отец воспитывал словом, а мать била. С этого времени регулярно на выходные приезжал к отцу в Москву.

В феврале 1989 года (12 лет) упал, ударился головой. Тошнило, болела голова, нарушился сон, стал раздражительным, появились вспышки агрессии, мог практически без повода броситься даже на отца, был груб с мамой и бабушкой. В марте не спал 2 ночи подряд — был назначен амитриптилин, азафен. В течение 2 недель был медлительным, “странным”, не мог ничем заниматься, быстро уставал. Через месяц перестал принимать лекарства. Постепенно вновь стал энергичным, таким как всегда. Летом 1989 года поехал в лагерь, участвовал в соревнованиях по вольной борьбе, занял 1-е место. В лагере практически не спал, был возбужденным и через три-четыре дня стал совсем неуправляемым. Были вызваны родители, и его забрали домой. Дома в течение недели был вялым, ничего не ел. Затем в течение суток состояние резко изменилось: стал агрессивным, выгонял родителей из дома, разбил стекло. Впервые был госпитализирован в детское отделение Тульской психиатрической больницы. В больнице не подчинялся режиму, несколько раз убежал, выпрыгивал со 2 этажа. Лечили аминазином, триседилом, тизерцином. Состояние сменилось депрессией, в связи с чем получал амитриптилин. К августу состояние выровнялось, был выписан. Говорил, что всех стесняется, “стал чудным”, перестал заниматься спортом. В сентябре пошел в школу, но в связи с неустойчивым психическим состоянием был переведен на индивидуальную программу. В ноябре родители решили оставить прием лекарств, и состояние вновь ухудшилось: грубо относился к матери, мог ударить, ругался, был гневлив. В ноябре 1989 года опять госпитализирован в больницу. При поступлении был заносчив, злобен, неуправляем. Принимал нейролептики. Состояние постепенно нормализовалось, побегов уже не было. Выписан в январе 1990 года. Дома первое время был вялым, сонливым, апатичным. Таблетки то принимал, то не принимал. В течение зимы и весны 1990 года (13 лет) состояние менялось практически каждый месяц: то был вялым, депрессивным, лежал и думал о своей никчемности, говорил, что он портит родителям жизнь, хотел умереть, чтобы с ним не мучились, то на короткое время становился активным. В марте 1990 года снова стал активным. Опять потянуло на улицу, начал выпивать, мог пить несколько дней подряд в компании асоциальных подростков. Нравилось состояние опьянения — появлялась легкость, эйфория. Мог выпить до 0,5 литра водки, но утром чувствовал себя плохо. Не опохмелялся, если и пил на следующий день, то только за компанию. Тяги

к алкоголю не испытывал, нравился сам процесс пьянства. Общался с асоциальными личностями, увлекся девушками, эротическими фильмами, воровал пустые бутылки, чтобы иметь свои деньги. Родители по совету врача стали вводить ему модитен-депо.

Состояние больного резко ухудшилось в конце апреля 1990 года. Стал плохо спать, пьянствовал, появилась растерянность, жаловался на душевный дискомфорт. Это продолжалось до июля 1990 года, когда он во время поездки в Москву вместе с матерью по дороге сбежал, прихватив с собой деньги и магнитофон. На вокзале познакомился с солдатами, напился. В связи с неадекватным поведением, был задержан милицией и госпитализирован в Московскую детскую психиатрическую больницу № 6. Сведений о себе не давал, и родители нашли его только через три недели. В больнице при поступлении был частично ориентирован в месте и собственной личности. Многоречив. Выражена аффективная лабильность. Интеллект без особого снижения, в деятельности не продуктивен. Подозрительно смотрел на вновь входящих, легко отвлекался на посторонние ассоциации. Гневлив. Требовал отвезти его домой, в противном случае угрожал привести в больницу работников КГБ, несколько взводов солдат, которые здесь все “разметут”. Мышление было непоследовательным, не мог связно рассказать, как попал в больницу. Сказал, что продал видеомагнитофон, якобы за 6 тыс. долларов, купил 2 бутылки водки, которые хотел тоже продать, но задержала милиция. Предлагал 500 000 долларов за выписку. Тут же с гневом начинал кричать, что его обокрали в милиции, пытался бежать, рвался отомстить обидчикам, нецензурно бранился, пытался показать различные приемы, которым якобы его обучил полковник милиции. При попытке уточнить место его жительства заявлял, что не может назвать, т.к. все объекты засекречены. На одном месте подолгу не удерживался, был суетлив, беспокоен, требовал перевести его в палату, т.к. ночью страшно. Импульсивно угрожал все “разбомбить”. Обманы восприятия отрицал. В отделении речь была разорвана, бредовые высказывания нестойки, по фабуле конфабуляторны, реже персекуторны. Отмечались колебания настроения от агрессивного — повышенного до плаксивого, доходящего до полной неподвижности и апатии, импульсивность, нелепость поступков, стереотипия, агрессия к себе и окружающим. Постепенно стал спокойнее, сам говорил, что настроение стало ровнее, “не такой веселый”, прошлые высказывания называл игрой, “дурью”. Хорошо контактировал, меньше конфликтовал, помогал персоналу. Однако был моторно беспокоен, неоднократно получал повторные травмы. Выписан с диагнозом “Атипичный аффективный психоз”. Была определена 2 группа инвалидности по детству.

После выписки постоянно наблюдался врачом детской психиатрической больницы и регулярно принимал поддерживающее лечение. Получал галопери-

дол, галоперидол-деканоат. Однако в домашних условиях не удержался. Через некоторое время появилась депрессия с апатией, безразличием, суицидальными мыслями. Постоянно думал о смерти: “Как хорошо бы умереть”. Затем состояние сменилось выраженным психомоторным возбуждением. Бегал по улице в трусах, был агрессивен к родителям, не спал, называл себя ненормальным. Был вновь госпитализирован в психиатрическую больницу № 6 в марте 1991 года и находился на лечении до 16 декабря 1991 года. Появился дневной и ночной энурез. Однажды обмочился во время беседы, застыл в одной позе, говорил: “Я не могу поднять руки”. Затем не отвечал на вопросы. Это состояние расценили как кататоническое. Оно продолжалось 3–4 дня. Сам он отметил, что во время этого состояния испытывал постоянное чувство страха. После выписки периоды вялости и апатии чередовались с периодами активности. В начале лета 1992 года возникла выраженная депрессия, на фоне которой перестал принимать лекарства, вновь стал гневливым и агрессивным. Как отмечает сам больной, осенью чаще всего возникала депрессия с суицидальными мыслями, ближе к лету — возбуждение с агрессией. Из ПБ № 6 был последний раз выписан в сентябре 1992 года с инвалидностью 2 группы. Больше туда не поступал. Его консультировал руководитель отделения психической патологии детского возраста Московского НИИ психиатрии О. Д. Сосюкало. Заключение: “В клинической картине заболевания основное место занимают аффективные расстройства по типу смешанных, что является неблагоприятным признаком прогноза. Однако неплохая продуктивность больного при школьном обучении, наличие светлых промежутков, отсутствие выраженных изменений личности позволяют рассчитывать на обратное развитие этих болезненных проявлений. Дифференциальный диагноз должен идти между МДП и шизофренией с циркулярным течением”.

После этого был переведен на домашнее обучение. Хотя больной и продолжал общаться с асоциальными личностями, совершал мелкие правонарушения, родители расценивали его состояние как удовлетворительное. Он стал подчиняем, с ним можно было договориться. Особенно это удавалось отцу, он стимулировал учебу и хорошее поведение сына материальными поощрениями. Колебания настроения оставались, но были кратковременны и к дезадаптации не приводили. Хотя его друзья все перешли на наркотики, сам он их не пробовал, пил слабые алкогольные напитки.

Закончил 10 классов и устроился работать барменом. Нравилась веселая жизнь, хотел сам зарабатывать деньги, тратил их на женщин. Регулярно, раз в месяц приезжал к врачу на консультацию, однако таблетки не принимал, соглашался только на инъекции галоперидола-деканоата. В 17 лет (1995 г.) по настоянию отца переехал в Москву и поступил в медучили-

ще при Центральной республиканской больнице. Вначале учеба нравилась, но быстро потерял к ней интерес, стали возникать конфликты с преподавателями из-за дисциплины. Прогуливал занятия, его едва не отчислили, но с помощью отца, который хотел, чтобы он стал хирургом, перевелся в медучилище при госпитале Бурденко. Здесь сразу нашел взаимопонимание с коллективом, нравились девушки в группе, с удовольствием учился, легко сдавал экзамены. Объяснил это тем, что появился смысл и поэтому начал изучать предметы. Особенно хорошо делал инъекции, массаж, с удовольствием дежурил. Отца больного вновь перевели на работу в Тулу. Больной остался в Москве, приглашал друзей домой, устраивал вечеринки, веселились так, что соседи вызывали милицию. Во время учебы устроился на работу грузчиком, старался зарабатывать деньги на красивую жизнь. А на выходные дни ездил в Тулу, где пил, гулял. Около года прожил в гражданском браке. Однако общение с одной женщиной быстро наскучило, т.к. появились обязанности и ограничения в свободе. Училище закончил без троек, и ему предлагали остаться в госпитале. Но он, по совету отца, в 1999 году поступил в РГУ на юридическое отделение и одновременно устроился охранником в казино.

В 18 лет была снята группа инвалидности, т.к. родители на учет больного не ставили и в ПНД не обращались. Продолжал лечиться частным образом. После того как больной устроился охранником, он перестал принимать лечение. Чувствовал себя хорошо, ездил в Тулу, посещал прежнюю компанию, женщин в общепите, вновь стал выпивать крепкие напитки, хотя раньше в компаниях пил только незначительное количество пива. На этом фоне вновь стал агрессивным, неуправляемым, плохо спал до 4 часов утра. Однажды устроил скандал в общепите, был задержан сотрудниками милиции и направлен в Тульскую психиатрическую больницу (август 1999 года). При поступлении был неуправляем, гневлив, агрессивен, кричал, угрожал. Сразу начал получать большие дозы нейролептиков, однако отказывался от еды, бил стекла, кричал, грозил, что всех убьет. За месяц он похудел на 15 кг. Мать забрала его из больницы под свою ответственность. После выписки ушел из дома, начал пить ежедневно по бутылке водки в день. Уносил из дома деньги, золото. Провоцировал драки, однажды ему сломали ногу. В октябре был вновь госпитализирован в тульскую ПБ. Повторно была определена группа инвалидности. Выписан в январе 2000 года и в последующем в психиатрические больницы до последнего случая не поступал. Каждый год проходил в Туле переосвидетельствование в МСЭК, и в 2005 году была дана 2-я группа инвалидности бессрочно.

С 2000 года, когда устроился охранником в казино, начал играть на игровых автоматах. Зависимость появилась практически сразу. Нравилось, что его окружают красивые женщины, наливают бесплатные

напитки. Стал заводить “важные” знакомства, получил випкарты на посещение казино. В основном проигрывал все деньги, которые зарабатывал, пенсию. Проигрывал одежду, один раз вынес из дома в счет долга телевизор, бытовую технику. Боялся подходить к телефону, т.к. ему угрожали кредиторы, уехал в Тулу. После этого случая несколько месяцев не посещал казино, но затем возобновил. Больной продолжал учебу в институте. Закончил РГУ, работал грузчиком, состояние было удовлетворительное. Поступил в Московский юридический институт при Министерстве юстиции. Закончил его в 2004 году и, таким образом, получил второе высшее образование. Сразу устроился по объявлению на работу в юридическую фирму. На работе ценили, выполнял самостоятельные задания по регистрации фирм, даже ездил в командировку в Киев. Работа очень нравилась, намечались перспективы карьерного роста.

Ухудшение состояния началось в апреле 2006 года, когда вместе с друзьями выпил водки и одновременно сделал инъекцию галоперидола — деканоата. Через день стал возбужденным, гневливым, перестал спать, грубил родителям, ушел с работы, стал ввязываться в сомнительные авантюры. Снова стал играть, выманил у родителей крупную сумму денег, все проиграл. Амбулаторно удалось частично купировать состояние, и больной поехал летом отдыхать к знакомым на юг. Через день ушел от них, стал проводить все время в барах, требовал денег у знакомых, угрожал им. Отец срочно вылетел на юг и привез его домой. С августа больной находился в состоянии выраженного психомоторного возбуждения, спал по 3–4 часа, играл, конфликтовал с родителями. Родители хотели госпитализировать его в ПБ, но знакомый доктор был в отпуске. В октябре состояние значительно ухудшилось: начал угрожать родителям, пытался ударить отца, не спал, разбил окно, кричал. Мать уговорами привела его в ПНД. Было получено направление в психиатрическую больницу, но когда больной об этом узнал, устроил дома скандал, напал на отца. Отец удерживал его до приезда милиции. Был задержан сотрудниками милиции, осмотрен психиатром и госпитализирован в нашу больницу.

Соматический статус. Удовлетворительного питания. Кожные покровы чистые. Зев спокойный. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные. АД — 120/80. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень не увеличена.

Ан. крови и мочи — в пределах нормы.

Рентгеноскопия грудной клетки — в пределах нормы.

ЭКГ — в пределах нормы

ЭЭГ и М-ЭХО — без видимой патологии

Неврологический статус — очаговой и менингеальной симптоматики нет.

Психическое состояние. При поступлении в приемном покое ориентирован, контакту доступен фор-

мально. Возбужден, напряжен, агрессивен, грубо кричит на отца. Мышление паралогичное, речь ускорена, скороговоркой. Считает себя очень одаренным. Критики к состоянию нет. В отделение доставлен с принуждением. Назначены 50 мг аминазина и 10 мг галоперидола в/м. Наутро недоступен, крайне возбужден, злобен, нецензурно выражается, высказывает угрозы в адрес персонала. Кричит практически непрерывно, бегаёт по отделению в трусах, стереотипно повторяя одни и те же угрозы и фразы, не реагирует на замечания. Быстро ходит по коридору, расталкивая больных, стучит в двери. На вопросы не отвечает, сведений о себе не дает, требует немедленной выписки, в случае отказа угрожает тюрьмой. Высокомерен, заявляет, что он “всем покажет, и он знает таких людей, что сказать даже страшно”, требует отпустить его в ресторан или вызвать девочек. Импульсивно, со всей силой бьет кулаком в стену. Ругает родителей за стационарирование. Галлюцинаторно-бредовых расстройств не выявляется. Недобровольная госпитализация санкционирована судом. На суде вел себя высокомерно, демонстративно, уверял, что засудит кого угодно сам, угрожал, что после выписки разберется с отцом и ему “мало не покажется”. Сразу же выявилась резистентность к нейролептикам. Несмотря на то, что внутримышечно получал аминазин, тизерцин, клопиксол-акуфаз и галоперидол, седации не наблюдалось. Оставался крайне беспокойным, постоянно угрожал побегом, физической расправой с персоналом. Совершенно не терпел замечаний в авторитарной форме — становился более гневливым. Успокоить его можно было только уговорами. Несколько ночей не спал, ходил по коридору. На свиданиях с матерью вел себя крайне агрессивно, кричал на нее, нецензурно оскорблял. Залез под стол, кричал оттуда, кинул в нее пакет кефира. Предупреждал, что если она его не заберет из больницы, то “даже представить себе не может, что с ней будет”. В течение недели доводил мать до слез, от общения с отцом отказывался, грозил писать на него жалобы в различные инстанции. На фоне лечения в течение месяца состояние постепенно улучшилось — гневливый аффект стал благодушным. Однако больной был многословным, речь оставалась ускоренной, смазанной, плохо спал. В отделении общался с психопатизированными больными, демонстративно отдавал им передачи, рассказывал о своих высоких связях в Туле. По мере улучшения состояния общение с этими больными стало его тяготить. Появилась критика, сказал, что его всегда тянуло к криминалу, стал считать их “примитивными, лживыми, измененными”, избегал их и стал общаться с более социально адаптированными соседями по палате. По просьбе отца был отпущен в лечебный отпуск. На второй день ушел из дома, всю ночь играл в казино, пил энергетический напиток, чтобы вернуть себе прежнее состояние. К приему нейролептиков отношение отрицательное. Ему нравится состояние воз-

буждения, постоянной двигательной и психической активности, энергетического заряда и бодрости. Все, что способствует седации, вызывает в нем протест, поэтому и пил энергетический напиток. После возвращения из отпуска аффект вновь стал гневливым, отслеживает прием лекарств: какие-то ему нравятся, какие-то нет. С этого момента стал получать risp-лепт и клопиксол-депо, стал более упорядоченным, помогает персоналу. Дважды уходил в лечебный отпуск. Первый раз вернулся в хорошем состоянии, слушался отца и мать, прошло негативное отношение к отцу. Второй раз вернулся из лечебного отпуска один. По пути завернул на рынок и решил “заняться легким бизнесом”: найти человека, который одолжит ему соток тысяч рублей. На эти деньги он собрался купить каких-то турецких товаров, найти продавца, который это все продаст и вернет ему уже шестьдесят тысяч. Вернулся гневливым, раздраженным. Опять требовал выписки. Сегодня он более-менее спокойный, хотя не выдерживает длительной беседы, встает, ходит, говорит: “Я столько сидеть не могу”. Просит отпустить его отдохнуть. Считает, что прежнее состояние было психозом. К своим планам не критичен, преувеличивает свои возможности.

Ведущий. *Он на литии ни разу не был? — Он был на литии. Он получал литий и карбамазепин. — В какие годы? — С 1990 года, когда он начал наблюдаться у врача из 6-й детской больницы. — Непрерывно принимал литий? — Нет, литий сменялся карбамазепином. У него была схема: получал галоперидол и либо литий, либо карбамазепин и галоперидол-деканат с циклодолом. — У него ведь была относительная, ремиссия, когда он закончил два института? — У него была ремиссия с 1992 по 1999 год. Ему каждый месяц делали галоперидол-деканат. — А литий он тогда принимал? — Нет, он говорит, что лекарства выплевывал. — Выходит, что ремиссия была только на галоперидоле? — Он был гипертоничным. — Его уже много лет лечат пролонгами. Когда у него бывают обострения, они мало помогают. А какое-то время ему давали тот же самый галоперидол-деканат, и была ремиссия? — Не совсем так. Нормотимики назначались ему постоянно. На глазах родителей он их принимал, но если удавалось, то выплевывал. Потом был второй приступ в 1999 году. И после 2000 года, после второй серии госпитализаций он закончил институт. — Очень трудно представить себе, где у него спонтанные ремиссии, а где терапевтические. Что все-таки лежит в основе его ремиссии? — Я думаю и то и другое. — Он стал азартным игроком. Сейчас это пропало? — Нет. — Когда он уходил в лечебный отпуск он играл? — Играл. — В какие игры он играет? — На автоматах и в рулетку. Автоматы ему сняты. Он критичен к этому, но все равно играет.*

Психолог Н. И. Гостева. Было проведено два обследования: первое ровно месяц назад, 21 ноября 2006 года, вчера — повторное.

Больной ориентирован в полном объеме, доступен контакту. Мотивация к проведению исследования практически отсутствует. Задания выполняет в неравномерном темпе. Придумывает массу отговорок, чтобы объяснить свое нежелание выполнять задание. На строгие просьбы занимает позицию неохотного подчинения и принимается за выполнение предложенных заданий. На все очень ярко реагирует.

По объективным данным. Внимание неустойчивое. Страдает способность к концентрации и распределению. Грубо снижен произвольный контроль. Память также снижена. Кривая запоминаемости: 5, 6, 7, 8 слов из 10, отсроченное воспроизведение — 5 слов. Продуктивность опосредованного произвольного запоминания составляет всего 20 %. Вместо остальных слов воспроизводит опосредующие образы. Ассоциативный процесс протекает в неравномерном темпе. Выражены трудности, и имеют место отказы при опосредовании отвлеченных понятий, таких как теплый ветер, ядовитый вопрос, сомнение, смелый поступок. Ассоциации в целом адекватны по смыслу, стандартны по содержанию, иногда субъективны. Сфера мышления характеризуется лабильностью, чередованием обобщенных и конкретно ситуационных решений. Категориальный способ решения мыслительных задач доступен, преобладает. Стадию сверхобобщений испытуемый самостоятельно не выполняет: все ранее образованные им группы складывает в одну. Некоторые суждения не критичны, актуализируются латентные признаки, имеют место соскальзывания. Например, на слово “счастье” (методика пиктограммы), больной рисует солнце и, дорисовывая, объясняет: “Солнце светит — это и есть счастье. Во вторник смотрел передачу “Апокалипсис”, скоро Канаду затопит. Вы, доктор, быстро пишите, а я плохо, никогда не любил учиться, хотя бабушка моя педагогом была, а гулять любил. Вы в Москве живете? Может быть, закончим, а то Вам ехать далеко?”. Такая утеря целенаправленности приводит к поверхностности, незавершенности суждений, но может менять и строение мышления, однако пока, на момент обследования, к грубым нарушениям мышления не приводит. Больной не может усвоить условности, скрытые в задании, что особенно заметно при толковании пословиц и метафор. Например, пословицу “Баба с возу — кобыле легче” объясняет так: “Если много людей на телеге, девушка слезет, то телега поедет быстрее”. Выражены моторная подвижность и речевая сверхактивность. Эмоционально-личностная сфера характеризуется приподнятым настроением. В ответ на противодействие легко вспыхивают и также легко угасают гневливые реакции. Успех и поощрение вызывают эмоцию гордости. Отсутствует склонность к серьезному углублению в сложные проблемы, преобладает беспечность, радужность надежд, уверенность в будущем, бесцеремонность в поведении, снисходительное отношение к своим промахам и недостаткам. Если что-то не удает-

ся, то ложь и хвастовство компенсируют нанесенный самооценке ущерб, оставляя ее неизменно высокой, благодаря отрицанию проблем. В тесте на самооценку у него все показатели резко завышены.

Таким образом, по результатам психологического обследования на первый план выступают нарушения в сфере внимания, а также нарушения эмоционально-личностной сферы, гипоманиакальные состояния. Обращают на себя внимания следующие нарушения мышления: 1) операциональной стороны — в форме снижения уровня обобщений и снижения целенаправленности, но не приводящие к грубым нарушениям мышления; 2) личностного компонента мышления — в форме нарушения критичности и саморегуляции, т.е. мышление перестает быть регулятором действий; 3) динамики мыслительной деятельности — в форме лабильности мышления.

Содержание первого и второго обследований по-существу не отличаются. Изменился статус. Ведет себя более упорядоченно. Если отказывается от выполнения каких-либо методик, то по той причине, что выполнял их в прошлый раз. Свое настроение оценивает на тройку. Заметна растерянность. Больной спрашивает, как проходит конференция, не будут ли его снимать на камеру, переживает, что его может кто-то случайно увидеть по телевизору. Ушло преобладание детскости и дурашливого возбуждения. В прошлый раз была пустая непродуктивная эйфория, кривляние, в речи отмечались повторы, поведение складывалось из нецеленаправленной активности: вставал, подходил к аквариуму с рыбками, о чем-то спрашивал, ходил по кабинету, просил чай. Это сочеталось с упрямством и негативизмом, отказывался от выполнения заданий. Говорил, что он не глупый, что у него есть собственный психолог, что все методики он знает: “Не делайте из меня дурака и не надо ставить надо мной эксперимент”. Отворачивался к стене, не обращал внимание ни на какие просьбы. Мышление не изменяется. Те же нарушения, которые я описала ранее. Но эмоционально он скуден.

Ведущий. У него все-таки непоследовательность мышления или это более глубокие изменения? Пословицы он трактовал конкретно. Это что?

— Когда он может обобщать, и одновременно появляются ответы по конкретному типу — это нарушение динамики мышления.

— Но, может быть, это просто нежелание задумываться?

— И утеря целенаправленности, способности к рассуждению. В любом случае, если мы говорим, что обобщение — это следствие анализа, то такие сложные обобщения, как анализ, синтез, абстрагирование осуществляются у него с трудом.

— Это за счет повышенного аффекта?

— Это за счет снижения уровня обобщений.

— Просто ему так свойственно?

— Да.

— Вы думаете, что когда он выйдет из аффективного приступа, то это останется как осадок?

— Это такой сухой остаток. Повторное обследование не дало никакой динамики в сфере мышления.

БЕСЕДА С БОЛЬНЫМ

Больной входит свободно, быстрым шагом, бегло оглядывает аудиторию.

Здравствуйте, присаживайтесь. Не возражаете против беседы? — Нет. — Как Вы себя чувствуете? — Сейчас лучше. — А раньше, что было с Вами? — Агрессивность какая-то была. — Агрессия у Вас появляется сразу, или сначала изменяется настроение? — Сначала меняется настроение. — Оно у Вас изменяется резко, сразу? — Постепенно, по нарастающей идет. У меня бывает срыв, когда ничего не хочется делать, даже кушать себе готовить не могу. Даже музыку слушать не могу. Появляются плохие мысли. — Что за плохие мысли? — Жить не хочется. — Вы себя за что-то ругаете? — Ругаю. — За что? — Что-то не сделал, по работе какие-то сложности. — Даже за пустяковый проступок? — Когда что-то серьезное, я начинаю переживать. — Во время плохого настроения Вам кажется, что окружающие люди меняют к Вам отношение? — Нет, не кажется. — Недружелюбия к себе не замечали? — Замечал, было такое. — Это как происходит? — Это, когда общаешься с человеком, а он как-то негативно тебе отвечает, идет конфликт сразу. — Может быть, это когда у Вас бывает повышенное настроение? — И когда нормальное состояние. — А депрессия начинается сама по себе или нужно, чтобы предшествовали неприятности? — Просто так ничего не бывает, все от чего-то отталкивается. — Как долго у Вас может быть депрессивное состояние? — Самое большое, месяца два у меня было. С 1 апреля до лета у меня была депрессия. — И Вы в это время ничего не можете делать? — Да. — Вы мрачный? — Грустно просто. — Аппетита нет? — Аппетита не было. — Худеете? — Запас жира у меня есть, не худел. — Спите Вы всегда плохо? — Сейчас нормально сплю. — А так у Вас плохой сон? — Плохой. — Во время депрессии какой сон? — Я вообще не сплю. — Что Вы делаете ночью, когда не спите? — Думаю лежу. — Об одном и том же? — Нет, о разных вещах. Зачем мне заикливаться на чем-то одном, я думал о разных вещах. — Но это все мрачные мысли? — Почему? Нормальные мысли. — А были мысли о самоубийстве? — Никогда не было. — Потом депрессия меняется на состояние повышенной активности. Вы замечаете этот момент? — Настроение улучшается, лучше с людьми общаешься. — Это происходит вдруг, сразу? — Может, мама или папа что-нибудь хорошее подарят. — Но за два месяца депрессии тоже что-то хорошее происходит, однако депрессия продолжается. — Бывает, депрессия переходит в агрессию, а потом в апатию, цикла-

ми идет. — А бывало у Вас так, чтобы в один и тот же день и депрессия и активность? — *Было такое. Мне тогда лет 15 – 16 было.* — Сейчас такого не бывает? — *Нет. Один день может быть плохое настроение, другой день хорошее.* — То есть они не смешиваются? — *Нет.* — Чувство страха, тревоги когда-нибудь бывало? — *Страх был, что по работе что-то не успею сделать.* — То есть это не абстрактная, а конкретная тревога? — *Да.* — А галлюцинации у Вас когда-нибудь бывали? — *Такого никогда не было.* — А Вы знаете, что это такое? — *Знаю.* — Когда Вы в повышенном настроении, какой Вы к окружающим людям? — *Нормальный. Я к окружающим всегда отношусь нормально.* — Но Вы ведь тогда очень ранимый. — *Вы же не видели меня в таком состоянии.* — Я не видел, но доктора видели. — *Они там напишут...* — Они ошибаются? — *В психиатрии сложно четкий диагноз поставить.* — Когда у Вас повышенное настроение, появляется иногда ощущение, что Вы можете как-то влиять на других людей? — *Нет.* — Что Вы можете им внушать мысли? — *Нет.* — А бывает, что Вы можете знать, о чем люди думают? — *Это экстрасенсорные способности?* — *Да.* — *Этого не было.* — Как Вы считаете, настроение у Вас всегда было либо плохое, либо хорошее? — *Перепады настроения бывают.* — Вся Ваша жизнь в этом смысле состоит из перепадов? — *Сейчас у меня ровное настроение, не грустное, не веселое.* — То есть бывает и ровное, такое, как сейчас? — *Да.* — Вы ведь периодически выпивали и весьма неумеренно? — *Было такое.* — А потом вдруг сразу бросали? — *Да.* — Опохмелялись по утрам? — *Могу не выпить, ничего страшного не будет.* — А зачем нужно было опохмеляться? — *Чтобы дальше продолжать пьянствовать.* — То есть Вам нравилось пьянство? — *Да.* — Не нужно было алкоголем снимать похмелье? — *Меня это не волновало.* — Сколько Вы могли выпить? — *Полторы бутылки я выпивал.* — Вы в опьянении спокойный или агрессивный? — *Я не бываю агрессивным.* — Наутро Вам было плохо или Вы нормально себя чувствовали? — *Тошило.* — А если выпивали бутылку коньяка? — *Тоже тошило, даже рвало.* — То есть у Вас, как у большинства пьяниц, рвотный рефлекс не пропадал? — *Я же не пьяница, я нормальный. Я выпивал после работы.* — Но Вы сказали, что опохмелялись на следующий день, чтобы продолжить пьянство? — *Это было на выходные.* — А сколько дней подряд Вы могли пить? — *Дня два попью, а потом брошу и не пью, просто пьяное состояние было.* — Вы с кем пили? — *С друзьями, с девушкой пил.* — А один не пьете? — *Никогда не пью. Пиво только пью один.* — Сколько Вы можете пива выпить? — *Бутылок пять.* — Вместе с водкой? — *С водкой редко мешаю.* — А во время депрессии Вы пили? — *Во время депрессии никогда не пил.* — Почему? Ведь алкоголь уменьшает депрессию? — *Я как-то не додумался. Вообще я пил, но мало.* — А опьянение усиливает депрессию или уме-

ньшает? — *Мне хуже становилось.* — Тоскливо? — *Просто грустно становилось.* — А когда у Вас было повышенное настроение, хотелось выпивать? — *Хотелось.* — И тогда возникали загулы? — *Что Вы все про это, давайте о чем-нибудь другом поговорим.* — Нас все интересует. — *Я уже устал. Все на меня смотрят здесь.* — Они изучают Вас, они же врачи. — *Что я подопытный кролик, чтобы меня изучать?* — Мы же не эксперименты проводим. — *Еще не хватало! Эксперименты над людьми запрещены.* — Мы и не проводим. — *Спасибо, успокоили.* — У меня еще такой вопрос. Раз уж мы о дурных привычках заговорили, Вы ведь с некоторых пор стали игроком? — *Я шесть лет уже играю.* — В какие игры играете? — *Последнее время на автоматах, раньше играл в казино.* — В казино во что играли? — *В покер, рулетку.* — А в автоматах Вас что привлекало? — *Просто убивал время.* — В игровые залы ходили? — *В казино ходил, в залы. Куда пускали, сейчас меня уже не пускают никуда.* — Почему? — *Не знаю. Шеф позвонил, сказал, чтобы меня не пускали.* — Кто он такой? — *Я работал с человеком, который эти аппараты ставит.* — Он может позвонить во все казино? — *Он мою карточку дал и сказал, чтобы меня не пускали.* — Фейс-контроль не проходите? — *Да.* — Буяните, что ли там? — *Сказали, что без объяснения причин не пускают. Он с мамой договорился, и мама попросила, чтобы меня туда не пускали.* — Вы много проигрывали? — *Двенадцать тысяч долларов проиграл.* — А сколько максимально выигрывали? — *Пять-шесть тысяч долларов выигрывал.* — Доктор сказала, что у Вас появилась страсть к игре, когда Вы первый раз выиграли? — *Да.* — Вы сейчас оцениваете свое состояние как здоровое? — *Да.* — То есть Вы сейчас здоровы? — *Да.* — Что Вы намерены делать? — *Работать дальше.* — Где? — *Помощником адвоката я сейчас работаю.* — Что Вы там делаете? — *Клиентов привожу в офис и за это получаю процент.* — Что Вы конкретно делаете? — *Клиентов нахожу для фирм.* — Как Вы их ищете? — *По знакомым, друзьям, кому, чем нужно помочь.* — И Вам дают процент? — *Да.* — А куда Вы деньги девааете? — *В казино отдаю.* — Проигрываете? — *Да.* — Какая-то у Вас необычная жизнь. — *А что мне переживать. Меня папа с мамой кормят, одевают, обувают, я могу свои деньги тратить куда хочу.* — Родители сейчас в Москве живут? — *В Москве.* — А в Тулу ездите? — *Да.* — Там тоже играете? — *Там не играю, там мне запрещают вообще играть.* — Я хочу кое-что уточнить о лекарствах. Вы литий принимали постоянно? — *Я литий никогда не принимал. Циклодол принимал, галоперидол...* — А карбамазепин? — *Пил. Я пил финлепсин.* — Сколько Вы принимали таблеток? — *Три таблетки в день: утро, день, вечер.* — Сколько времени Вы его пили? — *Пока лежал в больнице. Мне делали укол деканоат раз в три недели, потом давали три лекарства, я их пил дома.* — Сколько по времени Вы пили финлеп-

син? — *Это годы были.* — А литий никогда? — *Литий не пил вообще.* — У Вас был период, когда Вы довольно интенсивно учились и в больницу не попадали. Тогда тоже были колебания настроения? — *Нет, ровное настроение было.* — Вы не помните, какие лекарства тогда принимали? — *Финлепсин, галоперидол и циклодол, галоперидол-деканоат.* — А циклодоло сколько принимали? — *Три таблетки в день.* — А галоперидол-деканоат как часто делали? — *Раз в три недели.* — И это было регулярно? — *Да.* — И сколько лет? — *Да.* — А потом бросили все? — *Да. И у меня постепенно ухудшение началось.* — А почему бросили? — *А что я на аптеку должен работать всю жизнь?* — Лучше на аптеку, чем на казино? — *Кому как лучше.* — Какие вопросы у врачей?

— Вы вообще больной человек? — *Я не больной ничем. Сейчас голова у меня поправится, и будет все нормально.* — Вы здоровы? — *На 80% здоровый.* — А болезнь была? — *Была депрессия — была болезнь.* — Сколько лет она была? — *На протяжении 14-ти лет была.* — А сейчас она закончилась? — *Сейчас прошла.*

— Какие у Вас вопросы к врачам? — *Нет у меня вопросов.* — Вам все понятно, все ясно? — *Да.* — Что Вы хотите? — *Выписаться побыстрее, чтобы пойти на работу. Вчера Марину Олеговну полдня доставал, когда она меня выпишет.* — А она не соглашается? — *Не хочет меня выписывать.* — Может быть, Вы еще не в том состоянии, как тогда, во время учебы? — *В том я состоял.* — Вы устали от беседы? — *Да.* — Надоело, наверное? — *Надоело.* — Тогда мы Вас отпустим. До свидания!

ОБСУЖДЕНИЕ

Врач-докладчик. Статус при поступлении — маниакальный. Выраженная гневливая непродуктивная мания. С отдельными высказываниями собственного превосходства, особых возможностей. Периодически это состояние доходило до неуправляемой мании, когда больной метался, импульсивно бил кулаками в стену, толкал больных, угрожал. Большие дозы нейролептиков были мало эффективны. Статус в отделении на данный момент гипоманиакальный. Он говорит быстро, временами скороговоркой. Вчера были сплошные угрозы. Обещал, что на конференции расскажет такое, что всем будет стыдно, потом отказывался идти на конференцию. В течение часа мы его уговаривали. С учетом того, что он идет в лечебный отпуск, обещал держаться в рамках дозволенного. Он недостаточно критичен к своему состоянию, к своим возможностям и перспективам. Легко создает нереальные, легковесные и авантюрные планы. Не уверен в том, что сможет контролировать свои поступки, и что не пойдет в казино, не проиграет деньги. В лечебных отпусках продолжает ходить в казино. Сон неустойчивый. За ночь несколько раз просыпается. Засыпает

хорошо, но через три-четыре часа просыпается и начинает беспрерывно ходить по отделению. Не может долго находиться в одном месте, заниматься монотонным делом, быстро пресыщается. В течение беседы аффект меняется от благодушного, спокойного до раздражительного. Иногда мне кажется, что он пытается манипулировать, достигая какой-то своей цели, проверяет, на какой его аффект больше реагирует собеседник. Например, становится гневливым, раздраженным, а может тут же стать покладистым. В целом он однообразный, стереотипный. Повторяет одни и те же просьбы в одной и той же форме. С моей точки зрения, у него для юриста небогатый словарный запас, не хватает коммуникабельности. Несмотря на все это, идет процесс становления ремиссии.

Дифференциальный диагноз между биполярным аффективным расстройством личности и приступообразно-прогредиентной шизофренией. Сопутствующий диагноз — “Игромания”.

Ведущий. *С какого времени он болен?*

— Я считаю, что болен он с детства. Личность изначально гипертимная. Вначале было похоже на синдром детской гиперактивности. Были детские страхи невротического характера. Болезнь манифестировала в 12 лет, маниакальным приступом, с выраженным психопатоподобным поведением.

Ведущий. *Какая перспектива?*

— Приступы, конечно, будут повторяться.

— *Какое лечение он сейчас получает?*

— Рисполепт, клопиксол-депо — 200 мг 1 раз в 3 недели, циклодол и карбонат лития — 900 мг.

— *С какого времени больной принимает литий?*

— Литий принимает с момента поступления.

— *А он говорил, что никогда литий не принимал?*

— Я разговаривала с его мамой, она сказала, что он принимал литий или карбамазепин.

Ведущий. *Спасибо за подробный анамнез. Я прошу выступающих подчеркивать особенности данного больного, что можно сказать в плане дифференциальной диагностики.*

А. А. Глухарева. В преморбиде он гипертимный. В детстве невротические страхи, может быть, это был ранний депрессивно-невротический эпизод. Потом отчетливая фаза в 12 – 14 лет, которая сопровождалась расторможенностью влечений, девиантными поступками, симптоматической алкоголизацией. Это были не псевдозапой, а симптоматическая алкоголизация на фоне расторможенности влечений. То, что в основе фазные состояния — это бесспорно. Я думаю, что последние ремиссии скорее спонтанны. Но это не чистые ремиссии, а циклотимоподобные. Хотя заболеланию уже более 15-ти лет, больной удерживается в социуме и интеллектуально относительно сохранен. Статус сейчас гипоманиакальный. До становления ремиссии ему далеко, мании у него по анамнезу длительные. О дефекте до полного выхода из гипомании мы не можем говорить. Скорее всего диагноз будет

такой: “Приступообразная шизофрения, шизоаффективный вариант”. Что касается прогноза, то он плохой, учитывая такие длительные мании, а также специфические расстройства мышления.

А. В. Павличенко. Я полностью согласен с диагнозом лечащего врача. Мы, прежде всего, должны говорить на одном языке с психиатрами других стран. В американской классификации болезней DSM-IV для оценки различных аспектов состояния пациента используется 5 осей: ось психопатологических синдромов, ось личностных расстройств и задержки психического развития и т.д. У данного больного, например, по оси I мы можем диагностировать биполярное аффективное расстройство, а по оси II — антисоциальное расстройство личности и гэмблинг. Исходя из этого, мы должны избрать лечебную тактику: выбор должен идти между различными нейролептиками и стабилизаторами настроения. В отношении аффективных приступов следует отметить, что они появились еще в подростковом возрасте, правда в то время они отличались меньшей амплитудой, часто в одном приступе сосуществовали депрессивные и гипоманиакальные симптомы. В дальнейшем приступы носили преимущественно сдвоенный характер. Маниакальные фазы сопровождались отчетливыми психотическими чертами. Были ли в его состоянии бредовые идеи, неконгруэнтные преобладающему аффекту? Мне кажется, что нет. Хотя, обнаружение подобных идей еще не есть достоверный признак шизоаффективного состояния.

Ведущий: *Вы считаете, что идей преследования не было?*

— Не было. Были психотические мании, временами с гебефреническими чертами, временами с психомоторным возбуждением. По-видимому, с 1990 года по 1992 год аффективные расстройства носили континуальный характер: депрессивные расстройства сменялись маниакальными без “светлых” промежутков, и наоборот. В 1992 году была достигнута ремиссия, которая, безусловно, носила медикаментозный характер. До конца девяностых годов он постоянно принимал различные психотропные средства, в том числе и нормотимики. Больной сказал, что вскоре после того, как перестал принимать лекарства, вновь появились аффективные расстройства. Последний эпизод — депрессивный по структуре, но без психотических включений. В отношении личностных особенностей можно сказать следующее. С детских лет — черты синдрома дефицита внимания с гиперактивностью, различные психопатические реакции. Личностные черты достаточно трудно отнести к одному кругу. Есть ли психопатия, или, как, мягче говорится в современных классификациях, расстройство зрелой личности? Безусловно есть, причем психопатия “ядерная” в понимании О. В. Кербикова, и на первый план здесь выступают “нарушения социальных норм” в самом широком смысле этого понятия, поэтому мы

вправе говорить об антисоциальном расстройстве личности (синонимы — социопатия, диссоциальная психопатия). В межприступный период данные особенности выступали особенно отчетливо: он постоянно вступал в различные авантюрные предприятия, попадал в криминальные ситуации. Кстати, слабость волевых навыков лежит в основе и достаточно легко возникающей у него лудомании. В заключение, несколько слов о прогнозе. Если он будет принимать лекарства, в первую очередь, нормотики и атипичные антипсихотики (лучше прологированные формы), то можно надеяться на качественную ремиссию. В этом случае, на первый план будут выходить личностные расстройства, которые нуждаются в длительной психотерапии. В противном случае, на первый план будут выходить тяжелые депрессивные состояния, что мы и наблюдали в последнее время.

По МКБ-9 диагноз должен звучать так: “Маниакально-депрессивный психоз. Депрессивная фаза. Патология влечения в виде игромании”.

И. С. Павлов. Эрнст Кречмер в своей книге “Строение тела и характера” выделил, в частности, два типа личности: деловых практиков и беспечных любителей жизни. Я их наблюдал в рамках циклотимии и синтонности. Был, например, беспечный любитель жизни, а стал деловым практиком. Та ремиссия у нашего больного, когда он два института закончил, как раз и выразилась в том, что он превратился из беспечного любителя жизни в делового практика. Его маниакальные состояния трудны для медикаментозного и психотерапевтического лечения. С депрессивными больными можно работать психотерапевтически на фоне лечения антидепрессантами. Когда знакомишься с депрессивным больным, то часто видишь, что у него в жизни все хорошо, а настроение плохое. Спрашиваешь противоположное: “А Вы бы предпочли, чтобы у Вас было настроение хорошее, а в жизни все было плохо?”. Конечно, он выбирает первое и сразу по-другому уже относится к депрессии, хотя бы рационально, не эмоционально. С маниакальными больными труднее, хотя можно тоже какие-то варианты искать. Мне кажется, что больного диагностически надо рассматривать в рамках маниакально-депрессивного психоза. Социальный прогноз в силу его гипертимности может быть неплохим. В деловых отношениях он может себя проявить. Мы часто недооцениваем адаптивных способностей психически больных. Ко мне сюда приводили на консультацию больного шизофренией. Я хотел его стационаризовать, но он не согласился. Потом как-то компенсировался, работал в фирме. Потом стал играть в карты по интернету с американцами и англичанами, даже бросил свою работу, настолько успешно пошла игра. Я недавно встретил его знакомых и спросил, как он сейчас, ведь в Америке запретили такую игру. Они сказали, что партнеры его известили о том, что они будут выезжать в другие страны и там играть. Я не знаю, что

было бы, если бы я его стал лечить галоперидолом. Мы не должны недооценивать адаптивных способностей наших больных.

Ю. Л. Мартынюк. Буду краток. Первый диагноз: “Биполярное аффективное расстройство, текущий маниакальный эпизод с психотическими симптомами (F31.2)”. Второй диагноз: “Расстройство зрелой личности, патологическое влечение к азартным играм (F63.0)”. В 12 лет диагноз МДП дифференцировали с шизофренией, но жизнь показала, что до шизофрении еще “далековато”. Два высших образования при диагнозе “шизофрения” вряд ли возможны. Здесь был вопрос, можно ли отпускать больного в лечебный отпуск. На мой взгляд, каких-либо препятствий для этого нет, с учетом того, что он будет принимать поддерживающее лечение.

М. Е. Бурно. Замечательно слушать такие доклады. Сегодня подробно как никогда рассказали о пациенте. И можно было уже клинически представить себе этого пациента до того, как он вошел сюда. Исходя из классического клинического психиатрического немецко-русского подхода, для меня это есть шубообразная шизофрения. Шубообразная шизофрения особенная, размазанная, в том числе лекарствами, — субпсихотика звучит и между шубами. Это не просто межшубное неврозоподобное или психопатоподобное состояние. Тут и остро-аффективные расстройства обнаруживаются. Так оно и бывает, когда больной закармливают лекарствами. Между прочим, подобным образом протекала болезнь у Гоголя, но она не была размазана современными лекарствами. Если посмотреть историю болезни Гоголя, написанную Николаем Николаевичем Баженовым, и если бы Гоголь получал столько лекарств постоянно, то, вероятно, не было бы гениальных творений Гоголя. Но я понимаю, что ничего не остается, как как-то поправлять лекарствами поведение такого больного. Прежде всего, приглушать лекарствами его подъемы, поскольку это нарушает общественную жизнь. Я сейчас помогаю подобному пациенту — профессору, он читает лекции в институте, защитил докторскую диссертацию “мимо” кандидатской, известен широко в своем научном мире. Он отказывается в своем диспансере от лекарств в течение многих лет, ему сейчас к пятидесяти. Он в сравнении с подобными пациентами, которые живут с лекарствами, конечно, ведет себя в обществе бурно, как “сумасшедший”, но он чистый душой и необыкновенно талантливый в своем сумасшествии, душевный при всей своей разлаженности, духовно чистый. Если у него состояния обостряются так, что его нужно класть в больницу, он прячется в это время у мамы, выключает телефон. Потом психотика стихает, и он опять появляется. В сущности, я занимаюсь тем, что, психотерапевтически помогая ему, сопровождаю его по жизни. Манфред Блейлер так и говорил, что психотерапия шизофрении это сопровождение больного по жизни. Он имел в виду, прежде всего, непре-

рывно текущую шизофрению. Больной мне благодарен за то, что я ему подсказываю, как когда себя вести. Кое-что из этого он находит в моей книге “О характерах людей” — и потому считает себя моим учеником. Иногда он даже соглашается принять немного транквилизаторов.

Теперь диагностика. Почему для меня наш пациент — это больной шизофренией? МКБ-10, в которой столько американского, многое упрощает. Здесь нет настоящей классической клинической психиатрии, нет “почвы”. К сожалению, в Америку приехали учить американцев психиатрии не Блейлер, не Крепелин, а Адольф Майер. И Адольф Майер создал свою психобиологию, такую прагматическую психиатрию, одновременно и физиологическую, и психоаналитическую. А клиницизма в ней настоящего нет. А может быть, психиатрия Майера счастливо ответила особенностям ума американских психиатров... В сущности психиатрическая МКБ-10 — международная классификация болезней для статистики. Насколько знаю, в Германии в некоторых университетах продолжают ставить классические психиатрические диагнозы. А для статистики ставят по МКБ-10. Так мне рассказывают. Шубообразная шизофрения, конечно, идет из немецкой психиатрии. Снежневский это все хорошо обобщил. Печально, что многие наши молодые психиатры не успели прочувствовать школу Снежневского, в которой так много и немецкого и русского, и все это органически-родственно клинически соединилось. Нельзя забывать, что российская психиатрия была, в самом деле, родной сестрой немецкой клинической психиатрии. Так вот. Шубообразное течение и вообще клиническую картину шуба описывал еще сотрудник Эрнста Кречмера Фридрих Мауц. Он дал это понятие “шуб” — “сдвиг” по-немецки. Шуб это есть психотическая острая и всегда живо аффективная симптоматика. Она может быть депрессивно-параноидной, может быть кататоно-онейроидной, парафренической, остро аффективной, маниакальной, депрессивной или все в смешении. Нередко бывают такие случаи, когда практически одна острая аффективная симптоматика звучит в “шубе”. Потом это может спадать. А между шубами существуют такие межшубные состояния — субпсихотические или неврозоподобные. Даже в аффективной психотической симптоматике (маниакальной и/или депрессивной) можно просмотреть шизофреническую особенность этой аффективности. А шизофреническая специфическая особенность души это блейлеровская расщепленность. И Ганнушкин даже в “Клинике психопатии” подчеркивает, что аффективные расстройства могут быть шизофреническими и нешизофреническими именно по своей клинической картине. Пациент наш сам считает, что он на 80 % поправился. И мы видим, что он еще находится в психотике. То есть сейчас еще не освободилась его личность от психотики. И вообще не известно, способна она и через неко-

торое время освободиться или нет. Судя по анамнезу, он все время болен. Он или в острой психотике или в субпсихотике. Это происходит с детских лет. Еще там его психопатоподобное поведение чуть ли не в детском саду трудно отделить от субпсихотического состояния. Так в чем же эта специфическая, подчеркнутая выразительно классически клинически Ганнушкиным, особенность шизофренического аффективного расстройства? А в том, что в аффективном шизофреническом расстройстве уже звучит схизис, звучит разлаженность. Ганнушкин пишет, что если больной в аффективном расстройстве весел, двигателью возбужден, а голова у него пустая, — то это разлаженность, это схизис. Это шизофреническая аффективность. Если больной гипоманиакален, и одновременно апатичен, это тоже разлад, это тоже схизис. Другое дело, когда депрессивный заторможенный больной мучается от того, что у него в голове дурные мысли идут и идут потоком. Это психологически понятно. Если больной в депрессии тревожен, ажитирован, не может сидеть на месте, это тоже психологически понятно, и тоже не есть схизис, специфическое свойство шизофренического аффективного расстройства. Но если соединяется несоединимое, например, в аффективном расстройстве, и это соединение психологически непонятно, то это знак шизофренический. Пациент, как мы видели здесь и как о нем рассказывали, дисфоричен в своей депрессии. Это особое дисфорическое депрессивное свойство. Когда особенно преобладает дисфорическая депрессия, как он хорошо сказал, он агрессивен уже на слова человека, который к нему обращается. Так вот, если он агрессивен, дисфоричен и в тоже время покладист одновременно, то это есть тот самый разлад. Он сейчас где-то глухо гипоманиакален, и может быть, эта гипоманиакальность распускается в отделении. Но вместе с гипоманиакальностью он говорит об апатии. Мы видим эту апатию, мы видим, как ему скучно с нами, как он тяготеет к беседе, как он хочет, чтобы его быстрее отпустили. С циркулярным маниакально-депрессивным гипоманиакальным, разве такое бывает, что он говорить не хочет? Да он первый говорит и всех заговаривает. В оживленной беседе он все заметит — и необычные очки доктора, и необычную брошь у дамы-врача. А этот пациент в своей взволнованной гипоманиакальности апатичен. Вот такой дисфорический апатический подъем. Это и есть схизис, расщепленность, которая в данном случае пронизывает аффективные расстройства. И еще. Пациент здорово пьянствовал, а хронического классического алкоголизма не обнаруживается. Нет алкогольных жухло-стертых изменений, алкогольного огрубления личности, нет клинической картины истинных алкогольных запоев. Это то, что называется алкоголизацией у больного шизофренией. Для алкоголизации есть подходящее соответствующее аффективное расстройство. Алкоголизация садится на него верхом. В

период этого аффективного расстройства больной алкоголик. И Александр Юрьевич отметил, что алкоголик он тогда, когда настроение идет кверху, а когда настроение идет книзу, в отличие от маниакально-депрессивного пьяницы он не пьет. Это еще и еще раз отчетливо показывает здесь клиническую сложность шизофрении и схематичность МКБ-10. Этого (с точки зрения классического клиницизма) большого шизофренией невозможно отчетливо расценить по МКБ-10. Потому что там, во-первых, нет шубообразной шизофрении. Там есть параноидная шизофрения с эпизодическим течением.

А. В. Павличенко. *Шизоаффективный психоз есть.*

М. Е. Бурно. Но это другое. Это, во-первых, эпизоды, после которых обычно выздоравливают...

Какой же диагноз тут ставить? Тут, по-моему, скорее следует “натянуть” параноидную шизофрению с эпизодическим течением. Ведь больной с маниакально-депрессивным психозом — это больной (с точки зрения классической клинической психиатрии), который между своими остро психотическими состояниями совершенно здоров. Маниакально-депрессивный психоз, это не процесс, здесь не происходит сдвига личности. А тут он есть налицо. Циркулярный, или маниакально-депрессивный, больной совершенно здоров между своими психотическими состояниями, которые называются фазами. Потому что фаза, это то, что пришло, и ушло безо всякого следа.

А. В. Павличенко. *О. П. Вертоградова довольно много пишет об изменениях личности при МДП, конечно они не такие, но они есть и во многих сферах они проявляются: в сфере активности, в социальных отношениях и т.д. Все это имеет место.*

— Но не схизис.

— Я говорю об изменениях личности.

— А я говорю, что эти другие изменения личности не есть блейлеровская расщепленность. Изменения личности могут возникать у человека, даже просто порядочно полежавшего в соматической больнице. Это разные вещи. Спасибо!

Ведущий. На примере этого больного можно вспомнить историю формирования диагноза “шубообразная шизофрения”. В конце пятидесятых и в шестидесятых годах классификация шизофрении в школе А. В. Снежневского, в так называемой Московской школе, разрабатывалась исключительно с учетом типа течения. Вначале выделялось две формы течения: рекуррентная и непрерывная. Никакой приступообразно — прогрессивной не было. Рекуррентная (ремиттирующая, периодическая) делилась на острую кататонию, острую парафрению, депрессивно — параноидную и циркулярную. Одно время к ней добавляли и гипертоническую (фебрильную). Смешивать периодическое течение с формами, входящими в непрерывное течение, например, параноидную, не позволялось. Как известно, главным условием пе-

риодической формы течения считался почти полный выход из психоза, т.е. почти полное выздоровление. Однако вскоре оказалось, что это встречается редко, что в ремиссии обнаруживаются симптомы, характерные для форм с непрерывным течением, например, простой или параноидной — недостаточная критика к перенесенному психозу, неврозоподобные расстройства, расстройства мышления, эмоциональные расстройства, которые расценивались как дефект, и пр. Здесь надо сделать оговорку. В те годы психофармакология только зарождалась, антидепрессанты использовались редко, и депрессивные “хвосты”, как их тогда называли, остающиеся после выхода из острых состояний, принимались часто за симптомы дефекта. В общем необходимой для периодической шизофрении интермиссии часто не было. Тогда были вынуждены пойти на компромисс. Выделили еще одну форму, как бы сплавленную из непрерывного и периодического вариантов. Ее так и назвали — легированной т.е. соединенной, сплавленной шизофренией. Например, дебют процесса протекал по типу простой формы, а манифестация — по типу одного из вариантов рекуррентной шизофрении. Естественно, что в ремиссии наблюдались признаки дефицитарных расстройств. Кроме того, приступы (шубы) не всегда были гармоничны, как отметил Марк Евгеньевич. В них, наряду с острыми расстройствами, характерными для периодической шизофрении, просматривались симптомы, плохо поддающиеся полной редукции, например, паранойяльный бред, кататонические стигмы, расстройства мышления и пр. Таким образом, эти приступы были только похожи на периодические, т.е. *шубообразны*. Постепенно их все больше объединяли с непрерывными, прогрессивными формами. Таким образом, появилась *приступообразно* — прогрессивная (шубообразная) шизофрения. *Прогрессивная*, потому что от обострения к обострению нарастали процессуальные изменения личности. До этого было однозначно — параноидная шизофрения может быть только непрерывной и ни в коем случае не приступообразно — прогрессивной. Я помню, как Григорий Абрамович Ротштейн нашел из этого выход. Он ставил, например, такой диагноз: “Приступообразно — прогрессивная шизофрения с преобладанием галлюцинаторно — бредовых расстройств”. Потом пошли дальше, и диагнозы параноидной шизофрении с приступообразным течением или приступообразно — прогрессивной параноидной шизофрении стали общепризнанными. Что все это дало? В первую очередь значительно упростило диагностику. Наличие аффективных и аффективно-бредовых расстройств автоматически относит данный случай к шубообразной шизофрении, а наличие паранойяльного бреда, галлюцинаций и измененного аффекта — к параноидной приступообразно — прогрессивной. Кстати, оказалось, что настоящая непрерывная параноидная шизофрения с маньяновскими этапами

— фазами (паранойяльный, параноидный, парафренный) обнаруживается лишь примерно у 14 % больных. Такое упрощение, я бы даже сказал, обеднение диагностики, конечно, отрицательно сказалось на клиницизме. Не обязательно погружаться в детали, ставь диагноз шубообразной шизофрении — не ошибешься.

Теперь перейдем к нашему больному. Начнем со статуса. Что бросается в глаза? Легковесность и монотонность. Иногда отсутствие дистанции, резкость, даже грубоватость. Приподнятым настроением назвать нельзя. Ответы, правда, быстрые, но отсутствует веселость, оживленность, остроумие. Сидит в однообразной позе, мимика бедноватая, ни разу не улыбнулся, в конце сказал, что ему надоело беседовать. Критика к болезни весьма формальная, не задал о своем состоянии, о лечении ни одного вопроса. Кстати, признаков акатизии нет. По описанию его поведения в отделении, когда он был неусидчив, все время ходил, можно было заподозрить акатизию и тасикинезию от нейролептиков. Однако сейчас довольно долго сидел без движения. Так что в отделении, видимо, наблюдались моторные стереотипии у маниакального больного. Доктор говорит, что сейчас в отделении он гипоманиакальный: быстро говорит, строит легковесные планы. Но он там не весел, раздражителен, угрожает. Весь период пребывания в больнице основой статуса было однообразное психомоторное возбуждение с агрессией и высказываниями о себе в превосходных степенях. Настоящей маниакальной триады не было, что отметил и Марк Евгеньевич. Не было повышенного настроения, не было ускоренного продуктивного мышления. Он не вел себя так, как ведут маниакальные больные — шутят, суются во все дела, советуют, “заводят” больных, бывают и гневливыми, но не долго. У нашего больного — злоба, психопатоподобное поведение и импульсивность. Это то, что Марк Евгеньевич назвал схизисом. Бредовых расстройств у него не обнаруживается и никогда не обнаруживалось. Ни конгруэнтного, т.е. соответствующего аффекту, вытекающего из него бреда, ни неконгруэнтного нет. Были идеи превосходства, знакомства с важными людьми, якобы работающими в спецслужбах. Это не бред с бредовым поведением, а хаотичные фантазии маниакального больного и, уж тем более, не аффективно — бредовой синдром. А вот синдром, напоминающий аффективно — кататонический у него просматривался в это время и явно был и в прошлые годы. Все это сочетается и с данными патопсихологического обследования. Характерные для шизофрении нарушения мышления, непродуктивная эйфория, кривляние. Поведение во время обследования складывалось из нецеленаправленной активности: вставал, подходил к аквариуму с рыбками, о чем-то спрашивал, ходил по кабинету, просил чай. Это сочеталось с упрямством и негативизмом, отказывался от выполнения заданий. Имеются ли у него в статусе признаки психооргани-

ческого синдрома? Возможно. Меня насторожила его конкретность, примитивность в трактовке пословиц, а также постоянная агрессивность во время обострений. Можно отметить и психическую инфантильность. В анамнезе четко указано, что он в 12 лет перенес, по-видимому, сотрясение головного мозга, после чего стал очень агрессивным. Кстати, и в раннем детстве у него были органические стигмы — вегетативные расстройства, нарушения сна, детские страхи, гиперактивность. Что еще в статусе? Игромания (лудомания). Клинически она в целом обычна. Возникла после крупного выигрыша, сопровождалась патологическим влечением. Продолжается и сейчас. Особенностью является его безразличное отношение к ней, он даже не пытается ее скрыть, приуменьшить, хотя бы изобразить, что борется с ней. Равнодушно и вяло говорит, что будет и дальше играть и проигрывать, не скрывает того, что играет во время лечебных отпусков. Что это, если не неадекватность? Признаков алкогольной зависимости в статусе нет. Естественно, что она у него была, но к счастью ограничилась первой стадией.

О течении болезни. У таких больных определить начало заболевания всегда трудно. Оно как бы вытекает из преморбида. С детства был впечатлительным, легко возбудимым, то гиперактивным, то плаксивым, обидчивым. Легко впадал в ярость — избивал товарища, пока не оттащили, сломал ему ключицу. Это не совсем адекватный преморбид для аффективного психоза. Если бы у него впоследствии возникли эпилептики, то мы бы считали этот период началом болезни. Все отметили манифестацию в 12 лет. Возможно это и так. Четкого перехода все же не было, скорее, усугубились некоторые бывшие ранее расстройства. Еще раз подчеркну роль черепно-мозговой травмы. Что выдвинулось после нее на первый план? Агрессия, возбудимость — набрасывался на родителей. Затем возникла депрессия с выраженной астенией. В последующие годы аффективные расстройства были однообразны: в маниакальных фазах — гебоидное поведение, агрессия, импульсивность, в депрессиях — апатия, вялость, утомляемость. Судя по анамнезу, депрессивные фазы возникали у больного редко и были короткие, как-то они мало звучали. Особо следует отметить период, когда больной лечился в детской психиатрической больнице. Там его статус характеризовался смешанным аффектом и маниакально-кататоническим возбуждением. Был эпизод, когда он застывал, не мог поднять руку, обмочился, а потом испытывал постоянный страх. Конечно, такая симптоматика не может укладываться в маниакально-депрессивный психоз. Орест Дмитриевич Сосюкало, прекрасный диагност, поставил ему тогда атипичный аффективный психоз. Однако надо учитывать, что такого “атипичного” МДП не бывает, конечно, это — шизофрения, просто не хотели мальчику ставить тяжелый диагноз. Его успехи в учебе не противоречат

диагнозу шизофрении. У него с детства была хорошая память, специфические расстройства мышления не стали резко выраженными, и продолжительных депрессивных состояний не было. Какой же диагноз у нашего больного? Я считаю, что это — “Шубообразная шизофрения, маниакально-кататонический приступ”. Сопутствующие диагнозы — “Игромания”, “Алкоголизм I стадии”. По МКБ-10 это — “Шизоаффективное расстройство, маниакальный тип”. Здесь упоминалось диссоциальное расстройство личности. Думаю, что это не так. У больного в детстве и в подростковом возрасте были периоды гебоидного поведения. Расстройство личности по МКБ-10, т.е. психопатия наблюдается всю жизнь, а у него во время ремиссий не было соответствующего поведения.

Можно ли поставить нашему больному атипичный МДП? Известно, что в практике такой диагноз ставится часто тогда, когда избегают ставить шизофрению. Главным дифференциальным отличием является отсутствие специфических для шизофрении изменений личности, т.е. полное выздоровление в межфазном периоде. Встречающиеся изменения могут быть обусловлены, например, длительным, иногда многолетним течением депрессии или гипертимии. Мы отмечали на семинарах подобные расстройства. При хронической депрессии бывают процессуально-подобные изменения — эгоцентризм, вспыльчивость, рентные установки. Проходит депрессия, и проходят эти изменения. У нашего же больного, как мы отметили, изменения, характерные именно для процесса.

О терапии. Действительно, складывается впечатление, что лекарства мало влияли на течение болезни: обострения происходили на фоне одной и той же терапии. С другой стороны, в те годы, когда он успешно учился, якобы, ему регулярно давали препараты. Сейчас этот вопрос остается открытым, у нас нет точных данных. Я бы рекомендовал постоянный прием лития. Он хорошо действует именно в тех случаях, где преобладают мании. К карбамазепину (финлепсину) как к тимостатику у меня неоднозначное отношение. Я редко видел на нем стойкую стабилизацию ремиссии. С другой стороны это — препарат с многопрофильным действием: анальгезирующим, антиаритмическим, антиконвульсивным, тимостатическим. В отличие от лития трудно определить соотношение терапевтического эффекта и содержания препарата в крови. Как точно определить нужную дозу? Назначать ведь его придется на многие месяцы и годы. Какие побочные явления можно получить, применяя такой многопрофильный препарат так долго? Из нейролептиков я бы выбрал клопиксол — депо. Первые 6 месяцев стоит его вводить регулярно, раз в 3–4 недели (в зависимости от наличия побочных явлений), дальше — по необходимости. Но все же большая надежда у меня на постоянный прием лития с уровнем в крови 0,7–0,9 ммоль/литр.

Установление инвалидности

Ю. Н. Аргунова

Условия признания лица инвалидом

В соответствии с *Федеральным законом “О социальной защите инвалидов в Российской Федерации”* от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ инвалид — это лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты. Таким образом, *условиями* признания лица инвалидом являются:

а) нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами;

б) ограничение жизнедеятельности (полная или частичная утрата гражданином способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться или заниматься трудовой деятельностью);

в) необходимость в мерах социальной защиты, включая реабилитацию¹.

Наличие одного из указанных условий не является основанием, достаточным для признания лица инвалидом.

¹ *Социальная защита инвалидов* — это система гарантированных государством экономических, правовых мер и мер социальной поддержки, обеспечивающих инвалидам условия для преодоления, замещения (компенсации) ограничений жизнедеятельности и направленных на создание им равных с другими гражданами возможностей участия в жизни общества.

Социальная поддержка инвалидов — это система мер, обеспечивающая социальные гарантии инвалидам, устанавливаемая законами и иными нормативными правовыми актами, за исключением пенсионного обеспечения. Распоряжением Правительства РФ от 28 сентября 2005 г. № 1515-р утверждена Концепция федеральной целевой программы “Социальная поддержка инвалидов на 2006 – 2010 годы” (Российская газета, 2005, 5 октября), а в январе 2006 г. Правительство РФ утвердило и саму программу.

Реабилитация инвалидов — это система и процесс полного или частичного восстановления способностей инвалидов к бытовой, общественной и профессиональной деятельности. Она направлена на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности в целях социальной адаптации инвалидов, достижения ими материальной независимости и их интеграции в общество.

² См.: *постановление Правительства РФ “О порядке организации и деятельности федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы”* от 16 декабря 2004 г. № 805 (Российская газета, 2004, 24 декабря).

Функции учреждений,

осуществляющих признание лица инвалидом

Признание лица инвалидом осуществляется федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы (МСЭ): Федеральным бюро МСЭ, главными бюро МСЭ и бюро МСЭ в городах и районах, являющимися филиалами главных бюро.

Порядок организации и деятельности указанных учреждений определен постановлением Правительства РФ от 16 декабря 2004 г. № 805².

Бюро выполняет следующие функции:

а) проводит освидетельствование граждан для установления структуры и степени ограничения жизнедеятельности (в т.ч. степени ограничения способности к трудовой деятельности) и их реабилитационного потенциала;

б) разрабатывает и корректирует индивидуальные программы реабилитации инвалидов, в т.ч. определяет виды, формы, сроки и объемы мероприятий по медицинской, социальной и профессиональной реабилитации;

в) устанавливает факт наличия инвалидности, группу, причины, срок и время наступления инвалидности, степень ограничения способности к трудовой деятельности;

г) определяет степень утраты профессиональной трудоспособности (в процентах);

д) определяет причины смерти инвалида в случае, когда законодательством РФ предусматривается предоставление семье умершего мер социальной поддержки;

е) дает гражданам, проходящим освидетельствование, разъяснения по вопросам МСЭ³;

ж) участвует в разработке программ реабилитации инвалидов, профилактики инвалидности и социальной защиты инвалидов;

з) формирует в рамках обслуживаемой территории банк данных о гражданах, прошедших МСЭ, осуществляет государственное статистическое наблюдение за демографическим составом инвалидов, проживающих на обслуживаемой территории;

и) представляет в военкоматы сведения обо всех случаях признания инвалидами военнообязанных и граждан призывного возраста.

Главное бюро выполняет следующие функции:

а) рассматривает жалобы граждан, проходящих освидетельствование, на решения бюро и в случае признания их обоснованными изменяет либо отменяет решения бюро;

б) проводит по собственной инициативе повторное освидетельствование граждан, прошедших освидетельствование в бюро, и при наличии оснований изменяет либо отменяет решения бюро;

в) проводит освидетельствование граждан, обжаловавших решения бюро, а также по направлению бюро в случаях, требующих специальных видов обследования, в целях установления структуры и степени ограничения жизнедеятельности (в т.ч. степени ограничения способности к трудовой деятельности) и их реабилитационного потенциала;

г) дает гражданам, проходящим освидетельствование, разъяснения по вопросам МСЭ;

д) формирует в рамках обслуживаемой территории банк данных о гражданах, прошедших МСЭ, осуществляет государственное статистическое наблюдение за демографическим составом инвалидов, проживающих на обслуживаемой территории;

е) участвует в разработке программы реабилитации инвалидов, профилактики инвалидности и социальной защиты инвалидов;

ж) координирует деятельность бюро и обобщает опыт их работы на обслуживаемой территории;

з) в случае проведения освидетельствования:

- разрабатывает и корректирует индивидуальные программы реабилитации инвалидов, в т.ч. опреде-

ляет виды, формы, сроки и объемы мероприятий по медицинской, социальной и профессиональной реабилитации, а также устанавливает факт наличия инвалидности, группу, причины, срок и время наступления инвалидности, степень ограничения способности к трудовой деятельности;

- определяет степень утраты профессиональной трудоспособности (в процентах);

и) определяет причины смерти инвалида в случаях, когда законодательством РФ предусматривается предоставление семье умершего мер социальной поддержки.

Федеральное бюро выполняет следующие функции:

а) обеспечивает предоставление всем гражданам равных возможностей для прохождения ими освидетельствования в целях признания инвалидом;

б) рассматривает жалобы граждан, проходящих освидетельствование, на решения главных бюро и в случае признания их обоснованными изменяет либо отменяет решения главных бюро;

в) проводит освидетельствование граждан, обжаловавших решения главных бюро;

г) проводит освидетельствование граждан по направлению главных бюро в случаях, требующих применения особо сложных специальных видов обследования;

д) проводит по собственной инициативе повторное освидетельствование граждан, прошедших освидетельствование в главных бюро, и при наличии достаточных оснований изменяет либо отменяет решения главных бюро;

е) осуществляет комплексную реабилитационно-экспертную диагностику с применением новейших технологий, результатов научных разработок в целях определения наличия ограничений жизнедеятельности, степени утраты профессиональной трудоспособности, реабилитационного потенциала и потребности в мерах социальной защиты;

ж) проводит по поручению Минздравсоцразвития России научные исследования;

з) осуществляет мероприятия по повышению квалификации специалистов в области МСЭ;

и) оказывает методологическую и организационно-методическую помощь главным бюро и бюро, обеспечивает единообразное применения законодательства в области социальной защиты инвалидов в установленной сфере деятельности;

к) формирует банк данных о гражданах, прошедших МСЭ, осуществляет государственное статистическое наблюдение за демографическим составом инвалидов;

л) принимает участие в изучении факторов, приводящих к инвалидности, и вносит предложения по разработке и реализации программ по проблемам инвалидности и инвалидов;

м) вносит в Минздравсоцразвития России предложения о внедрении в практику результатов научных разработок, новых технологий реабилитационно-экс-

³ *Правилами признания лица инвалидом*, утвержденными постановлением Правительства РФ от 20 февраля 2006 г. № 95, функции бюро в этой части сформулированы несколько шире: специалисты бюро (главного бюро, Федерального бюро) обязаны ознакомить гражданина (его законного представителя) с порядком и условиями признания гражданина инвалидом, а также давать разъяснения гражданам по вопросам, связанным с установлением инвалидности.

пертной диагностики, передового опыта главных бюро, а также реализации программ по различным направлениям МСЭ.

Учреждения медико-социальной экспертизы *имеют право*:

- направлять граждан, проходящих МСЭ, на обследование в лечебно-профилактические учреждения государственной и муниципальной систем здравоохранения, в т.ч. реабилитационные, в целях уточнения клинико-функционального диагноза и профессиональных возможностей;

- запрашивать у организаций независимо от организационно-правовой формы и формы собственности сведения, необходимые для выполнения полномочий, возложенных на учреждения МСЭ (п. 8 постановления Правительства РФ от 16 декабря 2004 г. № 805).

Хотя в постановлении Правительства РФ и не указывается, что сведения, составляющие врачебную тайну, по таким запросам могут предоставляться лишь с согласия гражданина, следует исходить именно из этого правила, т.к. предоставление таких сведений без согласия гражданина ст. 61 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан в подобных случаях не допускает.

Решение учреждения МСЭ, не отмененное или не измененное вышестоящим учреждением либо в судебном порядке, является обязательным для исполнения органами государственной власти, органами местного самоуправления, а также организациями независимо от организационно-правовой формы и формы собственности.

Правила и сроки установления инвалидности

Постановлением Правительства РФ от 20 февраля 2006 г. № 95 утверждены *Правила признания лица инвалидом*⁴.

Признание лица инвалидом осуществляется при проведении МСЭ исходя из комплексной оценки состояния организма гражданина на основе анализа его клинико-функциональных, социально-бытовых, профессионально-трудовых и психологических данных с использованием классификацией и критериев, утвержденных приказом Минздравсоцразвития России от 22 августа 2005 г. 535⁵.

В зависимости от степени расстройства функций организма и ограничения жизнедеятельности лицам, признанным инвалидами, устанавливается I, II или III группа инвалидности, а лицам в возрасте до 18 лет — категория “ребенок-инвалид”.

При установлении гражданину группы инвалидности одновременно определяется в соответствии с указанными выше классификациями и критериями степень ограничения его способности к трудовой де-

ятельности (III, II или I степень ограничения) либо группа инвалидности устанавливается без ограничения способности к трудовой деятельности.

Инвалидность I группы устанавливается на 2 года, II и III групп — на 1 год. Степень ограничения способности к трудовой деятельности (отсутствие ограничения способности к трудовой деятельности) устанавливается на такой же срок, что и группа инвалидности. Категория “ребенок-инвалид” устанавливается на 1 или 2 года либо до достижения гражданином возраста 18 лет.

В случае признания гражданина инвалидом датой установления инвалидности считается день поступления в бюро его заявления о проведении МСЭ.

Инвалидность устанавливается до 1-го числа месяца, следующего за месяцем, на который назначено проведение очередной МСЭ (переосвидетельствования).

Без указания срока переосвидетельствования инвалидность устанавливается в случае выявления в ходе осуществления реабилитационных мероприятий невозможности устранения или уменьшения степени ограничения жизнедеятельности гражданина, вызванного стойкими необратимыми морфологическими изменениями, дефектами и нарушениями функций органов и систем организма.

Переосвидетельствование гражданина, инвалидность которому установлена без указания срока переосвидетельствования, или переосвидетельствование инвалида ранее установленного срока могут проводиться по его личному заявлению (заявлению его законного представителя), либо по направлению организации, оказывающей лечебно-профилактическую помощь, в связи с изменением состояния здоровья, либо при осуществлении главным бюро, Федеральным бюро контроля за решениями, принятыми соответственно бюро, главным бюро.

Переосвидетельствование может осуществляться заблаговременно, но не более чем за 2 месяца до истечения установленного срока инвалидности.

В случае признания гражданина инвалидом в качестве *причины* инвалидности указываются: общее заболевание, трудовое увечье, профессиональное заболевание, инвалидность с детства, инвалидность вследствие ранения (контузии, увечья), связанная с боевыми действиями в период Великой Отечественной войны, военная травма, заболевание, полученное в период военной службы, а также иные причины, установленные законодательством РФ.

В соответствии с *разъяснением “Об определении федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы причин инвалидности”*, утвержденными постановлением Министерства труда и социального развития РФ от 15 апреля 2003 г. № 17⁶, причина инвалидности с формулировкой “общее заболевание” определяется в тех случаях,

⁴ Российская газета, 2006, 28 февраля.

⁵ Российская газета, 2005, 21 сентября.

⁶ Российская газета, 2003, 27 мая; 2005, 8 июня.

когда инвалидность явилась следствием различных заболеваний (в т.ч. психических расстройств — примечание автора — Ю. А.) или увечий, но не стоит в прямой зависимости от профзаболевания, трудового увечья, военной травмы и не связана с иными обстоятельствами.

Критерии установления группы инвалидности

Классификации и критерии, используемые при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы утверждены приказом Минздравсоцразвития России от 22 августа 2005 г. 535⁷.

Критерием для определения **I группы** инвалидности является нарушение здоровья человека со стойким значительно выраженным расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению одной из следующих категорий жизнедеятельности или их сочетанию и вызывающее необходимость его социальной защиты:

- способности к самообслуживанию 3 степени (неспособность к самообслуживанию, нуждаемость в постоянной посторонней помощи и полная зависимость от других лиц);

- способности к передвижению 3 степени (неспособность к самостоятельному передвижению и нуждаемость в постоянной помощи других лиц);

- способности к ориентации 3 степени (дезориентация и нуждаемость в постоянной помощи и (или) надзоре других лиц);

- способности к общению 3 степени (неспособность к общению и нуждаемость в постоянной помощи других лиц);

- способности контролировать свое поведение 3 степени (неспособность контролировать свое поведение, невозможность его коррекции, нуждаемость в постоянной помощи (надзоре) других лиц).

Критерием для определения **II группы** инвалидности является нарушение здоровья человека со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению одной из следующих категорий жизнедеятельности или их сочетанию и вызывающее необходимость его социальной защиты:

- способности к самообслуживанию 2 степени (способность к самообслуживанию с регулярной частичной помощью других лиц с использованием при необходимости вспомогательных технических средств);

- способности к передвижению 2 степени (способность к самостоятельному передвижению с регуляр-

ной частичной помощью других лиц с использованием при необходимости вспомогательных технических средств);

- способности к ориентации 2 степени (способность к ориентации с регулярной частичной помощью других лиц с использованием при необходимости вспомогательных технических средств);

- способности к общению 2 степени (способность к общению при регулярной частичной помощи других лиц с использованием при необходимости вспомогательных технических средств);

- способности контролировать свое поведение 2 степени (постоянное снижение критики к своему поведению и окружающей обстановке с возможностью частичной коррекции только при регулярной помощи других лиц);

- способности к обучению 3 и 2 степеней (неспособность к обучению либо способность к обучению только в специальных (коррекционных) образовательных учреждениях для обучающихся, воспитанников с отклонениями в развитии или на дому по специальным программам с использованием при необходимости вспомогательных технических средств и технологий);

- способности к трудовой деятельности 3 и 2 степеней (неспособность к трудовой деятельности или невозможность (противопоказанность) трудовой деятельности либо способность к выполнению трудовой деятельности в специально созданных условиях труда, с использованием вспомогательных технических средств и (или) с помощью других лиц).

Критерием для определения **III группы** инвалидности является нарушение здоровья человека со стойким умеренно выраженным расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению способности к трудовой деятельности I степени или ограничению следующих категорий жизнедеятельности в их различных сочетаниях и вызывающее необходимость его социальной защиты:

- способности к самообслуживанию I степени (способность к самообслуживанию при более длительной затрате времени, дробности его выполнения, сокращении объема, с использованием при необходимости вспомогательных технических средств);

- способности к передвижению I степени (способность к самостоятельному передвижению при более длительной затрате времени, дробности выполнения и сокращении расстояния с использованием при необходимости вспомогательных технических средств);

- способности к ориентации I степени (способность к ориентации только в привычной ситуации самостоятельно и (или) с помощью вспомогательных технических средств);

- способности к общению I степени (способность к общению со снижением темпа и объема получения

⁷ Российская газета, 2005, 21 сентября.

и передачи информации; использование при необходимости вспомогательных технических средств помощи);

- способности контролировать свое поведение I степени (периодически возникающее ограничение способности контролировать свое поведение в сложных жизненных ситуациях и (или) постоянное затруднение выполнения ролевых функций, затрагивающих отдельные сферы жизни, с возможностью частичной самокоррекции);

- способности к обучению I степени (способность к обучению, а также к получению образования определенного уровня в рамках государственных образовательных стандартов в образовательных учреждениях общего назначения с использованием специальных методов обучения, специального режима обучения, с применением при необходимости вспомогательных технических средств и технологий).

Категория “ребенок-инвалид” определяется при наличии ограничений жизнедеятельности любой категории и любой из трех степеней выраженности (которые оцениваются в соответствии с возрастной нормой), вызывающих необходимость социальной защиты.

Порядок направления лица на медико-социальную экспертизу

Гражданин направляется на МСЭ организацией, оказывающей лечебно-профилактическую помощь, независимо от ее организационно-правовой формы, органом, осуществляющим пенсионное обеспечение, либо органом социальной защиты населения после проведения необходимых диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий при наличии данных, подтверждающих стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами.

В случае если указанные органы и организации отказали гражданину в направлении на МСЭ ему выдается справка, на основании которой гражданин (его законный представитель) имеет право обратиться в бюро *самостоятельно*.

Форма “*Направление на медико-социальную экспертизу, выдаваемое органом, осуществляющим пенсионное обеспечение, или органом социальной защиты населения*”, утверждена приказом Минздравсоцразвития России от 25 декабря 2006 г. № 874⁸.

Приказом того же министерства от 31 января 2007 г. № 77 утверждена форма № 088/у-06 “*Направление на медико-социальную экспертизу организацией, оказывающей лечебно-профилактическую помощь*”⁹.

Порядок проведения медико-социальной экспертизы

МСЭ проводится специалистами бюро по месту жительства гражданина (по месту пребывания, по месту нахождения пенсионного дела инвалида, выехавшего на постоянное жительство за пределы России). МСЭ может проводиться *на дому* в случае, если гражданин не может явиться в бюро (главное бюро, Федеральное бюро) по состоянию здоровья, что подтверждается заключением организации, оказывающей лечебно-профилактическую помощь, или *в стационаре*, где гражданин находится на лечении, или *заочно* по решению соответствующего бюро.

Для проведения МСЭ необходимо заявление гражданина (его законного представителя), поданное в письменной форме с приложением направления на МСЭ и медицинских документов, подтверждающих нарушение здоровья (амбулаторная карта, выписки из стационаров, справки медицинских организаций, заключения врачей-специалистов и др.).

МСЭ проводится путем обследования гражданина, изучения представленных им документов, анализа социально-бытовых, профессионально-трудовых, психологических и других данных гражданина. При проведении экспертизы ведется протокол.

Действующие Правила признания лица инвалидом, утвержденные постановлением Правительства РФ от 20 февраля 2006 г. № 95, в отличие от утратившего силу Положения о признании лица инвалидом, утвержденного постановлением Правительства от 13 августа 1996 г. № 965, не предоставляют гражданину права привлекать для участия в проведении МСЭ любого специалиста по своей инициативе, что, безусловно, является отступлением от принципов медицинского права. “Специалисты соответствующего профиля” (консультанты) для участия в МСЭ, согласно п. 27 Правил, могут быть приглашены только руководителями бюро. В период проведения МСЭ граждане вправе воспользоваться (а руководители бюро обязаны руководствоваться) ст. 50 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан, в соответствии с которой гражданин или его законный представитель для участия в проведении МСЭ *имеет право на приглашение по своему заявлению любого специалиста с его согласия*.

Решение о признании гражданина инвалидом либо об отказе в признании его инвалидом принимается простым большинством голосов специалистов, проводивших МСЭ, на основе обсуждения результатов МСЭ. Решение объявляется гражданину (его законному представителю) в присутствии всех специалистов, проводивших экспертизу, которые в случае необходимости дают по нему разъяснения.

По результатам МСЭ составляется акт, который подписывается руководителем бюро и специалистами, принимавшими решение, а затем заверяется печатью.

⁸ Российская газета, 2007, 25 января.

⁹ Российская газета, 2007, 22 марта.

Заключения консультантов, привлекаемых к проведению МСЭ, перечень документов и основные сведения, послужившие основанием для принятия решения, записываются в акт МСЭ или приобщаются к нему.

При проведении МСЭ в главном бюро акт экспертизы с приложением всех документов направляется в главное бюро в 3-дневный срок со дня проведения МСЭ в бюро. При проведении МСЭ в Федеральном бюро акт экспертизы с указанными приложениями направляются в Федеральное бюро в 3-дневный срок со дня проведения МСЭ в главном бюро.

В случаях, требующих специальных видов обследования гражданина в целях установления структуры и степени ограничения жизнедеятельности, реабилитационного потенциала, а также получения иных дополнительных сведений, может составляться *программа дополнительного обследования*, которая утверждается руководителем соответствующего бюро (главного бюро, Федерального бюро). Программа доводится до сведения гражданина, проходящего МСЭ, в доступной для него форме. Программа может предусматривать проведение необходимого дополнительного обследования в медицинской, реабилитационной организации, получение заключения главного бюро или Федерального бюро, запрос необходимых сведений, проведение обследования условий и характера профессиональной деятельности, социально-бытового положения гражданина и другие мероприятия. После получения данных, предусмотренных программой дополнительного обследования, специалисты соответствующего бюро принимают решение о признании гражданина инвалидом либо об отказе в признании его инвалидом.

При *отказе гражданина* (его законного представителя) от дополнительного обследования и предоставления требуемых документов решение о признании гражданина инвалидом либо об отказе в признании его инвалидом принимается на основе имеющихся данных, о чем делается соответствующая запись в акте МСЭ.

Для гражданина, признанного инвалидом, специалистами бюро (главного бюро, Федерального бюро), проводившими МСЭ, разрабатывается *индивидуальная программа реабилитации*, которая утверждается руководителем соответствующего бюро. Приказом Минздравсоцразвития России от 29 ноября 2004 г. № 287 утверждена *Форма индивидуальной программы реабилитации инвалида, выдаваемой федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы*¹⁰. Индивидуальная программа реабилитации содержит, во-первых, мероприятия, предоставляемые инвалиду с освобождением от оплаты в соответствии с *Федеральным перечнем реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду*, утвержденным

распоряжением Правительства РФ от 30 декабря 2005 г. № 2347-п¹¹, и, во-вторых, реабилитационные мероприятия, в оплате которых принимают участие сам инвалид, либо другие лица и организации. Объем реабилитационных мероприятий, предусмотренных индивидуальной программой, не может быть меньше установленного Федеральным перечнем.

Индивидуальная программа реабилитации является обязательной для исполнения соответствующими органами государственной власти, органами местного самоуправления, а также организациями независимо от организационно-правовых форм и форм собственности. Отказать инвалиду в помощи они, следовательно, не имеют право. Для самого инвалида программа имеет рекомендательный характер, он вправе отказаться от того или иного вида, формы или объема реабилитационных мероприятий и даже выполнения программы в целом. Однако отказ инвалида (или лица, представляющего его интересы) от программы реабилитации в целом или частично, во-первых, освобождает соответствующие органы власти и организации от ответственности за ее исполнение и, во-вторых, не дает инвалиду права на получение компенсации в размере стоимости реабилитационных мероприятий, предоставляемых бесплатно (ст. 11 ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»).

Выписка из акта МСЭ гражданина, признанного инвалидом, направляется соответствующим бюро в орган, осуществляющий его пенсионное обеспечение, в 3-дневный срок со дня принятия решения о признании гражданина инвалидом.

Гражданину, признанному инвалидом, выдаются *справка*, подтверждающая факт установления инвалидности, с указанием группы инвалидности и степени ограничения способности к трудовой деятельности либо с указанием группы инвалидности без ограничения способности к трудовой деятельности, а также индивидуальная программа реабилитации. Форма справки и порядок ее заполнения утверждены постановлением Министерства труда и социального развития РФ от 30 марта 2004 г. № 41¹².

Гражданину, не признанному инвалидом, по его желанию выдается справка о результатах МСЭ.

¹¹ Российская газета 2006, 11 января.

¹² См.: *постановление Министерства труда и социального развития РФ от 30 марта 2004 г. № 41 «Об утверждении форм справки, подтверждающей факт установления инвалидности, выписки из акта освидетельствования гражданина, признанного инвалидом, выдаваемых федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, и рекомендаций по порядку их заполнения»* с изменениями, внесенными приказом Минздравсоцразвития России от 29 августа 2005 г. № 543 (Российская газета, 2004, 27 апреля; 2005, 20 сентября). См. также: *приказ Минздравсоцразвития России от 20 октября 2005 г. № 643 «Об утверждении форм документов о результатах установления федеральными государственными*

¹⁰ Российская газета, 2004, 29 декабря.

Гражданину, имеющему документ о временной нетрудоспособности и признанному инвалидом, группа инвалидности и дата ее установления проставляются в указанном документе.

Процедура обжалования решения бюро медико-социальной экспертизы

Гражданин (его законный представитель) может обжаловать решение бюро МСЭ в главное бюро в месячный срок на основании письменного заявления, поданного в бюро, проводившее МСЭ, либо в главное бюро.

Бюро, проводившее МСЭ, в 3-дневный срок со дня получения заявления гражданина направляет его со всеми имеющимися документами в главное бюро МСЭ.

Главное бюро МСЭ не позднее 1 месяца со дня поступления заявления гражданина проводит МСЭ и на основании полученных результатов выносит соответствующее решение.

В случае обжалования гражданином решения главного бюро МСЭ главный эксперт по МСЭ по соответствующему субъекту РФ с согласия гражданина может поручить проведение его МСЭ *другому составу специалистов* главного бюро.

Решение главного бюро может быть обжаловано в месячный срок в Федеральное бюро на основании заявления, подаваемого гражданином (его законным представителем) в главное бюро, проводившее МСЭ, либо в Федеральное бюро.

Федеральное бюро не позднее 1 месяца со дня поступления заявления гражданина проводит его МСЭ и на основании полученных результатов выносит соответствующее решение.

Решения бюро, главного бюро, Федерального бюро могут быть обжалованы непосредственно в суд.

Контроль за порядком производства МСЭ

Государственную контрольно-надзорную функцию по оценке соответствия деятельности субъектов производства МСЭ установленным законодательством требованиям осуществляет Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития¹³ в соответствии с *Административным регламентом Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по исполнению государственной функции по осуществлению контроля за порядком производства медицинской экспертизы*, утвержденным приказом Минздравсоцразвития России от 31 декабря 2006 г. № 900¹⁴.

Федеральная служба (Управление Росздравнадзора по субъекту РФ) осуществляет плановые и внеплановые мероприятия по контролю за деятельностью субъектов производства МСЭ. Внеплановые мероприятия проводятся, в частности, при обращении граждан, юридических лиц и индивидуальных предпринимателей с жалобами на нарушения их прав и законных интересов действиями (бездействием) иных юридических лиц и (или) индивидуальных предпринимателей, связанные с невыполнением ими обязательных требований, а также при получении иной информации, подтверждаемой документами и иными доказательствами, свидетельствующими о наличии признаков таких нарушений.

К проведению мероприятий, требующих осуществления исследований и экспертиз могут быть привлечены научные, иные организации, ученые и специалисты.

В случае выявления в результате мероприятий по контролю административного правонарушения должностным лицом службы составляется протокол в порядке, установленном КоАП РФ, и даются предписания об устранении выявленных нарушений.

ми учреждениями медико-социальной экспертизы степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах и рекомендаций по их заполнению» (Российская газета, 2006, 15 февраля и 11 апреля).

¹³ См.: *Положение о Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения и социального развития*, утвержденное постановлением Правительства РФ от 30 июня 2004 г. № 323 (Российская газета, 2004, 8 июля); *Положение о территориальном органе Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по субъекту Российской Федерации (Управлении Росздравнадзора по субъекту Российской Федерации)*, утвержденное приказом Минздравсоцразвития России от 22 ноября 2004 г. № 205 (Российская газета, 2004, 24 декабря).

¹⁴ Российская газета, 2007, 10 марта.

Ударим министерским приказом по ... федеральным законам!

Ю. Н. Аргунова

В соответствии с требованиями Правительства РФ¹ Минздравсоцразвития России своим приказом от 31 декабря 2006 г. № 900 утвердил *Административный регламент Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по исполнению государственной функции по осуществлению контроля за порядком производства медицинской экспертизы*² (далее Регламент).

Очевидно, что столь важный нормативный акт был составлен без надлежащей юридической подготовки. Документ формален по содержанию, изобилует неточностями, ошибками и опечатками; содержит пробелы; противоречит в ряде случаев законодательству РФ и, следовательно, дает неправильные ориентиры по исполнению указанной государственной функции³. Вызывает недоумение как указанные обстоятельства не были выявлены в процессе регистрации приказа Минюстом России.

Остановимся, в частности, на вопросах регламен-

та осуществления контроля за порядком производства судебно-психиатрической экспертизы (СПЭ).

Результатом исполнения данной государственной функции, как говорится в Регламенте, является обеспечение реализации требований законодательства РФ к порядку⁴ производства экспертизы. При этом документ в качестве требований к производству СПЭ выдвигает его соответствие лишь ФЗ “О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации”, Закону РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании” и приказу⁵ Минздравсоцразвития России от 30 мая 2005 г. № 370 “Об утверждении инструкции⁶ об организации производства судебно-психиатрических экспертиз в отделениях судебно-психиатрической экспертизы государственных психиатрических учреждений”. Ни УПК⁷, ни ГПК, ни КоАП РФ, ни Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан (в частности ст. 31 и 61)⁸ в подпункте “3” пункта 1.5. не называются, а значит при осуществлении контроля за поряд-

¹ См.: постановление Правительства РФ от 11 ноября 2005 г. № 679 “О Порядке разработки и утверждения административных регламентов исполнения государственных функций и административных регламентов предоставления государственных услуг” (СЗ РФ, 2005, № 47, ст. 4933).

² Российская газета, 2007, 10 марта.

³ Любопытно в этой связи, что находящиеся в ведении Минздравсоцразвития России федеральные службы и агентства формально устанавливают для своих специалистов требования в отношении знания Конституции РФ, федеральных законов, указов Президента РФ, регулирующих соответствующую сферу деятельности применительно к исполнению конкретных должностных обязанностей. См., например, Квалификационные требования к профессиональным знаниям и навыкам, необходимым для исполнения должностных обязанностей по должностям федеральной государственной гражданской службы в Федеральном агентстве по здравоохранению и социальному развитию, утвержденные приказом указанного агентства от 15 февраля 2007 г. № 73 (Российская газета, 2007, 22 марта). Не вызывает сомнения, что такие требования остаются лишь на бумаге.

⁴ В отношении формулировки предмета контроля применительно к СПЭ в нормативных актах обнаруживается некоторое расхождение. Согласно Регламенту контроль осуществляется за *порядком* производства СПЭ. В то время как п. 5.1.3.4. *Положения о Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения и социального развития*, утвержденного постановлением Правительства РФ от 30 июня 2004 г. № 323, и п. 6.3.4. *Положения о территориальном органе Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по субъекту Российской Федерации (Управлении Росздравнадзора по субъекту Российской Федерации)*, утвержденного приказом Минздравсоцразвития России от 22 ноября 2004 г. № 205, предусматривают контроль не за порядком производства, а за *осуществлением* СПЭ. Примечательно, что в обоих указанных положениях предметом контроля применительно к медицинской экспертизе в целом, предусмотренной разделом IX Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан, является именно порядок ее производства, а не само осуществление.

⁵ Заметим, что организация производства СПЭ должна осуществляться в соответствии не с приказом, а с инструкцией, утвержденной этим приказом.

⁶ Правила подготовки нормативных правовых актов требуют, чтобы при ссылке в них на другие нормативные правовые акты были приведены данные о том, где последние были опубликованы. В Регламенте это правило в отношении приказов министерства нарушено. Создается впечатление, что они в нарушение действующих процедур не публиковались. Следовательно в конце каждого приказа указать даты их официального опубликования в Российской газете.

⁷ УПК РФ наряду с другими законами упоминается лишь в п. 1.1 документа, в котором говорится, что Административный регламент разработан “с учетом” в том числе и УПК РФ. Как мы видим, подлинного “учета” (а точнее следовало бы написать “соответствия”) норм УПК в документе не наблюдается. ГПК РФ и КоАП РФ в п. 1.1. не указаны вовсе. Получается, что Регламент необоснованно вывел из-под контроля порядок производства СПЭ по гражданским делам и делам об административных правонарушениях.

⁸ В Регламенте за основу взят лишь раздел IX Основ.

ком производства СПЭ Федеральная служба не собирается принимать их во внимание, что является юридическим нонсенсом и отступлением от принципов законности.

Забвение основополагающих положений кодифицированного законодательства привело авторов Регламента к формулированию правил, не соответствующих процессуальным нормам: субъектами производства СПЭ согласно подпункту “3)” пункта 1.3. Регламента признаются лишь государственные судебно-экспертные учреждения. Это противоречит нормам УПК и ГПК РФ, в соответствии с которыми экспертиза может проводиться не только в государственных, но и в иных учреждениях, а также вне их; государственными экспертами и иными экспертами.

Следует еще раз напомнить, что Определением Верховного Суда РФ от 16 сентября 2004 г. № КАС04-451⁹ часть 2 ст. 52 Основ, предусматривающая, что экспертиза проводится лишь в учреждениях государственной системы здравоохранения, как противоречащая позднее принятым нормам законодательства признана неподлежащей применению.

Далее. Согласно Регламенту контроль за порядком производства СПЭ касается выполнения требований законодательства по: а) ведению документации; б) соблюдению сроков производства экспертизы; в) соблюдению конфиденциальности исследований и их результатов; г) правомочности производства СПЭ; д) соблюдению “законных прав” граждан при производстве СПЭ. Вопрос о соблюдении прав граждан оказался на последнем месте, в то время как правила ведения документации — на первом. По этой иерархии можно судить о приоритетах, выработанных контролирующими органами при оценке соблюдения порядка проведения СПЭ.

У любого грамотного юриста вызовет протест также и нелепое словосочетание “законных прав”. Права гражданина — на то они и права, чтобы быть установленными нормами права (законами). Неза-

конными права (в отличие от интересов) быть не могут по определению. Потому в правовых актах обычно указывается: соблюдение “прав и законных интересов” граждан.

Не ясно как станут выполняться функции (по существу являющиеся полномочиями суда) по контролю “правомочности” производства СПЭ без анализа соответствия нормам УПК, ГПК и КоАП РФ; а также по контролю соблюдения конфиденциальности без учета ст. 31 и 61 Основ.

При осуществлении Федеральной службой контрольных полномочий Регламент предполагает в качестве административных процедур получение и анализ сведений о производстве экспертизы (имеется в виду количество выданных заключений СПЭ) и осуществление проверок (плановых и внеплановых) деятельности субъектов производства экспертизы. При этом приводятся ссылки на п. 5.8 и 6.2 постановления Правительства РФ от 30 июня 2004 г. № 323. На поверку оказывается, что такие пункты в постановлении Правительства отсутствуют (в нем имеется всего-то два пункта). Зато эти пункты содержатся в Положении о Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения и социального развития, утвержденном этим постановлением¹⁰. Можно, таким образом, лишь догадываться (что по итогам нормотворчества не допустимо) какой на самом деле нормативный акт подлежит применению, ибо ссылка в Регламенте не соответствует действительности.

Регламент не содержит раздела о порядке обжалования действий (бездействия) и решений, осуществляемых (принятых) в ходе исполнения государственной функции¹¹. Пункт 2.6. Регламента носит отсылочный характер к неизвестным нормативным актам.

Множество недоработок характеризует регламент контроля за порядком производства и других видов медицинских экспертиз, в т.ч. независимой экспертизы, положение о которой Правительством РФ до сих пор не принято.

⁹ Об этом подробнее — см.: Независимый психиатрический журнал, 2005, № II. С. 48 – 49.

¹⁰ Аналогичная ошибка содержится и в Административном регламенте Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по исполнению государственной функции по осуществлению контроля за соблюдением стандартов качества медицинской помощи, утвержденном приказом Минздравсоцразвития России от 31 декабря 2006 г. № 905 (Российская газета, 2007, 23 марта).

¹¹ См. в качестве положительного примера соответствующий раздел (п. 82 – 92) Административного регламента исполнения Федеральной регистрационной службой государственной функции по предоставлению в установленном порядке информации физическим и юридическим лицам о зарегистрированных организациях, утвержденный приказом Минюста России от 14 декабря 2006 г. № 362 (Российская газета, 2006, 31 декабря).

Недобровольная психиатрическая госпитализация в США

В. В. Мотов (Тамбов)

Введение

“Форма и содержание” недобровольной психиатрической госпитализации в конкретной стране определяются существующей политической моделью. Политическая модель, в свою очередь, определяется моралью, религией, культурой. Внимательно рассматривая то, каким образом и на каких основаниях человек может быть помещен в психиатрическую больницу против его воли, мы, кроме всего прочего, получаем представление о морали, культуре, религиозных ценностях, соотношении свободы и принуждения в конкретной стране, о том, в какой мере ее граждане ощущают себя независимыми, автономными личностями. В понуждающих человека “погрузиться в бытие индивидом” тоталитарных государствах соотношение: свобода/принуждение значительно меньше единицы, в развитых демократиях — существенно больше.

В США, странах северной Европы право меньшинства свободно выражать и отстаивать свою точку зрения, естественным образом вытекающее из доктрины протестантизма, укоренено более, чем где бы то ни было. Оно — нечто большее, чем право в юридическом смысле, оно — важный элемент общественной морали, часть культуры. Намеренное затруднение его реализации воспринималось бы в данных странах как акт, подрывающий общественные основы. Устоявшиеся демократии в праве меньшинства свободно выражать и отстаивать свою точку зрения видят эффективное средство против трансформации взглядов большинства в “тиранию большинства”. Более того, целесообразность такого права вытекает из следующего соображения: практически всегда существует вероятность, что точка зрения меньшинства инкорпорировала ту часть истины, которую не увидело, или на которую не обратило внимания большинство, и порция истины, полученная от меньшинства, суммированная с той (возможно и большей, чем у меньшинства, но все же только порцией), которая имеется у большинства, дает более полное знание, ускоряя тем самым общественный прогресс.

С учетом сказанного выше, начну с трех цитат, отражающих отношение к недобровольной психиатрической госпитализации различных сегментов американского общества.

(1) “Работа врача, между прочим, состоит в том, чтобы оказывать помощь. Работа судьи, между прочим, в том, чтобы причинять вред: наказывать нарушение закона без согласия нарушителя... Тюремные надзиратели, исполняющие вынесенные судьями

приговоры, вредят своим заключенным вне зависимости от результатов вмешательства. Психиатры, исполняющие вынесенные судьями приговоры, также вредят своим пациентам вне зависимости от результатов вмешательства... Разница лишь в том, что тюремщики не объявляют себя благодетелями заключенных, тогда как психиатры настаивают, что они — благодетели недобровольно госпитализированных пациентов... Большинство индивидуумов воспринимают свое насильственное психиатрическое лечение как наказание. Психиатры же настойчиво утверждают, что те, кто подвергается психиатрическому принуждению, являются психиатрическими пациентами, а не психиатрическими жертвами, что психиатрическое принуждение является лечением, а не наказанием, и что те, кто противится их “благодетельности”, являются отъявленными врагами заботы о больных, а не защитниками свободы и справедливости. Тот, кто контролирует лексику, контролирует социальную реальность. Эрозия наших свобод — не тайна. Она, главным образом, — результат слияния медицины с государством, слияния, усиливающего зависимость людей от власти фарминдустрии и психиатрического контроля, поощрявшегося и поощряющегося необоснованно широким определением терминов “болезнь” и “лечение”. Когда правительство контролирует религию, не только религиозная свобода, но все свободы становятся химерой. Когда правительство контролирует здоровье [людей], не только медицинская свобода, но все свободы становятся химерой”¹.

(2) “Я наталкиваюсь на психически больных ежедневно. Я перешагиваю через них на тротуарах, я не обращаю внимания на их бессвязную речь, отворачиваюсь, когда они роются в мусоре. Я делаю это не потому, что жестокосерден, но потому, что живу в Нью-Йорке, и у меня нет другого выбора. Всякий, живущий в любом большом городе Америки, вероятно, делает то же самое. В течение последних десятилетий мы буквально выбросили тяжелых психически больных на наши улицы, оставляя их один на один с их болезнью и бредом. Большинство бродящих по улицам психически больных слишком больны, чтобы понимать, что они больны. Примерно 50 % больных шизофренией и биполярным расстройством не осозна-

¹ Szasz T: *Primum Nocere*. The Freeman, 54: 24 – 25 (December), 2004 at <http://www.szasz.com/freeman6.html>, доступ 24 января 2007г. Thomas Szasz — американский психиатр венгерского происхождения. Несмотря на свои 92 года, он и сегодня является наиболее яркой, влиятельной и активной фигурой антипсихиатрического движения.

ют, что они психически больны. Поэтому, если лечение возможно лишь на основании исключительно добровольного согласия пациента... эти люди выберут продолжающуюся болезнь и нищету... В 1955 г. в психиатрических больницах, финансирующихся штатами США, было 559 тыс. пациентов. Сегодня — менее 50 тысяч. Примерно 16 % заключенных в тюрьмах штатов психически больны. Согласно Dr. Fuller Torrey (президент фонда в защиту лечения — The Treatment Advocacy Center), тюрьма графства Лос-Анджелес [штат Калифорния] с ее 3400 психически больными заключенными является de facto самым большим психиатрическим стационаром в США. Тюрьма Rikers Island в Нью-Йорке (2800 психически больных заключенных) — вторым по величине. Противники недобровольного лечения утверждают, что если бы условия в психиатрических стационарах были лучше, больные с тяжелыми психическими расстройствами согласились бы лечиться. Чуть. Торрей говорит: “Вы могли бы снять номер-люкс в местном [фешенебельном отеле] Hyatt с бесплатным кофе и сигаретами, и эти люди пришли бы, но они, тем не менее, не стали бы принимать лечение”. Оппоненты также утверждают, что “стигма” психической болезни удерживает больных от обращения за помощью. Это глупость, сама себя опровергающая. Позволение психически больным вместо лечения бесцельно бродить по улицам, оставаясь свободными причинять вред себе и другим, вот что усиливает стигму психических расстройств. Больные с тяжелыми психическими заболеваниями отказываются от лечения, потому что такой отказ — часть их болезни. Единственный ответ — лечить их недобровольно, и в законах штатов отмечается обнадеживающая в этом отношении тенденция. В психозе нет свободы, и только лечение дает истинную свободу психически больным...”².

² Lowry R. Mistreating the mentally ill. National Review, July 31, 2003, <http://www.townhall.com/columnists/RichLowry/2003/07/31/mistreating-the-mentally-ill>, доступ 24 января 2007 г.

Rich Lowry — редактор консервативного журнала National Review.

Хочу заметить, что если у кого-то из читателей сложилось впечатление, что психически больные в США заполнили городские улицы, и американцы только и делают, что “перешагивают” через этих несчастных, то такое впечатление, конечно, ошибочно. Г-н Lowry — журналист. Его цель — не сухо излагать факты, но создавать эмоциональный образ. Он пишет о Нью-Йорке. Судить о жизни в Америке по Нью-Йорку — то же, что о жизни в России по Москве. В этом смысле и Нью-Йорк, и Москва — “кривое зеркало”. Не только в Миннеаполисе, Филадельфии, Балтиморе, Атланте или Вичите, где я был относительно короткое время, но и в Вашингтоне — Арлингтоне, где жил в течение года, мне не случалось “перешагивать” через психически больных на тротуарах”, и, хотя я, как и Lowry, “наталкивался на них ежедневно”, но, не на улице, а в психиатрическом центре GWU или в психиатрической больнице St. Elizabeths, где стажировался.

(3) “...Наше общество в высшей степени неохотно лишает людей свободы только на основании того, что они могут сделать в будущем, и это справедливо. Вероятно, от 50 до 80 % экс-преступников в будущем совершат преступления, но мы не лишаем их свободы. Вероятность того, что обитатели гетто и подростки мужского пола совершат опасные действия гораздо выше, в сравнении со “средним” представителем популяции, но мы не лишаем их свободы. Из всех идентифицированных опасных групп в обществе только “психически больные” выбраны для превентивного лишения свободы, хотя как группа, они, вероятно, наименее опасны из всех упомянутых групп. Почему общество должно лишать свободы человека, если он опасен и психически болен, но не должно, если он опасен и психически здоров?...”³.

Недобровольная психиатрическая госпитализация в XVIII – XIX вв.

Если представить себе американскую систему недобровольной психиатрической госпитализации в виде огромного маятника, можно сказать, что за более, чем 200-летнюю ее историю, маятник совершил несколько полных циклов колебаний между двумя крайними точками, одна из которых — “тяжелое психическое заболевание + опасность”, вторая — “психическое расстройство + необходимость лечения”.

Исторический экскурс может оказаться небесполезным для понимания направления движения маятника в ближайшем десятилетии.

Представление о психическом расстройстве, как проявлении божьей воли, наказании за грехи или результате одержимости дьяволом преобладало в Америке, по крайней мере, до второй половины XVIII в. Неспособные самостоятельно заботиться о себе психически больные находились на попечении семьи, родственников, а при их отсутствии — города. Город, впрочем, помогал лишь тем из них, кто являлся его постоянным жителем. Остальные, вместе с неплатежеспособными иммигрантами и бродягами, изгонялись за его пределы.

Поощряя благотворительность, американский протестантизм XVII – XVIII вв., однако, не позволял богатым и здоровым в своей помощи бедным и больным идти дальше предоставления лишь самого необходимого для жизни: согласно существовавшей доктрине, разделение общества на богатых и бедных, равно как и здоровых и больных, являлось частью замысла Творца.

Между тем, в 1770-е гг. Америка вступила в эпоху Просвещения. Иррациональное объяснение непознанного с помощью чудес и действий сверхъестественных

³ Цитата из Petitioner’s Brief in *Donaldson v. O’Connor* (a U.S. Supreme Court case), <http://www.antipsychiatry.org/donaldsonbriefexcerpt.htm>, доступ 24 января 2007 г.

венных сил стало восприниматься как оскорбление Создателя непреложной гармонии и совершенства: бесоудержимость уступила место душевной болезни, на смену экзорцизму пришли кровопускания, диета, холодные ванны, “лечение впечатлениями”⁴. В 1773 г. в Вильямсбурге, штат Вирджиния открылась первая психиатрическая больница. Чуть позже в ряде штатов были приняты законодательные акты, устанавливавшие порядок помещения пациентов в создававшиеся психиатрические учреждения.

В 1788 штат Нью-Йорк разрешил констеблям задерживать “буйно помешанных, которые “настолько повреждены в рассудке, что могут быть опасны, если позволить им находиться среди людей”, и помещать их в закрытое учреждение, получив предварительно разрешение двух или более судей [1]. Психически больные, не попадавшие в категорию: “опасен для других” передавались на попечение родственников или друзей. Заметим, что опасность для себя, при отсутствии признаков опасности для других, не являлась основанием для применения данного закона — традиция антипатернализма всегда была сильна в американском обществе⁵.

Как выглядела в то время страна, где слова основоположника протестантизма — Martin Luther: “... Ни Римский папа, ни епископ, ни кто-либо другой не имеет ни малейшего права диктовать христианину свою волю без его [христианина] согласия...”⁶ были не пустым звуком; страна, где для ограничения свободы опасного психически больного требовалось решение не одного, а “...двух или более судей”? Вот как описывал Америку St. Jean De Crevecoeur в своем эссе, относящемся к 1782 г.: “... Прекрасные города, богатые поселки, огромные поля, необъятная страна, наполненная добротными домами, хорошими дорогами, фруктовыми садами, лугами, мостами...здесь нет аристократии, королевских дворов, королей, епископов, церковных владений, нет невидимой власти, данной немногим очень “видимым”...богатый и бедный не столь далеки друг от друга как в Европе...” [2].

Бурное развитие Америки в первой половине девятнадцатого столетия давало шанс многим осуществ-

вить “Американскую Мечту” — добиться богатства и благополучия.

Прогресс, однако, имел свою обратную сторону: радикальные изменения в экономике и обществе делали жизнь человека менее предсказуемой, вынуждали все большее число людей участвовать в изнурительной непрерывной гонке, с ее постоянным психологическим напряжением, страхом оказаться “выброшенным за борт”. Часть интеллектуалов увидела в этом главную причину психических расстройств. Появилась доктрина “морального лечения” (moral treatment), согласно которой первым шагом в лечении психически больных должно было стать изъятие их из враждебной среды города и перемещение в сельскую местность, в небольшие психиатрические больницы — asylums (буквально — “убежища”). Asylums не финансировались штатами, существовали на деньги, получаемые от филантропических обществ, отдельных богатых дарителей, лечение было платным. Тишина, красивый сельский пейзаж, спокойная размеренная жизнь, гуманный медицинский персонал, помогающий пациентам не утратить чувства самоуважения, рассматривались в качестве основных лечебных факторов.

Предварительные сообщения об успехах⁷ первых asylums были восприняты с большим энтузиазмом. Власти штатов начали строительство больших психиатрических больниц в надежде, что результаты лечения там будут не хуже. Заметное увеличение числа психиатрических коек, вера в возможности предлагавшегося лечения привели законодателей к мысли, что в существующих условиях необходимо облегчить процедуру госпитализации. В наиболее радикальной форме идея получила воплощение в штате Нью-Йорк. Новый нью-йоркский закон разительно отличался от упоминавшегося ранее и требовал помещения в психиатрическую больницу всех душевнобольных вообще, вне зависимости от степени их опасности. Назначались специальные эксперты (assessors), в задачу которых входило выявление лиц с психическими расстройствами и госпитализация на срок не менее 6 месяцев (на основании заключения двух таких экспертов) [3].

Очень скоро в штатах, раздвинувших границы недобровольной госпитализации, психиатрические больницы наполнились не имевшими перспектив на выписку пациентами с тяжелыми хронически протекающими психическими заболеваниями. Финансирование из бюджета не поспевало за ростом числа стационарных больных, уровень оказания психиатрической помощи начал быстро снижаться, множились критические публикации, описывающие недостойные чело-

⁴ Такими, например, как внезапное погружение больного в бассейн с ледяной водой в полной темноте.

⁵ Лишь через 57 лет появилось первое судебное решение (Верховного Суда штата Массачусетс по делу Josiah Oaks, 1845), признавшее критерий “опасен для себя” в качестве основания для недобровольной госпитализации психически больного. См. Исторический обзор положения с недобровольной психиатрической госпитализацией, приводимый судьей Sprecher в Lessard v. Schmidt, 349 F. Supp. 1078 (E. D. Wis. 1972).

⁶ “Neither Pope or Bishop nor any other man has a right to impose a single syllable of law upon a Christian man without his consent”. Цит. по The American Tradition in Literature Edited by Sculley Bradley, Richmond Croom Beatty, E. Hudson Long. W. W. Norton & Company, Inc. New York, 1962, at 5.

⁷ Достигнуты во многом благодаря чрезвычайно избирательной политике в отношении приема пациентов, щедрому финансированию частными лицами и высокой плате за лечение.

века условия в таких больницах. В обществе быстро набирало силу движение (возглавлявшееся экс-пациенткой Mrs. E. P. W. Packard⁸), требовавшее от законодателей установить эффективные правовые защиты против возможных злоупотреблений в процессе недобровольной психиатрической госпитализации.

В результате, маятник качнулся в противоположную сторону: к концу XIX в. многие штаты приняли законы, гарантировавшие пациенту право на рассмотрение вопроса о его недобровольном помещении в психиатрический стационар в суде с участием присяжных, право на помощь адвоката и установили уголовное наказание для всякого, незаконно добывающегося недобровольной психиатрической госпитализации другого лица [4].

Расширение границ недобровольной госпитализации

Движение за создание для “недобровольного” психиатрического пациента правовых защит, сравнимых с имеющимися у обвиняемого в уголовном процессе, пошло на убыль в первые десятилетия XX в.

Отмечавшееся к тому времени улучшение состояния психиатрических больниц штатов, развитие психотерапии, появление маляротерапии, а в последующем — коразолового, инсулинокоматозного лечения, ЭСТ, психохирургии, первых психофармакологических препаратов вызвало в обществе новую волну оптимизма. Представлялось естественным, что выгоды для больных от лечения новыми методами в более комфортабельных условиях оправдывают значительное упрощение процедуры недобровольной госпитализации. Многие штаты внесли соответствующие изменения в психиатрическое законодательство, в результате к 1970 г. в 31 из 50 штатов для помещения человека в психиатрическую больницу было достаточно заключения одного или более врачей, что данный человек страдает психическим заболеванием и нуждается в стационарном психиатрическом лечении [5].

Движение за ограничение недобровольной госпитализации

Однако в 1960-е гг. общество начало освобождаться от иллюзий в отношении недавно появившихся (и поначалу казавшихся необычайно эффективными) методов психиатрического лечения (прежде всего, психохирургического и психофармакологического). Этот болезненный процесс сопровождался падением

⁸ Packard была недобровольно госпитализирована в психиатрическую больницу (где провела около 3 лет) по настоянию ее мужа на основании заключения двух врачей, по мнению одного из которых, она была разумна, но “религиозная фанатичка”, по мнению другого — высказывала лишь “необычные” идеи.

доверия и к психиатрам, и к психиатрии, и к медицинской модели психического заболевания.

Идея Thomas Szasz о том, что “настоящие” психические болезни, такие как шизофрения, маниакально-депрессивный психоз, эндогенные депрессии, не есть болезни в медицинском смысле слова, т.к. не имеет морфологического субстрата, но должны рассматриваться как “жизненные трудности”, и страдающий шизофренией нуждается не в лечении психиатра, а в обучении искусству “правильно жить”, привела Szasz и его последователей к мысли о необходимости резкого ограничения, а лучше — полного правового запрета недобровольной психиатрической госпитализации. Его работы 1960 – 70 гг.⁹ вызвали острые дискуссии в среде специалистов в области психиатрии и права. Радикально настроенные юристы, психиатры, психологи, пациенты и их родственники на волне охватившего Америку 1960-х гг. движения за гражданские права, начали энергичную кампанию за проведение правовой реформы.

Первым значительным результатом их усилий явился принятый в Калифорнии в 1969 г. Lanterman-Petris-Short Act. Закон сделал невозможным недобровольное помещение в психиатрический стационар психически больного, не опасного для себя или других [6].

Через год штат Массачусетс в качестве обязательного условия для недобровольной госпитализации установил необходимость доказательства штатом “вероятности [причинения психиатрическим пациентом] серьезного вреда”. “Вероятность серьезного вреда” была определена как “значительный риск физического вреда другим лицам, проявляющийся явными признаками поведения, направленного на совершение убийства, или другого поведения с проявлениями насилия, или фактами, что [поведение пациента] приводит других людей в состояние обоснованного страха, что в отношении их будет совершено насилие, или им будет причинен физический вред [7]. Похожие законы были приняты вскоре во многих штатах.

Lessard. v. Schmidt

Апогеем успехов движения радикалов за ограничение недобровольной психиатрической госпитализации стало принятое в октябре 1972 г. решение федерального суда в штате Висконсин в деле Lessard v. Schmidt [8].

Страдавшая шизофренией Alberta Lessard обратилась в суд с иском, в котором она утверждала, что существовавший в штате закон, на основании которого она была подвергнута недобровольной психиатриче-

⁹ Например: T. Szasz: Law, Liberty and Psychiatry. An Inquiry into the Social Uses of Mental Health Practices, Macmillan, 1963, T. Szasz: The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct, rev.ed. Harper and Row, 1974, и ряд других.

ской госпитализации, нарушает ее конституционные права, т.к. позволяет недобровольное помещение в психиатрический стационар на период до 145 дней без судебного слушания о необходимости госпитализации, не требует информировать пациента о праве на такое слушание с участием присяжных, не гарантирует помощь адвоката, не позволяет адвокату присутствовать при беседе пациента с психиатром, не предоставляет возможности обследования независимым психиатром по выбору пациента, разрешает недобровольную психиатрическую госпитализацию без доказательства ее необходимости “вне всяких разумных сомнений” (самый строгий стандарт доказательств, применявшийся к тому времени лишь в уголовном праве для доказательства вины обвиняемого) и не устанавливает четких критериев для недобровольного помещения пациента в психиатрический стационар [9].

В то время подавляющее большинство американских психиатров, равно как и значительная часть юристов, относились к “недобровольной госпитализации” как “недобровольной *госпитализации*”. Судья Sprecher, формулируя судебное решение, попытался показать, что “недобровольная госпитализация” есть “недобровольная госпитализация”. Вот как он представил позицию суда: “Данная штату власть лишать человека основополагающей свободы — свободы выбора, с необходимостью опирается на соображение, что общество имеет чрезвычайно убедительную необходимость в таком лишении свободы¹⁰. В уголовном праве такая власть вытекает из “полицейских полномочий” (police power), данных [штату] по причине необходимости защиты общества от антиобщественных действий. Эта власть умеряется строгими процедурными гарантиями, созданными для того, чтобы защитить права обвиняемого в совершении преступления и гарантировать, чтобы никто не был подвергнут аресту без достаточных оснований, и не был признан виновным без соблюдения процессуальных правил.

При недобровольной психиатрической госпитализации под угрозой оказываются те же самые фундаментальные свободы. Однако применяемые в штатах процедуры недобровольной психиатрической госпитализации традиционно не гарантируют тех процес-

¹⁰ В этом отношении достойно упоминания высказывание J. S. Will: “Только та свобода заслуживает своего названия, которая позволяет нам следовать в поисках собственного блага каждому своим путем до тех пор, пока мы не пытаемся лишить других их собственного или помешать их усилиям достичь его. Каждый — сам хранитель собственного здоровья, будь то телесное, психическое или духовное. Позволяя друг другу жить так, как им представляется правильным, человечество достигает большего, чем принуждая жить каждого так, как кажется правильным остальным”. J. S. Mill: *On Liberty* (1859), <http://www.utilitarianism.com>, доступ 16 июля 2005 г.

суальных защит от необоснованного лишения свободы, которые предоставляются обвиняемым в совершении уголовных преступлений. Это обосновывается посылкой, что штат выступает в роли “заботливого родителя” (parens patriae) и, таким образом, лишает человека свободы не для того, чтобы наказать его, но, чтобы лечить. Кроме того, утверждается, что человек может быть лишен свободы на основании доктрины “полицейских полномочий” ввиду необходимости общества защищать себя от возможных опасных действий тех людей, которые из-за психической болезни, вероятно, станут действовать иррационально. Факт, что “даже если социолог предскажет, что имеется 80 % вероятность совершения человеком серьезного уголовного преступления, никакой закон не позволит лишить человека свободы”, но при тех же обстоятельствах рекомендация психиатра о недобровольной психиатрической госпитализации, вероятно, будет принята, пытаются обосновать потенциальной пользой для человека, помещенного в психиатрическое учреждение” [10]. Под пользой здесь понимается, прежде всего, лечение.

Является ли, однако, психиатрическое лечение, “привязанное” к недобровольной психиатрической госпитализации, достаточным основанием для установления менее строгих процедурных защит для “недобровольного” пациента в сравнении с предоставляемыми обвиняемому в уголовном процессе? Основываясь на ряде научных публикаций, суд отметил, что “...многие психические болезни не поддаются лечению, ... процент излечения при длительно протекающей параноидной шизофрении (диагноз, установленный Lessard) низок, ... любая продолжительная госпитализация, в особенности недобровольная, может существенно усилить симптомы психического заболевания и затруднить приспособление к жизни в обществе... человек, помещенный в психиатрическое учреждение, имеет значительно больше шансов умереть, чем остающийся на свободе. Данные за 1966 г. показывают, что, в то время как уровень смертности в общей популяции составляет в США ежегодно только 9,5 на 1000, среди пациентов психиатрических больниц он равен 91,8. Furman & Connors, Jr., “The Pennsylvania Experiment in Due Process”, 8 *Duquesne L. Rev.* 32, 65 – 66 (1970). Показатели для штата Висконсин подобны. Исследование показало уровень смертности в Висконсине 9,7 на 1000 в год (или менее 1 %) в общей популяции и 85.1 на 1000 (или 8,51 %) в психиатрических учреждениях. Id.at 66” [11]. Допуская, что такая разница, отчасти, может объясняться большим представительством лиц пожилого возраста среди пациентов психиатрических больниц, суд обратил также внимание на менее благоприятное, в сравнении с общей популяцией, соотношение врач-пациент в психиатрических больницах штата.

Суд признал существовавшую в Висконсине процедуру недобровольной психиатрической госпитали-

зации не соответствующей Конституции и потребовал от властей штата в 90-дневный срок внести в нее ряд существенных изменений: в частности, сделать обязательным судебное слушание с участием адвоката пациента об обоснованности неотложной госпитализации, проводить такое слушание не позднее 48 часов после недобровольного помещения пациента в психиатрический стационар, ограничить недобровольную госпитализацию до проведения полного судебного слушания 14 днями, по желанию пациента проводить полное слушание для решения вопроса о необходимости дальнейшего недобровольного пребывания пациента в психиатрическом стационаре судом присяжных [12].

Принимая во внимание низкую эффективность психиатрического лечения, связанные с недобровольной психиатрической госпитализацией ограничения гражданских прав, стигматизацию, трудности в приспособлении к жизни в обществе после выписки из больницы, суд отметил, что заинтересованность психиатрических пациентов в избежании недобровольной госпитализации представляется, по крайней мере, не меньшей, чем заинтересованность обвиняемых в уголовных преступлениях в сохранении ими свободы. С учетом этого, бремя доказательства необходимости недобровольной психиатрической госпитализации должно быть для штата сравнимо с тем, которое он несет в уголовном процессе, доказывая вину обвиняемого, и при осуществлении недобровольной госпитализации штат обязан доказать “вне всяких разумных сомнений”¹¹ и наличие психической болезни, и наличие опасности. Указав, что недобровольная госпитализация психически больного, не представляющего опасности, является нарушением федеральной конституции, суд дал узкое толкование термину “опасность”, определив опасность как состояние, при котором “имеется крайне высокая степень вероятности, что если свобода человека не будет ограничена, он причинит прямой вред себе или другим” [13]. Такая формулировка исключала возможность недобровольной госпитализации на основании вреда, причиняемого самому себе в результате неспособности по своему психическому состоянию удовлетворять основные жизненные потребности (говоря языком действующего российского закона о психиатрической помощи, делала невозможной недобровольную психиатрическую госпитализацию больного в соответствии с п. “б” и, тем более, “в” ст.29). Суд также решил, что опасность должна устанавливаться на основании наличия “открытого (явного) недавнего действия” (recent overt act), попытки или угрозы причинения значительного вреда себе или другим” [14].

¹¹ Объяснение содержания стандарта “вне всяких разумных сомнений” дано ниже.

Недобровольная госпитализация пассивно опасных для себя

Резкое ограничение возможности госпитализировать больного с психозом вызвало беспокойство у многих психиатров. Главный врач одной из психиатрических больниц штата Висконсин Dr. Trefferd обратился к редактору American Journal of Psychiatry с открытым письмом, в котором утверждал, что в результате неумеренного стремления к безупречной защите прав и гражданских свобод пациентов все большее число психотических больных, нуждающихся в лечении, лишаются возможности его получить и умирают “с полным набором своих гражданских прав” [15].

Обеспокоенность ли психиатрического сообщества оказала влияние на Верховный суд штата Западная Вирджиния, слушавший через год State ex. rel. Hawks v. Lazaro (1974), или какие-то другие причины, суд, однако, решил, что медленно нарастающее (и могущее привести к смерти или выраженному нарушению функционирования) ухудшение здоровья психиатрического пациента в результате неспособности по своему психическому состоянию заботиться о самом себе также является достаточно опасным, и оправдывает недобровольную психиатрическую госпитализацию [16].

Коллеги здесь, в России, прочитав приводимый мною ниже отрывок из судебного решения, возможно, вспомнят известную фразу насчет “бревна в глазу” (имею в виду жесткую критику американцами положения в советской психиатрии в 1970 — начале 1980-х гг.), однако, описываемая больница — не правило, а исключение.

“Имеются убедительные доказательства, что якобы происшедшее со времен средневековья улучшение помощи [психически больным] в современных учреждениях штата есть в большей степени миф, чем реальность, и что при сегодняшнем низком уровне социологических и психологических знаний, сочетающимся с явно недостаточной поддержкой учреждений штата правительством, штат и его служащие играют лишь ограниченную роль в лечении [психиатрических пациентов] и выполняют, главным образом, опекунские функции”, — говорит суд и, в качестве иллюстрации к сказанному, приводит фрагмент отчета комиссии законодательного собрания штата Западная Вирджиния о результатах проверки одной из психиатрических больниц штата в 1972 г: “Комиссия испытала во всей полноте отвращение к жалким условиям, существующим в этом учреждении. Грязь, отбросы и отвратительные запахи были повсюду. Ежедневная уборка и обычная деятельность по поддержанию порядка не осуществлялись. Сеток [для защиты от насекомых] не было, роились мухи, мусорные баки были открыты и переполнены... В 1971 г. из больницы был совершен 91 побег..., во время проверки комиссия наблюдала, как одни пациенты выдавали лекарства дру-

гим...”. В 1972 – 1973 гг. средняя продолжительность пребывания недобровольно госпитализированных пациентов в психиатрических больницах штата Западная Вирджиния составляла 15,91 года, а к 30 июня 1973 г. из 1873 недобровольно госпитализированных пациентов 1119 находились в больнице более 10 лет” [17].

Отметив, что “штат Западная Вирджиния предлагает тем несчастным, кто заключен (incarcerated) в психиатрические учреждения, Диккенсовское убожество невообразимых размеров”, суд признал неконституционной норму закона штата, позволявшую недобровольную психиатрическую госпитализацию человека на основании наличия у него психической болезни или задержки психического развития и потребности в лечении [18]. Суд решил, что штат может госпитализировать психически больного недобровольно, если “из-за его болезни или задержки развития [пациент] с вероятностью причинит вред себе или другим, если ему позволить остаться на свободе...”. Суд следующим образом объяснил основания для установления данного стандарта: “Общество имеет право защищать себя от хищнических действий со стороны людей с антиобщественными установками вне зависимости от причины их антисоциальных актов. Поэтому, если штат может доказать, что человек с вероятностью причинит вред другим, если останется на свободе, штат может госпитализировать его. Штат также имеет право предотвратить причинение человеком вреда самому себе [понимая такой вред] в очень определенном смысле, как физический вред себе, причиняемый активно или пассивно. Поэтому, в случае, когда может быть доказано наличие у индивидуума самодеструктивных побуждений, и что он направит физическую агрессию на самого себя или же, что задержка его развития или психическая болезнь выражены настолько значительно, что ввиду полнейшей пассивности он позволит себе умереть либо от голода, либо от отсутствия заботы, штат имеет право госпитализировать его.” [19] ... Опять-таки, пользуясь терминологией российского закона о психиатрической помощи, можно сказать, что суд разрешил недобровольную психиатрическую госпитализацию и на основании п. “а”, и на основании п. “б” ст. 29.

Обозначившая с конца 1960-х гг. тенденция, как законодательных органов штатов, так и судов заменять чисто медицинский стандарт для недобровольной психиатрической госпитализации: “страдает психическим заболеванием и по своему психическому состоянию нуждается в стационарном психиатрическом лечении”, — смешанным: “страдает психическим заболеванием” (медицинский компонент) и вследствие этого “опасен для себя или других” (юридический компонент) получила поддержку в решении Верховного Суда США по делу O’Connor v. Donaldson (1975).

Kenneth Donaldson, страдавший шизофренией, был недобровольно госпитализирован в психиатрическую больницу штата Флорида и, несмотря на отсутствие у него признаков опасности для себя или других, в течение 15 лет находился там против своей воли, получая, главным образом лечение в виде “терапии средой” (milieu therapy), являвшееся, по показаниям одного из сотрудников психиатрической больницы, не более, чем “эвфемизмом погружения в “среду” больницы” [20]. Суд решил, что “психически больной не может быть недобровольно госпитализирован, если он ни для кого не опасен и может благополучно жить на свободе” и штат “на основании Конституции не может подвергнуть недобровольной госпитализации не представляющего опасности [психически больного] человека, который способен благополучно пребывать на свободе самостоятельно или с помощью желающих помочь и ответственных членов семьи или друзей” [21].

В примечании 9 к тексту решения по данному делу Верховный Суд США также указал, что психически больной, даже если у него нет активных суицидальных тенденций или стремления нанести себе физические повреждения, “в буквальном смысле слова опасен для самого себя”, если он не может самостоятельно или с помощью друзей или семьи избежать “опасностей свободы” (hazards of freedom) [22]. Суд не уточнил, что следует понимать под “опасностями свободы”; некоторые комментаторы полагают, что речь может идти об опасности голода, замерзания и болезней, возникающих из-за неспособности обеспечить себя одеждой, жильем, пищей, или в необходимых случаях медицинской помощью. Суд специально отметил, что штат не имеет права госпитализировать психически больного, например, лишь для того, чтобы обеспечить ему лучшие условия существования в сравнении с теми, в которых он находится на свободе, или чтобы оградить граждан от его присутствия, т.к. его поведение вызывает у окружающих, чувство неловкости, смущения, неприязни или враждебности. И хотя стремление штата предоставлять больным заботу и уход может приветствоваться, “само по себе наличие у человека психической болезни не лишает его права предпочесть собственный дом комфорту учреждения” [23]. Перефразируя выражение судьи Stewart, можно также сказать, что общественная неприязнь или нетерпимость настолько же хороши в качестве оснований для недобровольной госпитализации психиатрического пациента, насколько они хороши в качестве оснований для заключения в тюрьму любого человека с неприятным запахом изо рта.

Стандарт доказательства

В 1979 г. Верховный Суд США в деле Addington v. Texas решил, что степень надежности доказательств необходимости недобровольной психиатри-

ческой госпитализации должна быть выше той, что требуется в обычном гражданском деле, но ниже требуемой в уголовном деле для доказательства вины обвиняемого, и подходящий в данном случае стандарт доказательства — “ясное и убедительное доказательство” [24].

Концепция стандарта доказательства — новая для российских психиатров, поэтому остановлюсь на ней подробнее.

Стандарт доказательства — уровень достоверности и степень очевидности, необходимые для доказательства в уголовном или гражданском процессе [25]. Функция его — “инструктировать занимающегося установлением фактов и исследованием доказательств относительно степени уверенности, которую, как полагает наше общество, он должен иметь в правильности основанных на фактах выводов для конкретного судебного решения” [26].

Самый высокий стандарт — “вне всяких разумных сомнений” (beyond a reasonable doubt) применяется в уголовном праве для признания человека виновным. Разумные сомнения существуют, когда принимающий решение относительно виновности подсудимого не имеет внутренней уверенности, что данный человек виновен. Это должно быть больше, чем воображаемые сомнения и часто определяется как “такое сомнение, которое заставило бы разумного человека колебаться, перед тем как действовать в важном вопросе” [27]. “Вне всяких разумных сомнений” в количественном выражении означает 90 – 95 % достоверности [28].

Самый низкий стандарт — “перевес доказательства” (preponderance of the evidence) применяется в большинстве гражданских дел. Сторона, на которой лежит бремя доказывания, должна представить доказательства лишь чуть более убедительные, чем другая. Тяжущиеся стороны разделяют риск ошибки почти поровну. В количественном выражении “перевес доказательств” оценивается как 51 % достоверность принимаемого решения [29].

Промежуточный стандарт — “ясное и убедительное доказательство” (clear and convincing evidence) применяется в США при рассмотрении гражданских

дел, связанных с депортацией, денатурализацией. Правильность решения, принимаемого на основе данного стандарта, оценивается в 75 % [30]. Требование “ясного и убедительного доказательства” обоснованности недобровольной психиатрической госпитализации означает, что наличие обоих критериев (психическое расстройство¹² и опасность для себя или других) в каждом конкретном случае должно быть доказано с достоверностью не менее 75 %.

Надежность психиатрических заключений

Насколько надежно, однако, психиатры диагностируют психические расстройства? Исследования 1977 и 1980 гг., проводившиеся для оценки надежности диагностических критериев, предложенных в DSM-III, показали следующий уровень согласия психиатров относительно той или иной нозологической единицы: шизофрения — 81 % в обоих случаях, органические психические расстройства — 79 % в первом исследовании и 76 % во втором, бредовое расстройство — 66 % и 75 %, расстройства настроения — 69 % и 83 %, импульсивные расстройства — 28 % и 80 %, расстройства личности — 56 % и 65 % [31].

Возможно ли 75 % достоверность оценки опасности для себя или других?

Начну с цитаты из особого мнения (dissent) судьи Верховного Суда США Blackmun в деле *Varefoot v. Estelle* (1983): “Американская психиатрическая ассоциация [АПА] ...информирует нас, что “ненадежность определения психиатрами отдаленной опасности в будущем является к настоящему времени установленным фактом...” Даваемая АПА наиболее оптимистическая оценка — два из трех предсказаний психиатров относительно насильственных действий [пациента] в будущем, являются ошибочными... АПА, также как и исследователи, изучавшие этот вопрос, пришла к заключению, что психиатры попросту не обладают специальными познаниями, необходимыми для предсказания долгосрочной опасности в будущем. Неспециалист, имеющий доступ к соответствующим статистическим данным, может сделать это, по крайней мере, с той же степенью точности, а может быть и лучше: психиатрическая подготовка не имеет отношения к тем факторам, которые могли бы быть с надежностью использованы для таких предсказаний, и психиатры постоянно ошибаются в одну сторону — предсказывая опасность там, где ее нет” [32].

Поскольку психиатры правильно предсказывают будущую опасность только в одном случае из трех, а предсказание на основе простого подбрасывания монеты верно в одном случае из двух, не лучше ли предсказывать потенциальную опасность психиатрического пациента по методу: “орел-решка”, чем доверить это дело психиатрам? Вот что пишет по этому

¹² В 1997 г. Верховный Суд США, решая *Kansas v. Hendricks*, признал достаточным для недобровольной психиатрической госпитализации наличие у человека не психического заболевания, а “психической ненормальности”, делающей данного человека опасным для себя или других. Отметив, что штат Канзас, например, позволяет недобровольно госпитализировать “лиц с задержкой умственного развития” и опасных, а штат Миннесота — “психопатических личностей” с признаками опасности для себя или других, суд указал, что определение терминов медицинского характера, имеющих важную юридическую значимость — задача законодательных органов штатов. Суд также отметил, что часто такие определения не совпадают с теми, которые приняты медицинским сообществом.

поводу Prof. Slobogin: “Чтобы понять, почему это не так, необходимо сначала определить “базовый уровень” физического насилия в популяции, в которой оценивается опасность. Например, базовый уровень насильственных действий в общей популяции составляет, скажем, 1 на 300, что означает, что только один человек из каждых 300 в общей популяции совершит в течение жизни действие, сопряженное с физическим насилием. Если бы психиатр смог правильно предсказать в 1/3 случаев, кто был опасен в общей популяции, его предсказания были бы значительно точнее, чем случайные, а именно, в 100 раз точнее, чем методом случайного выбора...” [33].

Большая часть литературы, посвященной прогностической оценке опасности, концентрируется на показателе ложно положительных предсказаний опасности. Показатель дает представление о том, например, сколько (в процентном отношении) пациентов может быть ошибочно подвергнуто недобровольной психиатрической госпитализации, если основывать решение о госпитализации на предсказании опасности для себя или других. В одном из ранних исследований (1972) сообщалось о 92 % ложно положительных предсказаний [34]. Однако в исследованиях 1980 – 90 гг. эта цифра заметно ниже и колебалась в пределах 44 %-25 % [35].

Вместе с тем, высокий уровень ложно положительных предсказаний не свидетельствует о низкой надежности психиатрических заключений об опасности пациента. Показатель напрямую зависит от уровня насилия в обществе. В обществе с низким уровнем насилия он существенно выше, чем в обществе с высоким уровнем. Предположим, из 1000 субъектов 15 % (или 150 чел.) совершат опасные насильственные действия в отношении себя или других, а 85 % (или 850 чел) не совершат. Предположим также, что психиатр способен точно классифицировать 90 % лиц из каждой группы. В таком случае, он сможет правильно предсказать совершение насильственных действий в будущем 135 лицами из 150 тех, кто действительно совершит насилие, и ошибочно предскажет совершение насильственных действий 85 лицами из 850 тех, кто насилия не совершит. В данном случае уровень ложноположительных предсказаний психиатра составит 39 % ($85 : (135 + 85)$). При снижении уровня насилия в обществе риск ложноположительной прогностической оценки возрастает. Если, например, из 1000 субъектов насильственные действия в будущем совершат не 15 %, а лишь 5 %, уровень ложноположительных предсказаний психиатра составит 68 % ($95 : (45 + 95)$) [36]. Впрочем, некоторые авторы указывают на методологические погрешности подобных исследований, полагая, в частности, что и медицинская документация, и имеющаяся в полиции информация, используемая в большинстве исследований для верификации предсказаний опасности, содержат сведения не только не о всех, но лишь о небольшой

части совершаемых психиатрическим пациентом опасных действий и, таким образом, значительное количество предсказаний, обозначаемых как ложноположительные, могут в действительности оказаться точными [37].

Концепция опасности

Можно было бы ожидать, что если установление опасности влечет за собой существенные ограничения свободы, этот термин должен быть точно определен, чтобы применяться с необходимым единообразием. Один из видных специалистов в области американского права и психиатрии, Alexander Brooks — профессор права в Rutgers University Law School, комментируя решение Верховного Суда в деле *Addington v. Texas*, в соответствии с которым наличие и психического расстройства, и опасности должны быть доказаны для целей недобровольной психиатрической госпитализации “ясно и убедительно”, отмечает, что суд, не дав определения термину “опасность”, “оставил открытым вопрос огромной важности”, т.к. не сказал “что есть то, что должно быть доказано ясно и убедительно” [38].

Пытаясь ответить на вопрос, почему термин “опасность” не получил четкого определения в законодательных актах сразу, как только его начали активно использовать в Америке в начале 1970-е гг., Prof. Brooks высказывает предположение, что одни законодатели, вероятно, не вполне четко представляли себе, что они сами имели в виду, вводя этот термин в употребление, другие, возможно, полагали, что значение таких слов как “опасный”, “вред”, “повреждение” самоочевидно и не требует дальнейших пояснений¹³, третьи, по-видимому, надеялись, что суды в своих решениях сами сформулируют точное значение термина “опасность” [39].

Между тем, суды не заполнили эту брешь. Загруженные повседневной рутинной судьи судов первой инстанции в делах о недобровольной психиатрической госпитализации главным образом полагались на заключение психиатров. Некоторую информацию о том, что собой представляли такие судебные слушания до начала 1970-х, можно получить из материалов исследования, проведенного в 1966 г. в Техасе. Исследователи отмечают, что в течение 75 мин. суд принял 40 решений о недобровольной психиатрической госпитализации, т.е. рассмотрение дела каждого пациента занимало менее 2 минут [40].

До некоторой степени это можно объяснить тем, что недобровольная госпитализация в 1966 г. осуще-

¹³ Один из судов, например, отметил, что “Вебстер (популярный толковый словарь) не испытывает трудностей в определении этих обычных и широко распространенных слов...” См. *In Re Alexander*, 336 F. Supp. 1305, 1307 (D. C. 1972).

ствлялась на основании заключения врача о необходимости стационарного психиатрического лечения; доказательства опасности пациента не требовалось. Но даже в 1974 г., в Висконсине, где за два года до этого федеральным судом было принято знаменитое решение в деле Lessard, установившее, вероятно, самый жесткий в США стандарт недобровольной психиатрической госпитализации и самые строгие процессуальные защиты для пациента, средняя продолжительность судебных слушаний по этой категории дел составила лишь 13 минут [41].

Апелляционные суды, Верховный Суд США также не внесли необходимой ясности в определение термина “опасность”, по крайней мере, применительно к ситуации недобровольной психиатрической госпитализации.

В результате психиатры и психологи, на которых была возложена задача давать заключение о наличии или отсутствии у психиатрического пациента признаков опасности для себя или других, оказались в положении, когда они были вынуждены взять на себя работу, от которой уклонились юристы, а именно — определять смысловое значение *юридического* термина “опасность”. Неудивительно, что американские коллеги делали это, используя знакомые им медицинские и психологические концепции, и каждый давал, по сути, свое субъективное определение. “Один известный психиатр, выступая в суде в качестве эксперта и, будучи спрошен, является ли потенциально опасным “агрессивный параноик”, ответил: “Мы считаем, что любой больной параноидной шизофренией является потенциально опасным, потому что никто не может сказать, когда кротость и смирение сменятся агрессией. Спросите меня, является ли потенциально опасным больной с параноидной шизофренией, и я скажу: “Да”, — цитирует Prof. Brooks и продолжает: “судебные документы и эмпирические исследования переполнены примерами, где психиатры характеризовали как опасных тех, кто занимался бродяжничеством, “ел, по — видимому, из мусорных баков или чего-то подобного”, не принимал лекарств или носил неподходящую одежду. Предоставленные сами себе, многие психиатры готовы характеризовать всякое отклоняющееся от нормы поведение психически больных как опасное... Судья David Bazelon — признанный авторитет в области психиатрического законодательства, заметил в одной из своих публикаций: “Мне даже говорили, что психиатры верят, что “жульничество” в их заключениях в сторону “опасности” оправдано, если они убеждены, что человек настолько болен, что не осознает, что нуждается в помощи” [42].

Приведу еще одну цитату из интереснейшей статьи Prof. Brooks, опубликованной в 1984 г.: “После более чем 10 лет активного использования судами концепции опасности, американские суды все еще не проанализировали ее составные элементы таким образом, чтобы обеспечить ясность и единообразие [понимания]...что “опасно” для одного судьи — не

“опасно” для другого. По крайней мере, один судья, рассматривавший множество дел о недобровольной психиатрической госпитализации, честно признал это. Он сообщил, что в то время как он сам находил опасными более 95 % появляющихся перед ним лиц, его коллега [рассматривавший такие же дела] — лишь около 50 %. “Я подозреваю, что значительная разница в результатах происходит из-за того, что мы работаем с разными концепциями опасности”, — заявил этот судья. Принимая во внимание такое положение дел, насущная потребность в прояснении [концепции опасности] кажется очевидной” [43]. Prof. Brooks предложил выражать опасность через категорию вреда,¹⁴ анализируя следующие его компоненты: (1) характер, (2) размеры, (3) близость во времени, (4) частоту, (5) вероятность, а также ситуацию и условия, влияющие на его вероятность [44]. Предложенная Prof. Brooks схема анализа “опасности”, можно сказать, выдержала проверку временем — в последнем на сегодняшний день, третьем издании (1999 г.) капитального (более 1200 страниц) руководства по американскому праву и психиатрии Reisner, Slobogin and Rai “Law and the Mental Health System” ей уделено достаточно много места.

Рассмотрим основные элементы схемы Prof. Brooks.

Характер вреда

Ожидаемый вред может быть причинен либо людям, либо собственности. Как правило, вред людям расценивается как нечто более серьезное, чем вред собственности. Далеко не все штаты считают вред собственности достаточным основанием для доказательства опасности для целей недобровольной психиатрической госпитализации. Так, Апелляционный суд штата Вашингтон, решая Matter of Herman, (1981) указал, что разрушение кладбищенской статуи психически больным не является достаточным доказательством его опасности и не может быть основанием для недобровольной психиатрической госпитализации.¹⁵

Вред людям может быть физический и психологический. Небольшое число штатов рассматривает психологический вред в качестве доказательства опасности, оправдывающей недобровольную психиатрическую госпитализацию. Например, штат Айова разрешает недобровольную госпитализацию психиатрического пациента в случае, если имеется вероятность, что он “причинит серьезную эмоциональную травму членам своей семьи или другим, у кого нет разумной возможности избежать контакта с больным...”

¹⁴ Вред (harm) — урон или ущерб правам личности, ее собственности или физическому, или психическому благополучию. См. Merriam-Webster’s Dictionary of Law: Merriam-Webster Incorporated. Springfield, Massachusetts, 1996, at 223.

¹⁵ См. Matter of Herman, 30 Wash. App. 321, 624 P. 2d 310 (1981).

[45]. “Серьезная эмоциональная травма” определена как “травма, которая не обязательно проявляет себя какими-то физическими характеристиками, но которая может быть распознана и диагностирована лицензированным врачом или другим квалифицированным специалистом в области психического здоровья и которая причинно связана с действием или упущением лица, являющегося или предполагающегося психически больным” [46].

Как изящно заметил один комментатор, закон Айовы предполагает, что травма должна быть “явной не физически, но “медицински”¹⁶.

Отсутствие “разумной возможности избежать контакта” означает, что, к примеру, не соседи бредового больного должны переезжать из своих домов, чтобы избежать психологического вреда из-за непрекращающегося потока ругательств, оскорбительных жестов или угроз, но данный больной из своего, в психиатрическую больницу, в порядке недобровольной госпитализации.

Угроза причинить вред может рассматриваться как вербальный акт, опасный сам по себе, если она вызывает состояние страха у тех, на кого она направлена. Даже если угроза не вызывает страха, она, тем не менее, может рассматриваться как индикатор будущего поведения и также свидетельствовать об опасности.

Вред может быть причинен не только другим, но и самому себе. Он может быть активным, например вред собственной жизни в результате суицида, или собственной телесной целостности путем нанесения себе физических повреждений. Активный вред легко идентифицировать.

Пассивный вред вызывает больше разногласий в оценках. Категория психически больных, убивающих себя не активно и быстро, но пассивно и медленно была выделена американскими юристами в начале 1970-х гг. и обозначена как *gravely disabled* (дословно — “угрожающе инвалидизированные”). Они пассивно опасны для себя потому, что не могут, по причине имеющейся у них психической болезни, адекватно обеспечивать себя едой, жильем, одеждой, медицинской помощью. Вред, которому они сами себя подвергают, выражается в том, что они могут замерзнуть или умереть от голода, или у них может развиться тяжелая болезнь из-за отсутствия внимания к самим себе, беспокойства себе, или неспособности действовать из-за болезненной пассивности и апатии. Поначалу полагали, что такие лица не должны рассматриваться как опасные. Однако в последующем некоторые штаты в своих законах включили их в категорию опасных [47].

¹⁶ Цитируется по *Brooks A. Defining the Dangerousness of the Mentally Ill: Involuntary Civil Commitment. In Mentally Abnormal Offenders, Edited by Michael & Ann Craft, Bailliere Tindal, London Philadelphia Toronto... 1984, at 297, примечание 5.*

Размеры вреда

На решение о недобровольной госпитализации психиатрического пациента в значительной мере влияют размеры предполагаемого вреда, который пациент, вероятно, причинит своими действиями, если останется на свободе. Лица с психическими расстройствами, толкающие соседей в общественном транспорте, или звонящие в 3 часа ночи чаще всего рассматриваются как представляющие неудобство, но не опасность. Убийство или самоубийство — неоспоримо опасные действия.

Между этими двумя полюсами существует широкое пространство, в котором оценка опасности зависит в немалой степени от системы социальных, политических и моральных ценностей, разделяемых самими оценщиками. К примеру, два признанных авторитета в области психиатрического законодательства: судья David Bazelon и председатель Верховного Суда США Warren Burger, решая *Cross v. Harris* (1969), высказали диаметрально противоположные точки зрения относительно опасности для женщин и детей эксгибициониста, демонстрирующего *penis* [48].

Близость вреда во времени

Ряд штатов требует, чтобы вред был близким. Такой вред иногда описывается как вред, который случится в ближайшем будущем или может произойти в любой момент [49]. В то же время, интерпретация “близости” в терминах секунд, минут, часов сделала бы практически невозможной недобровольную психиатрическую госпитализацию “пассивно опасных” пациентов, по крайней мере, в тех штатах, где они включены в категорию опасных для себя. Штат Пенсильвания, например, определяет близкий вред самому себе как такой, при котором имеется разумная вероятность, что смерть или серьезное ухудшение физического состояния последует в течение 30 дней, если не будет начато адекватное лечение [50]. В то же время Северная Каролина на основании собственного опыта использования категории “близости” вреда, в последующем решила вовсе избавиться от нее [51].

Частота вреда

Даже небольших размеров вред, если случается часто, может стать непереносимым. Если психически больной звонит Вам по телефону среди ночи раз в неделю, вероятно, это терпимо, но семь раз каждую ночь — вряд ли. Вместе с тем, до последнего времени ни один штат не требовал устанавливать частоту предполагаемого вреда в качестве обязательного условия при определении опасности [52].

Вероятность вреда

Вопрос о том, насколько точно специалисты в области психического здоровья предсказывают вероятность причинения вреда, обсуждался достаточно по-

дробно выше. К 2006 г. “большинство законов штатов, регулирующих недобровольную психиатрическую госпитализацию, как правило, требуют или истолковываются как требующие доказательства недавнего действия, свидетельствующего об опасности” [53].

Сам по себе термин “недавнее действие” или “недавнее открытое (явное) действие” (“recent overt act”) четко не определен. Судьи в каждом конкретном случае, обычно сами устанавливают временные рамки “недавнего”. Среди немногих штатов, указавших его временные границы, — Пенсильвания, где “недавнее” означает имевшее место не более 30 дней назад [54].

В одном исследовании, посвященном кларификации требования “явного действия”, предлагалось не рассматривать в качестве такового действие психически больного, в гневе бросающего тарелку на пол, и разбивающего ее вдрызг, что вызывает страх у его жены, что следующим действием больной причинит вред ей самой, т.к. “само по себе оно не представляет опасности физического вреда его жене” [55].

Другие суды, однако, не требуют, чтобы само “явное действие” было опасным. Они утверждают, что цель требования “явного действия” — необходимость доказать наличие поступка, из которого может быть сделан обоснованный вывод о будущей опасности. Например, в *Matter of Gatson* (1979), психиатрическая пациентка была признана опасной на том основании, что шла по улице обнаженной. Адвокат пациентки, не отрицая, что его подзащитная выходила на улицу в холодную погоду без одежды и обуви, в то же время указал, что она не причинила ни себе, ни другим физического вреда. Суд отверг данный аргумент, отметив, что нет необходимости требовать доказательства актуального физического вреда, т.к. цель недобровольной психиатрической госпитализации — предоставить лечение до того, как физический вред станет очевиден [56].

Ситуационные факторы

Психиатрический пациент может быть опасен при одних обстоятельствах и не опасен при других. Больной с актуальным паранойяльным бредом ревности в отношении своей жены чрезвычайно опасен, когда они проживают в одной квартире или доме. Он опасен для нее и для того, кого больной считает ее любовником, если все трое живут в одном городе. Однако, если жену и “любовника” направили в длительную командировку куда-нибудь на Антарктическую станцию, возможность больного причинить им физический вред в ближайшем будущем чрезвычайно маловероятна.

Другой пример — пациент, не обнаруживающий признаков опасности, когда принимает психотропные препараты, может стать потенциально опасным, прекратив их прием.

Ситуационные факторы, увеличивающие или уменьшающие риск опасности психиатрического паци-

ента, учитываются при условной выписке из психиатрической больницы. Например, выписка возможна лишь при согласии пациента не носить с собой оружие, периодически являться в местный центр психического здоровья, принимать определенное лечение, не встречаться с определенными людьми, не приближаться к определенным местам ближе оговоренного расстояния, не употреблять спиртных напитков или наркотических веществ и т.д.

Соответствие ограничительных мер характеру предполагаемого вреда

Верховный Суд США в *Humphrey v. Cady* (1972) указал, что “определение опасности требует, чтобы возможность человека причинить вред себе или другим была бы достаточно велика для того, чтобы оправдать “значительное ограничение свободы” [57]. К примеру, комбинация факторов, включающих возможность причинения вреда умеренных размеров, который может случиться в близком будущем, может оправдать кратковременную госпитализацию, но не долговременную. Другими словами, психически больной достаточно опасен, чтобы находиться в больнице короткое время, в течение которого имеются обнадеживающие перспективы существенного улучшения состояния и уменьшения опасности. В таком случае ограничение свободы не является “значительным”, а потребность в недобровольной госпитализации “достаточно велика”.

Там, где опасность незначительна, ее предсказуемость низкая, а вероятность улучшения психического состояния невелика, длительное недобровольное пребывание психически больного не оправдано. В данном случае ограничение свободы может рассматриваться как “значительное”.

С другой стороны, если опасность серьезна и высоко предсказуема, длительное пребывание в психиатрической больнице может явиться необходимостью. Характер, размеры и вероятность потенциального вреда могут оправдывать такое пребывание в больнице даже в том случае, если эффективное лечение отсутствует. Некоторые штаты (например, Висконсин), в качестве основы для долговременной недобровольной госпитализации требуют не только наличия психического заболевания и опасности, но и перспективы улучшения состояния в результате лечения. “Такая позиция не кажется обоснованной, когда перспективы лечения представляются неопределенными, а опасность для других — значительной” [58].

Prof. Brooks полагает, что если вывод об опасности психиатрического пациента основывать на анализе характера, близости во времени, и др. выше отмеченных факторов предполагаемого вреда, наряду с оценкой его вероятности, и соотносить результат с предполагаемой продолжительностью госпитализации (неотложная — 72 часа, кратковременная — 2 недели или долговременная — 6 месяцев), не составит трудностей, при наличии фактических оснований,

доказать наличие опасности не только “ясно и убедительно”, но и “вне всяких разумных сомнений” [59].

Процедуры недобровольной госпитализации

Некоторые штаты установили разную продолжительность недобровольной психиатрической госпитализации для больных, опасных для других и опасных для себя.

В Калифорнии, например, человек, страдающий психическим заболеванием и представляющий опасность лишь для себя самого, подвергается неотложной госпитализации на 72 часа, после чего, при подтверждении наличия психического заболевания и опасности для себя, 14 дневному “интенсивному лечению”. По истечении 14 дней пациент, в случае сохраняющейся опасности для себя, может быть задержан в стационаре на дополнительные 14 дней, по прошествии которых штат больше не вправе удерживать его в больнице недобровольно.

В случае опасности для других, пациент также подвергается неотложной госпитализации на 72 часа, затем при подтверждении наличия психического заболевания и опасности для других - 14 дневному “интенсивному лечению”, по окончании которого, при сохраняющейся опасности для других, недобровольной госпитализации до 180 дней.

Если в течение 180 дней пребывания в психиатрическом стационаре пациент совершает явное опасное действие, недобровольное пребывание в психиатрической больнице может быть продлено еще на 180 дней. В Калифорнии под опасностью для себя понимается “активная” опасность (суицид, самоповреждения). “Пассивно опасные для себя” — неспособные по своему психическому состоянию заботиться о себе (gravely disabled) госпитализируются первоначально на 30 дней, после чего при подтверждении наличия психического расстройства и неспособности удовлетворять основные жизненные потребности — на 1 год, с возможностью в последующем продления периода недобровольной госпитализации еще на 1 год [60].

Несколько слов о недобровольной госпитализации в St. Elizabeths¹⁷ — главную и самую известную

психиатрическую больницу в столице США, где мне довелось стажироваться в 2002 г.

Процедура госпитализации более сложная, чем в России и состоит из двух этапов или стадий: (1) неотложная недобровольная госпитализация (detention for emergency observation and diagnosis) продолжительностью до 21 дня и (2) судебная госпитализация (judicial hospitalization) на период до 1 года.

В процессе недобровольной госпитализации важное место принадлежит органу, которого в России не существует, — комиссии по психическому здоровью (Mental Health Commission), представляющей собой некий юридическо-психиатрическо-психологический гибрид. Комиссия назначается председателем Верховного суда округа Колумбия и состоит из председателя (судья) и двух членов (два психиатра или психиатр и клинический психолог со степенью Ph.D, или два психолога со степенью Ph.D.) и является постоянно действующей частью отделения психического здоровья отдела по делам семьи Верховного суда округа Колумбия. Комиссии принадлежит ключевая роль в переводе “недобровольного” пациента с первого этапа госпитализации на второй, а также в продлении недобровольной госпитализации на период более 1 года.

Две важные особенности, относящиеся к правам “недобровольного” психиатрического пациента в Вашингтоне, которых не имеет его “московский собрат”: (1) право на слушание дела о недобровольной госпитализации судом присяжных и (2) *обязательное* предоставление судом адвоката всем не имеющим его или отказывающимся от услуг адвоката “недобровольным” пациентам через 72 часа после начала неотложной недобровольной госпитализации.

С учетом внесенных в 2004 г. поправок в закон о недобровольной госпитализации в округе Колумбия¹⁸, процедура недобровольной госпитализации в столице США выглядит следующим образом. В большинстве случаев психиатрический пациент доставляется в больницу с “формой FD 12” — (ходатайство о неотложной госпитализации), которая должна быть заполнена семейным врачом или психологом больного, либо сотрудником департамента социальных служб или полицейским. В ходатайстве указываются

¹⁷ St. Elizabeths — и по сей день самая большая принадлежащая округу Колумбия психиатрическая больница.

В 1960-е гг. в ней было более 6000 коек, сейчас — около 500. Лишь небольшое число частных психиатрических больниц в округе Колумбия принимают “недобровольных” пациентов.

¹⁸ Ожидается, что к 2014 г., когда все положения модернизированного закона будут воплощены в жизнь, количество “недобровольных” пациентов, находящихся в St. Elizabeths каждый данный день не будет превышать 40 человек (в настоящее время — около 200 из общего числа примерно 500 пациентов (из которых примерно 200 находятся на стационарной судебно-психиатрической экспертизе или принудительном лечении)). В то же время должно увеличиться количество “неотложно недобровольно госпитализированных” в психиатрические отделения соматических больниц американской столицы, а также более активно заработает программа недобровольного амбулаторного психиатрического лечения. Впрочем, для соматических больниц в условиях существующей системы медицинского страхования, психиатрические койки скорее бремя, чем бенефиция — лечение соматических заболеваний оплачивается страховыми компаниями более высоко, чем психических. С финансовой точки зрения амбулаторные программы недобровольного психиатрического лечения выглядят очень привлекательно: в 2003 финансовом году день лечения пациента в психиатрической больнице стоил \$425, в психиатрическом отделении общесоматической больницы более \$600, а в день участия в программе амбулаторного лечения —

факты, свидетельствующие, по мнению заявителя, о наличии у пациента психического заболевания и о том, что по причине этого заболевания пациент с вероятностью нанесет повреждения себе или другим. Иногда больного доставляют в больницу родственники для поступления в качестве “добровольного” пациента”, однако, если пациент не произнесет фразу: “Я хочу быть принят в больницу в качестве добровольного пациента”, или если он произнесет эту фразу, но откажется подписать форму для добровольной госпитализации или не станет выполнять другие рутинные процедуры, предусмотренные при добровольной госпитализации, дежурный психиатр или психолог обязаны оценить его состояние на предмет наличия показаний для госпитализации в недобровольном порядке. Пациента, поступающего с формой FD-12 также в обязательном порядке обследует дежурный психиатр или психолог и при наличии признаков психической болезни и опасности для себя или других пациент госпитализируется в порядке неотложной недобровольной госпитализации (emergency involuntary hospitalization). Такой пациент может находиться в больнице на основании заключения дежурного психиатра или психолога не более 48 часов. Если больница считает необходимым задержать пациента на более длительное время, она обязана в течение этих 48 часов обратиться в суд с заявлением о необходимости продления неотложной недобровольной госпитализации. Если больница делает это, судья обязан рассмотреть заявление в течение 24 часов. Если судья удовлетворяет его, срок пребывания пациента в больнице продляется на 7 дней (в последующем может быть продлен до 21 дня). Одновременно с этим судья назначает пациенту адвоката. Пациент имеет право обжаловать решение судьи о продлении неотложной недобровольной госпитализации в суде. Если больница желает задержать пациента на срок, превышающий 21 день, она должна вновь обратиться в суд с заявлением о необходимости теперь уже судебной госпитализации. В случае, если больница сделала это, суд назначает дату слушания дела комиссией по психическому здоровью. Слушание на комиссии происходит в присутствии пациента и его адвоката.

Если комиссия не находит оснований для недобровольной госпитализации и рекомендует выписку пациента, это решение обязательно для больницы. Если установит наличие у пациента психического заболевания и признаков опасности для себя или других и невозможность лечить пациента в менее ограничи-

тельных (чем психический стационар) условиях, она выносит решение о необходимости недобровольной госпитализации пациента на срок, не превышающий одного года. Если возможность недобровольного лечения в менее ограничительных условиях существует, комиссия рекомендует недобровольное психиатрическое лечение в амбулаторных условиях на тот же срок. В любом из этих двух случаев пациент получает право на слушание дела в суде с участием присяжных.

В суде больница должна доказать наличие у пациента психической болезни и опасности для себя или других, вытекающей из этой болезни. Требуемый стандарт доказательства — “ясное и убедительное доказательство”. Если наличие у пациента психического заболевания и опасности, а также невозможность лечить пациента в менее ограничительных условиях будут доказаны, суд выносит решение о недобровольной госпитализации пациента на период до 1 года. Годичный срок недобровольной психиатрической госпитализации может быть продлен, если больница за 60 дней до его истечения обратится в комиссию по психическому здоровью и предоставит убедительные доказательства необходимости его продления. Больница имеет право изменить статус пациента с “недобровольного” на “добровольный” в любое время.

Альтернативы недобровольной госпитализации

Практически все штаты требуют, чтобы при решении вопроса о недобровольной психиатрической госпитализации обязательно рассматривалась возможность применения других, менее ограничительных мер, таких, например, как недобровольное лечение в амбулаторных условиях. Недобровольное амбулаторное лечение обычно включает в себя обязательное еженедельное посещение амбулаторного психиатрического учреждения для получения лекарств, проведения лечебных процедур, контроля проводимого лечения, оценки динамики психического состояния и т.д.

По крайней мере, в 25 штатах для его назначения необходимы те же самые критерии, что и для недобровольной психиатрической госпитализации [61].

Менее 10 штатов разрешают недобровольное амбулаторное лечение в случаях, когда состояние пациента в данное время не соответствует критериям недобровольной госпитализации, но “вскоре будет” соответствовать, если не начать лечение¹⁹.

около \$17. См. District of Columbia Civil Commitment Modernization Act of 2004. <http://rs9.loc.gov/cgi-bin/cpquery/T?&report=hr729&dbname=108&>, доступ 24 января 2007 г. В то же время программа строительства местных медицинских центров, где такое лечение должно осуществляться, далека от завершения. С момента ее запуска (во времена президента Кеннеди) до конца 1990-х гг. функционировало лишь чуть более половины из планировавшихся 2000 таких центров. См. *Reisner R. Slobogin C., Rai A. Law and the Mental Health System*, 3rd ed. West Group, St. Paul Mitt. 1999, at.. 643).

¹⁹ В сущности, данная формулировка близка приведенной в п. “в” ст. 29 российского закона о психиатрической помощи. В российском законодательстве не предусмотрено недобровольное амбулаторное лечение. Установление за больным диспансерного наблюдения дает врачу возможность осматривать психиатрического пациента без его согласия, но не лечить. Кроме того, решение об установлении диспансерного наблюдения принимает не суд, а комиссия врачей. Уголовный

В нескольких штатах возможно назначение недобровольного амбулаторного лечения по окончании недобровольной госпитализации.

Недобровольная госпитализация “сексуальных хищников”

В начале 1990-х гг. некоторые штаты приняли специальные законодательные акты, позволяющие недобровольную психиатрическую госпитализацию или недобровольное амбулаторное лечение лиц, подпадающих под определение: “сексуальные хищники” (sexually violent predators). В “Законе о сексуальном хищнике” (“Sexually Violent Predator Act”), принятом в 1994 г. штатом Канзас, читаем: “Существует небольшая, но чрезвычайно опасная группа сексуальных хищников, у которых нет такого психического заболевания или расстройства, которое требуется в соответствии с обычным законом о недобровольной психиатрической госпитализации для их недобровольного лечения... В отличие от лиц, подходящих для недобровольной психиатрической госпитализации на основании обычного закона о недобровольной психиатрической госпитализации, сексуальные хищники, как правило, имеют признаки антисоциального расстройства личности, которое не поддается лечению существующими методами, и эти личностные характеристики делают вероятным вовлечение их в акты сексуального насилия...”

Вероятность, что сексуальные хищники совершат повторные акты хищнического сексуального насилия высокая. Существующие процедуры недобровольной госпитализации не могут предотвратить угрозу, которую эти сексуальные хищники представляют для общества...” [62].

Закон определил сексуального хищника как “любое лицо, которое было осуждено или обвинялось в совершении уголовно-наказуемых действий, связанных с проявлением сексуального насилия, и у которого обнаруживаются психическая ненормальность или расстройство личности, делающие вероятным вовлечение его в хищнические акты сексуального насилия”. “Психическая ненормальность” определена как “врожденное или приобретенное состояние, нарушающее эмоциональную или волевую способность, которое предрасполагает человека к совершению сексуальных насильственных преступлений в такой степени, что делает такого человека угрозой здоровью и безопасности других” [63].

кодекс РФ предусматривает возможность назначения судом амбулаторного принудительного наблюдения и лечения у психиатра. Однако обязательным условием его назначения является либо совершение деяния, предусмотренного статьями Особенной части УК лицом, находившимся в состоянии невменяемости, либо совершение уголовного преступления вменяемым лицом, обнаруживающим признаки психического расстройства, алкоголизма или наркомании.

В соответствии с законом, за 60 дней до освобождения из мест лишения свободы лица, отбывающего наказание за совершенное им сексуальное насильственное преступление, администрация учреждения информирует окружного прокурора о предполагаемом освобождении заключенного и о том, что данное лицо, может соответствовать критериям закона о сексуальном хищнике. Прокурор обязан в течение 45 дней решить, следует ли направлять материалы в суд штата для решения вопроса о недобровольной психиатрической госпитализации на неопределенное время после окончания срока наказания. Если материалы направляются в суд, суд должен установить весомость доказательств прокурора. Если суд находит их весомыми, то направляет заключенного в специальное учреждение для психиатрического обследования. По завершении обследования суд должен установить, является ли данный заключенный “сексуальным хищником”. Заключенному гарантируется право на адвоката, неспособным оплатить услуги адвокат предоставляется бесплатно, право присутствовать в суде и производить перекрестный допрос свидетелей, право знакомиться с доказательствами, представляемыми штатом. Стандарт доказательства — “вне всяких разумных сомнений”.

Если “да”, то заключенный по отбытии срока наказания переводится из мест лишения свободы в указанное судом психиатрическое учреждение для лечения на неопределенный срок до того времени, пока психическое состояние его не изменится таким образом, что он, оказавшись на свободе, перестанет представлять опасность для других. Суд должен оценивать состояние пациента ежегодно. Пациент имеет право обращаться в суд по вопросу своей выписки в любое время, неограниченное число раз [64].

По состоянию на 2006 г. подобные законы имелись уже в 17 штатах. Техас и еще несколько штатов предусматривают для “сексуальных хищников” возможность недобровольного амбулаторного лечения [65].

Американские психиатры выразили беспокойство, что использование термина “психическая ненормальность”, не имеющего определения ни в действующей DSM-IV, ни в какой-либо другой классификации психических расстройств, позволит судам требовать от них диагностировать то, чему нет медицинского определения, и служит цели представить криминальное сексуальное поведение как психическую болезнь, что является неприемлемой “медицинизацией” девиантного поведения [66].

Парадоксальность ситуации заключается в том, что если в начале 1970-х гг. американские суды активно ограничивали возможность недобровольной психиатрической госпитализации, а психиатры противились ограничению, в случае с законами о “сексуальных хищниках” суды расширяют сферу недобровольной госпитализации, тогда как психиатры настаивают на

ее ограничении. Активные дискуссии вокруг законов о “сексуальных хищниках” продолжаются в американской литературе, посвященной праву и психиатрии, по сей день.

Заключение

Если попытаться суммировать в одном предложении сегодняшнее состояние и ближайшие перспективы недобровольной психиатрической госпитализации в США, то, на мой взгляд, начавшееся в конце 1960-х гг. движение в направлении первой (тяжелое психическое заболевание + опасность) из указанных в начале статьи двух крайних точек, к настоящему времени прекратилось, и если аналогия с маятником верна, в скором будущем можно ожидать начала движения в обратном направлении, к другой крайней точке (психическое расстройство + необходимость лечения). Как долго продлится такое движение, и каковы будут его результаты, сейчас вряд ли кто-то возьмется предсказать.

Признательность

Я чрезвычайно признателен Dr. Richard Ratner — клиническому профессору психиатрии и поведенческих наук в медицинской школе университета Джорджа Вашингтона и адъюнкт профессору в национальном центре права Джорджтаунского университета, Вашингтон, округ Колумбия, США и Dr. Roger Peele — главному психиатру департамента здравоохранения и социального обеспечения графства Монтгомери, штат Мериленд, США и клиническому профессору психиатрии в университете Джорджа Вашингтона, Вашингтон, округ Колумбия, США за их ценные консультации, которыми я неоднократно пользовался в процессе написания данной статьи.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Reisner R., Slobogin C., Rai A.* Law and the Mental Health System. 3rd ed. Wes Group. St. P. Minn. 1999, at 637.
2. The American Tradition in Literature. Edited by Scully Bradley, Richmond Croom Beatty, E. Hudson Long. W. W. Norton & Company Inc. New York, 1962, at 84.
3. *Reisner R. Slobogin C., Rai A.* Law and the Mental Health... at 638.
4. *Ibid.*, at 639.
5. *Ibid.*
6. *Ibid.*, at 640.
7. *Brooks A.* Defining the Dangerousness of the Mentally Ill: Involuntary Civil Commitment. In *Mentally Abnormal Offenders*, Edited by Michael & Ann Craft, Bailliere Tindal, London Philadelphia Toronto...1984, at 285.
8. *Lessard v. Schmidt.* 349 F. Supp. 1078 (E. D. Wis. 1972).
9. *Ibid.*
10. *Ibid.*
11. *Ibid.*
12. *Ibid.*
13. *Ibid.*
14. *Ibid.*
15. *Treffert D.* Dying with their rights on. 130 Am. J. Psychiatr. 1041 (1973).

16. *State Ex. Rel. Hawks v. Lazaro.* Supreme Court of West Virginia, 1974. 157 W. Va. 417, 202 S. E. 2d 109.
17. *Ibid.*
18. *Ibid.*
19. *Ibid.*
20. *O'Connor v. Donaldson.* Supreme Court of the United States. 422 U.S. 563, 95 S. Ct. 2486, 45 L. Ed. 2d 396. (1975)
21. *Ibid.*
22. *Ibid.*
23. *Ibid.*
24. *Addington v. Texas.* Supreme Court of the United States.. 441 U.S. 418, 99 S. Ct. 1804, 60 L. ED. 2d 323. (1979)
25. Merriam-Webster's Dictionary of Law: Merriam-Webster Incorporated. Springfield, Massachusetts, 1996, at 467.
26. *Addington V. Texas...*
27. Merriam-Webster's Dictionary of Law... at 407.
28. *Simon R.* Concise Guide to Psychiatry and Law for Clinicians, 3rd ed. American Psychiatric Publishing Inc. Washington, DC, London, England, 2001, at 253.
29. *Ibid.*, at 256.
30. *Ibid.*, at 254.
31. *Reisner R. Slobogin C., Rai A.* Law and the Mental Health... at 418.
32. *Ibid.*, at 448 – 9.
33. *Slobogin C.* Dangerousness and Expertise, 133 U.Pa. L. Rev. 97, 1984, 110 – 114.
34. *Reisner R. Slobogin C., Rai A.* Law and the Mental Health... at 454.
35. *Ibid.*
36. *Ibid.*
37. *Ibid.* at 455.
38. *Brooks A.* Defining the Dangerousness of the Mentally Ill: Involuntary Civil Commitment. In *Mentally Abnormal Offenders*, Edited by Michael & Ann Craft, Bailliere Tindal, London Philadelphia Toronto... 1984, at 287.
39. *Ibid.*, at 289.
40. *Ibid.*, at 294.
41. *Ibid.*
42. *Ibid.*, at 295.
43. *Ibid.*
44. *Ibid.*
45. *Reisner R. Slobogin C., Rai A.* Law and the Mental Health ... at 672.
46. *Ibid.*
47. *Brooks A.* Defining the Dangerousness of the Mentally Ill... at 299.
48. *Ibid.*
49. *Ibid.*, at 300.
50. *Ibid.*
51. *Ibid.*
52. *Reisner R. Slobogin C., Rai A.* Law and the Mental Health... at 673.
53. *Zonana H.* Civil Commitment of Sex Offenders. AAPL Newsletter, January 2006, Vol 31, #1, at 5.
54. *Brooks A.* Defining the Dangerousness of the Mentally Ill... at 301, примечание 3.
55. *Ibid.*, at 302.
56. *Ibid.*
57. *Humphrey v. Cady.* 405 U.S. 504, 509 (1972).
58. *Brooks A.* Defining the Dangerousness of the Mentally Ill... at 304.
59. *Ibid.*
60. *Reisner R. Slobogin C., Rai A.* Law and the Mental Health... at 714 – 715.
61. *Maloy K.* Does Involuntary Outpatient Commitment Work? In *Mental Health and Law: Research, Polici and Services.* Bruce Sales and Salee Shah eds. 1996,41,42.
62. Цит. по *Kansas v. Hendricks*, Supreme Court of the United States, 1997. 521 U.S. 346, 117 S. Ct. 2072, 138 L. Ed. 2d 501.
63. *Ibid.*
64. *Ibid.*
65. *Zonana H:* Civil Commitment of Sex Offenders. AAPL Newsletter, January 2006, Vol 31, #1, at 5.
66. *Ibid.*, at 7.

ИЗ ДОСЬЕ ЭКСПЕРТА

Уклонение экспертов от ответов

В течение последних нескольких лет резкоросло и продолжает нарастать число судебно-психиатрических и комплексных судебных психолого-психиатрических экспертиз, в которых психиатры и психологи прибегают к формуле “решить вопрос ... не представляется возможным”.

Психиатры, ссылаются на недостаточность сведений и противоречивость свидетельских показаний, психологи — на то, что якобы все перекрывается психиатрическими выводами. Эти, выглядящие на первый взгляд добросовестными и научно корректными

доводы, на деле сплошь и рядом представляют ровно обратное: уклонение от значительно больших усилий по анализу, обсуждению и обоснованию имеющихся данных, то есть фактически уклонение от своих профессиональных обязанностей.

Мы приводим только одно из многочисленных прошедших через нас дел, среди которых много из Государственного центра им. В. П. Сербского — учреждения, которое, как научный и методический центр, должно было бы служить примером противоположного отношения к делу.

РАЗЪЯСНЕНИЯ СПЕЦИАЛИСТА-ПСИХИАТРА относительно заключения комиссий экспертов по поводу посмертной судебно-психиатрической экспертизы на Целуйко Татьяну Александровну, 1934 г.рожд.

Настоящие разъяснения даны 5 марта 2007 г. мною,

САВЕНКО Юрием Сергеевичем, психиатром высшей квалификационной категории с 45-летним врачебным и 32-летним экспертным стажем, ст.н.с., к.м.н., врачом-специалистом ГКБ № 50, президентом общероссийской общественной организации “Независимая психиатрическая ассоциация России”, координатором рабочей группы Экспертного совета при Уполномоченном по правам человека в Российской Федерации,

по запросу адвоката Гончаровой Иды Мануиловны на основании представленных ею ксерокопий:

- заключения комиссии экспертов № 1236-3 посмертной судебно-психиатрической экспертизы на Целуйко Татьяну Александровну, проведенной 07 декабря 2006 г. в ПКБ № 1 им. Н. А. Алексеева;

- медицинской карты 9381/05 стационарного больного Целуйко Т. А. от 22.04. по 14.07.2005 г.;

- протокола судебного заседания по делу № 2-912/2006 от 24.03.2006 г.;

- разъяснения специалиста Спиридоновой Н. В. от 09.02.2006 г.;

для ответа на вопрос: являются ли научно обоснованными ответы комиссии экспертов посмертной комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы на Целуйко Т. А.?

Заключение экспертов написано на семи страницах, из которых две страницы занимают данные об эк-

спертах и перечень вопросов к ним, четыре с половиной страницы — изложение фактической части и пол-страницы — на обоснование ответа на один вопрос и уклонение от ответа на два других вопроса.

Согласно определению суда по делу была назначена посмертная комплексная психолого-психиатрическая экспертиза. В грубом противоречии с этим была проведена не комплексная психолого-психиатрическая, а психиатрическая экспертиза, так как эксперт-психолог Скорописова В. А. сочла возможным отказаться от профессионального анализа представленных данных под совершенно надуманным предлогом, что — якобы “вопросов, относящихся к компетенции психолога, в определении от 24 марта 2006 г. Зюзинского районного суда г. Москвы по гражданскому делу по иску Снагиной Н. Г. не имеется”.

Однако хорошо известно, что развернутая формула невменяемости, а именно — способность отдавать отчет в своих действиях и руководить ими, имеет три разных значения и, таким образом, три разных прочтения: юридическое, психологическое и психиатрическое. Это три самостоятельных взаимодополняющих аспекта рассмотрения. Юрист анализирует, выводимо ли поведение и поступки подэкспертного из целей, которые он преследовал или из ценностей, которым привержен. Психолог анализирует, выводимо ли поведение из характера и личности подэкспертного в той конкретной жизненной ситуации, в которой он оказался. Психиатр, опираясь на свои профессио-

нальные познания и собственный опыт, анализирует выводимость поведения подэкспертного из динамики состояния сознания и способности к целенаправленным действиям при конкретном психическом расстройстве у конкретного больного. И только суд, объединив ответы в этих трех аспектах, вправе использовать понятие “вменяемости — невменяемости” и “дееспособности — недееспособности”.

Профессиональный долг эксперта-психолога отвечать на все вопросы суда в своем профессиональном аспекте и совсем не обязательно ждать для себя особых вопросов.

Уклонение эксперта-психолога от ответа не могло не повлиять и на экспертов-психиатров, хотя с тем же правом можно сказать, что поведение психолога связано с общим формально-констатирующим, отписочным духом всего экспертного заключения, в котором целиком отсутствуют анализ и обсуждение данных констатирующей части. Недостаток сведений эксперты используют в качестве предлога уклониться от анализа данных, вместо того, чтобы взяться за действительно намного больший труд аналитического обсуждения альтернативных вариантов.

Тем самым эксперты-психиатры грубо нарушили Инструкцию Минздрава России от 12 августа 2003 г. “Заключение СПЭ”, которой предписывается вслед за констатирующей частью *систематизация, квалификация, анализ, обсуждение* и обоснование своих ответов. Мы видим, что эксперты дают обоснование своих ответов сразу вслед за констатирующей частью, игнорируя все предписываемые Инструкцией необходимые звенья.

Эксперты целиком игнорируют разъяснения по истории болезни Спиридоновой Н. В., врача-психиатра с 27 летним стажем работы, руководителя общественной приемной и члена комиссии специалистов Независимой психиатрической ассоциации России, члена Экспертного совета при Уполномоченном по правам человека в Российской Федерации, которые суд распорядился приобщить к материалам дела и которые предоставляли экспертам возможность содержательного обсуждения своих выводов, вместо уклонения от этой более трудной работы.

Проанализируем, что в их собственном изложении материалов дела могло бы дать возможность ответить на заданные судом вопросы.

В апреле 2004 г. подэкспертной, Целуйко Т. А., была произведена ампутация правой нижней конечности на уровне верхней трети голени, а в дальнейшем определена первая группа инвалидности. Спустя год она была стационарирована в ГКБ № 23 с гангреной культи, которая начала развиваться за три месяца до поступления, а почернение культи — за месяц до него. 21.04.2005 произведена повторная ампутация на уровне верхней трети бедра. После операции состояние оставалось крайне тяжелым. Тем не менее, была сразу же на следующий день, 22.04.2005, переведена в

ГКБ № 64 с диагнозом: “*Цирроз печени, портальная гипертензия, асцит, печеночно-клеточная недостаточность, холестаза, желтуха, трансформация в рак? Пролежни, очаговая двухсторонняя пневмония, интоксикация, кахексия, отек легких, отек головного мозга. Ишемическая болезнь сердца, атеросклеротический кардиосклероз, атеросклероз аорты, облитерирующий атеросклероз сосудов нижней конечности, ампутация нижней конечности на уровне верхней трети бедра, хронический бронхит, эмфизема, диффузный пневмосклероз, энцефалопатия, церебральный атеросклероз*”. 05.05.2005 переведена из хирургического в терапевтическое отделение той же больницы с диагнозом “*Состояние после ампутации нижней конечности от 21.04.05. Облитерирующий атеросклероз сосудов левой ноги. Анемия. Алиментарная дистрофия. Энцефалопатия смешанного генеза. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, ремиссия*”. 06.05.05. осмотрена профессором Огурцовым П. П., который отметил, что “*обращает на себя внимание выраженная энцефалопатия, снижение памяти*”. 13.05.05. выявлены пролежни 2–3 степени спины и в области крестца. 16.05.05. впервые выявлен диабет. Тем не менее, несмотря на очень тяжелое состояние все это время отмечалось, что подэкспертная в сознании и адекватна. 30.05.05. отмечено даже бодрое настроение и установка на выписку. Но 03.06.05. ночью впадала в состояние психомоторного возбуждения. 08.06.2005 выставляется диагноз: “*Цирроз печени смешанной этиологии класс С по Чайлд-Пью. Печеночно-клеточная недостаточность. Энцефалопатия. Кахексия. Хроническая железодефицитная анемия. Облитерирующий атеросклероз нижних конечностей. Состояние после ампутации правой нижней конечности на уровне верхней трети бедра от 21.04.05 г. ХОБЛ. Хронический бронхит курильщика, ремиссия. ИБС. Стенокардия напряжения III ФК. Пролежни 2–3 ст. спины и области крестца. Интоксикация. Инфекция мочевыводящих путей*”. А с **10.06.05. уже постоянно отмечается тяжелое состояние с затруднением контакта.** “*Контакт затруднен вследствие интеллектуально-мнестических нарушений, она вялая, заторможенная, гиподинамичная, жалоб активно не предъявляет. 14.06.05. отмечалось, что состояние Целуйко Т. А. тяжелое, контакт затруднен, она заторможена, вяло реагирует на осмотр, в постели гиподинамична, жалоб активно не предъявляет по тяжести состояния, полностью зависима при осуществлении личной гигиены, физиологических отправлениях, нуждается в кормлении...* 17.06.05. было составлено завещание..., которое было подписано Гулимовым В. В., 20, 23, 27.06.05. отмечалось, что состояние ее тяжелое, контакт затруднен, она заторможена, вяло реагирует на осмотр, гиподинамична, жалоб не предъявляет по тяжести состояния”. 14.07.05. подэкспертная умерла в состоянии заторможенности и гиподинамии. “По

показаниям Гулимова В. Б., он приходил к Целуйко Т. А. в больницу, она “была в нормальном состоянии”, он спросил ее “почему она сама не подписывает, на что она ответила, что очень больна”, “Целуйко Т. А. попросила: “Подпиши, я не могу, я больна”, “она все понимала, она была нормальным человеком, только старческая вялость”.

Эксперт-психолог должна была бы проанализировать резкое расхождение записей в истории болезни и показаниях Гулимова В. Б., какое отношение он имеет к подэкспертной, почему именно ему была доверена подпись и т.д., а эксперты-психиатры должны были бы объяснить, почему подэкспертная не смогла подписаться, ведь у нее не было ни сосудистого, ни органического, ни истерического паралича, ни ампутации правой верхней конечности, не было и ее пареза. Та степень астении, при которой невозможно вложить перо в руку для любой, самой корявой, но собственноручной подписи, — что обычно всегда предпочитается в таких случаях, — как правило, связана с общим состоянием психики, а не слабостью в одной руке, прежде всего заторможенным состоянием как моторики, так и внутреннего ассоциативного темпа (что обозначается как “психомоторная заторможенность”), сомнолентным состоянием сознания, т.е. дремотным, сонливым до такой степени, что никакие целенаправленные действия оказываются невозможными.

Свидетельства Гулимова В. Б. и Никифорова Б. В., что подэкспертная “хорошо говорила” и “все понимала” находятся в резком противоречии с общим контекстом совокупных сведений о состоянии подэкспертной и с показаниями свидетельницы Яшаровой Т. В., наиболее полными и информативными, которые эксперты почему-то цитируют крайне неполно. Между тем из них делается ясным, что подпись за подэкспертную Гулимовым В. Б. была сделана в связи с невозможностью разыскать паспорт подэкспертной с образцом ее собственной подписи. Эксперты устранились от анализа показаний свидетелей, сославшись на их противоречивость, тогда как и психолог, и психиатры могли бы извлечь из такого анализа важную информацию.

В истории болезни отсутствует всякое упоминание о составлении завещания, нет никаких данных и относительно участия лечащего врача или заведующего отделением в этой процедуре. Более того, после дневника за 16.06.05. сразу следует дневник за 20.06.05. В записях в истории болезни от 14.06. и 20.06.05., то есть обрамляющих день составления завещания, отмечается, что “контакт затруднен, пациентка заторможена, вяло реагирует на осмотр, гиподинамична. Жалоб не предъявляет по тяжести состояния”.

Наконец, эксперты ставят подэкспертной собственный диагноз: “органическое расстройство личности”, полностью игнорируя неоднократно выставившийся

диагноз “энцефалопатии”, даже “выраженной энцефалопатии” (проф. Огурцовым П. П.), полностью игнорируют даже самое существенное в состоянии подэкспертной — тяжелую гангренозную интоксикацию, определившую причину смерти, и основной патологоанатомический диагноз: мелкоузловой цирроз печени (смешанной этиологии), а также нарастающую гипоксию, вследствие застойных явлений в легких с ухудшением состояния, зафиксированные 16.06.2005, то есть за день до составления завещания, не говоря уже о дюжине других тяжелых диагнозов. Психическое состояние подэкспертной определялось прежде всего этой интоксикацией и тотальным атеросклерозом всех сосудов от нижних конечностей до головного мозга.

“Органическое расстройство личности” (F07.0 по МКБ-10) представляет “значительное снижение способности справляться с целенаправленной деятельностью”, неспособность предвидеть последствия своих поступков и нарушения аффективно-мотивационной сферы, в частности апатию, но этот диагноз никогда не ставится, когда речь идет о нарастающей и явно терминальной интоксикации, ставится диагноз “энцефалопатии”, который перекрывает его за счет наличия еще более массивного мнестико-интеллектуального снижения.

“Энцефалопатия” обозначает стойкие и необратимые психические нарушения, возникшие вследствие органического заболевания головного мозга, которое характеризуется необратимыми изменениями личности с появлением психической беспомощности, снижением и нарушением памяти, внимания, ослаблением понимания, ухудшениемсообразительности, ослаблением воли, аффективной лабильностью, нарушением способности к адаптации.

Таким образом, заключение комиссии экспертов №1236 – 3 представляет пример крайне небрежного и чисто формального отношения к порученной им Судом экспертизе.

Эксперты-психиатры

- проигнорировали инструкцию Минздрава от 12.08.2003 о правилах написания “Заключения СПЭ”, опустив в своем заключении целые разделы, предписываемые этой Инструкцией, — систематизацию, анализ и обсуждение данных,

- проигнорировали неоднократно выставившийся в истории болезни диагноз “энцефалопатии”,

- проигнорировали основной фактор, определивший как психическое состояние Целуйко Т. А., так и ее основной патологоанатомический диагноз и причину смерти — тяжелую гангренозную интоксикацию, которая на фоне тяжелого тотального сосудистого атеросклероза привела после 10.06.2005, то есть за неделю до составления завещания, к “постоянно тяжелому состоянию с затруднением контакта”,

- проигнорировали разъяснения по истории болезни психиатра Спиридоновой Н. В., которые суд приобщил к делу, которые убедительно аргументируют, что Целуйко Т. А. на момент составления завещания 17.06.2005 г. не могла понимать значения своих действий и руководить ими,

- а эксперт-психолог вообще уклонилась от своих профессиональных обязанностей под — как мы обосновали — надуманным предлогом, проигнорировав, в частности, внезапную смерть сына подэкспертной за 10 дней до оформления завещания. В результате, постановление Суда о

проведении посмертной комплексной психолого-психиатрической экспертизы было грубо нарушено: проведенная экспертиза не может называться комплексной, а предложенные ею ответы на вопросы не могут считаться научно обоснованными, имеющими доказательную силу. Рекомендуются проведение повторной посмертной комплексной психолого-психиатрической экспертизы в другом экспертном учреждении.

Ю. С. Савенко

Новая тактика судов по уничтожению состязательности профессионалов

Прослеживаются этапы явно одинаковой повсеместной тактики уничтожения состязательности профессионалов в суде по гражданским и даже уголовным делам: не допускать психиатров со стороны в качестве экспертов вообще; допускать только в качестве специалистов и, наконец, допускать только в качестве свидетелей, чтобы не приобщать к делу письменное заключение, а удовлетвориться краткой и обычно маловразумительной, нередко малограмотной записью секретаря. Недавно мы столкнулись в Москве со случаем, где секретарь вообще не записывала многие вопросы и ответы.

Согласно ч. 4 ст. 271 УПК РФ, “суд не вправе отказать в удовлетворении ходатайства о допросе в судебном заседании лица в качестве свидетеля или специалиста, явившегося в суд по инициативе сторон”. Какой смысл в свидетеле, который не видел подэкспертного? Как понятие “свидетель” относится к профессионалу, которого адвокат приводит в зал суда, для разъяснений специальных терминов в акте экспертизы и медицинской документации? Однако суды начинают предпочитать эту нелепость оформлению профессионала специалистом.

Тем не менее, судья Пятигорского городского суда Маслов А. Г. (13.12.2006) (НПЖ, 2006, 4, 80 – 84) пошел даже на нечто, лежащее вне права: он первоначально отказывался исполнить процитированную выше часть 4 ст. 271 УПК. Наконец в приведенном выше

примере федеральный судья Зюзинского райсуда г. Москвы Белоусова И. М. отказалась оформить доктора Савенко специалистом и приобщить к делу данные им письменные разъяснения. Причины этого лежали не в сложности или непонятности для нее сути дела: она с пониманием выслушала разъяснения и адекватно реагировала на растерянную реакцию приглашенного противоположной стороной специалиста, тоже оформленного ею свидетелем. Им неожиданно оказался неопытный, впервые выступающий в суде коллега, который своими ответами невольно подчеркнул несостоятельность обсуждаемой СПЭ: “органическое расстройство личности, согласно его разъяснению, есть у всех в пожилом возрасте и это “нормально”, энцефалопатия с рождения в качестве “минимальной мозговой дисфункции — тоже, но потом “рассасывается”, “расстройство — это не заболевание”, и т.д. и т.п. Но все это опять-таки не сыграло никакой роли.

Можно порекомендовать врачам специалистам, не оформляемым судом надлежащим образом, медленно и четко диктовать секретарю свои профессиональные разъяснения, предлагая такому суду приобщить к делу, по крайней мере, письменные “разъяснения свидетеля” и иметь при себе оба варианта — “разъяснение специалиста” и “разъяснение свидетеля”, оспаривая в дальнейшем снижение своего законного статуса как судебный произвол.

Апология В. В. Розанова — тревожное общественное явление

Публикация в предыдущем выпуске НПЖ статьи о В. В. Розанове вызвала живую реакцию своим контрастом к современному сплошь апологетическому тону откликов о нем, представляющим **тревожное общественное явление**. Это отражает отрывок из приводимого ниже репортажа проф. А. В. Водолагина, в котором мы выделили места, резко контрастирующие с нашей публикацией.

«29 – 31 мая 2006 г. в Российской академии наук при участии МГУ им. М. В. Ломоносова, Российского государственного социального университета, Российского фонда культуры, Костромского государственного университета имени Н. А. Некрасова состоялась международная конференция, посвященная 150-летию Василия Васильевича Розанова. В ее работе приняли участие более ста российских специалистов по творчеству писателя, а также — исследователи из Германии, Италии, Китая, США и Польши. Среди выступивших на конференции — академики РАН Ю. С. Пивоваров (ИНИОН), А. Б. Куделин (Институт мировой литературы им. А. М. Горького), А. А. Гусейнов (Институт философии РАН). Известный биограф Розанова А. Н. Николокин обратил внимание на то, что “изучение Розанова — дело соборное”. Объединение усилий философов, историков, литературоведов и политологов позволило охватить все наиболее актуальные аспекты духовного наследия выдающегося русского писателя. Подготовлена к изданию Розановская энциклопедия (более 100 авторов).

*Как объяснить столь необычное внимание гуманитариев к творчеству мыслителя-одиночки, не создавшего своей школы, явно не вписавшегося в ту или иную философскую традицию? Может быть, дело в том, что Розанов до сих пор являет собой поразительный пример **бесстрашия в области мысли**, захваченности **страстным исканием истины** без оглядки на какие-либо авторитеты? Подобно Фридриху Ницше, он все еще остается опасным мыслителем современности, вынуждающим нас расставаться с жизненно необходимыми иллюзиями и предубеждениями. Когда-то власти (и светские, и духовные) болезненно реагировали на явление Розанова. Теперь они не замечают его, предпочитая хоронить “своих мертвецов”. Розанов — **вне идеологий**. Этим и интересен для интеллектуалов.*

Защищая национальную идентичность России, Розанов, по наблюдениям Л. В. Скворцова и В. А. Фатее-

*ва, обнаруживал **кажущуюся противоречивость взглядов**, то поддерживая крайнее славянофильство, то вставая на сторону врагов славянофильства. Это — **не проявление беспринципности**, а писательский прием, способ постановки проблемы. По мнению Йоахима Деца (Польша), Розанов как политический мыслитель все же был консерватором славянофильского типа.*

*Райнер Грюбель (ФРГ) привлек внимание участников конференции к культурософской схеме Розанова, согласно которой борющиеся в мировой истории **экстравертная культура арийцев и интровертная культура семитов** должны соединиться в синтетической культуре русского народа. Ей и будет принадлежать будущее...*

*Конференция стала значительным событием в интеллектуальной жизни современной России, свидетельствующем о **философском пробуждении общества, уставшего от либерального пустозвонства последних двадцати лет, знаком духовного обновления** через “возвращение к брошенному наследию”.*

Мы видим, что Розанов, в самом деле, оказался самым востребованным современной российской действительностью и как публицист, и как тип личности, и как тип позиции к власти, и, таким образом, как индикатор происходящего в “интеллигентском” сознании **мировоззренческого сдвига** типа оносороживания буквально по Э. Ионеско.

Например, автор апологетической статьи о Розанове в “Новой философской энциклопедии” (т. 3, 2001, 461 – 462), излагая вместо философских идей биографические подробности, характерным образом аффективно оговаривается: **“попытка исключить Розанова из религиозно-философского общества, предпринятая по инициативе Д. Мережковского и З. Гиппиус¹ в 1914 г. из-за его позиции по отношению к делу Бейлиса (поддерживал в печати версию о ритуальном убийстве) **окончилась провалом**...** он сам разорвал отношения”. Таково восприятие автора, таково его пристрастность и так запечатлен Розанов в наиболее авторитетном российском издании.

Канонизация Розанова нашей современной философией контрастирует с наиболее взвешенной “Историей русской философии” Бориса Яковенко (1938 г.,

¹ Эти его гонители тотчас сделали все от них зависящее, чтобы его выручить, когда узнали о его бедственном положении после революции.

на чешском, 2003 г. — на русском). Розанов — “последний отзвук славянофильства прошлого века”, его “наиболее политически отсталый и самый реакционный толкователь”. У Розанова “достоевщина человека из подполья” начала говорить устами и пером публициста и псевдофилософа. Действительно, лишь новый экземпляр этой разновидности человека способен был в соответствии с духом времени создать такие перлы социального и нравственного обскурантизма, как утверждение, что расстрел рабочих 9 января 1905 года был расплатой за убийство царя 1 марта 1881 года, что не Магнитский, Рунич, Аракчеев или Победоносцев, а Чернышевский и Писарев являлись истинными душителями русского духа и русского просвещения...”

Издательски-злая статья Л. Троцкого (“Вне-октябрьская литература”, 1922), спустя две недели после указа о высылке наиболее активных представителей контрреволюционной интеллигенции (“философский пароход”), за вычетом тут же решительно оспоренного Н. Н. Пуниным чисто политического вульгарно потребительского взгляда на литературу и искусство (“Революция без литературы”), в отношении Розанова обнаруживает значительную осведомленность и тонкое понимание его готовности служить любой власти. Собственно в этом последнем особой проницательности не требовалось, но эта тема “отношения с властью”, “служения власти” снова востребована. “Если бы Розанов приблизился к революции во время гонений на нее, чтобы затем отшатнуться от нее во время победы. Но вот чего уж с Розановым не бывало и быть не могло. Ходынскую катастрофу, как очистительную жертву, он воспевал в эпоху торжествующей победоносцевщины. Учредительное Собрание и террор, все самое что ни на есть революционное, он принял в октябрьский период 1905 года, когда молодая революция, казалось, уложила правящих на обе лопатки. После 3-го июня (1907) он пел третьиестюльцев. В эпоху бейлисиады доказывал употребление евреями христианской крови. Незадолго до смерти писал со свойственным ему юродским кривлянием о евреях, как о “первой нации в мире”, что, конечно, немногим лучше бейлисиады, хоть и с другой стороны. Самое доподлинное в Розанове: перед силой всю жизнь червем вился. Червеобразный человек и писатель: извивающийся, скользкий, липкий, укорачивается и растягивается по мере нужды — и как червь, противен. Православную церковь Розанов бесцеремонно — ра-

зумеемся, в своем кругу, — называл навозной кучей. Но обрядности держался (из трусости и на всякий случай), а помирать пришлось, пять раз причащался тоже... на всякий случай. Он и с небом своим двурушничал, как с издателем и читателем... Глумясь на учителями и пророками, сам он неизменно учительствовал: главное в жизни — мягонькое, тепленькое, жирненькое, сладенькое. Интеллигенция в последние десятилетия быстро обуржуазивалась и очень тяготела к мягонькому и сладенькому, но в то же время стеснялась Розанова, как подрастающий буржуазный отпрыск стесняется разнузданной кокотки, которая свою науку преподает публично”... (“Минувшее”, 8, М. 1992, 347 – 348). — Теперь не стесняется.

Наивно пытаться переинтерпретировать примеры, которые приводят в отношении Розанова Б. Яковенко и Л. Троцкий, также как и примеры П. Струве. Но там, где речь идет о пластике русской речи, о самой стихии языка, а не политических, религиозных и метафизических рассуждениях наиболее авторитетно мнение Осипа Манделштама. Манделштам противопоставляет язык Андрея Белого, который “нещадно и бесцеремонно гоняет слово, сообразуясь исключительно с темпераментом своего спекулятивного мышления” (“болезненное и отрицательное явление в жизни русского языка”) языку Василия Розанова, как языку номиналистическому, то есть чуждому чистой условности означивания, а максимально связанного с самой материей языка. “Анархическое отношение ко всему решительно, полная неразбериха, все ни по чем”, кроме “власти слова”, “филологии”. “Розанов всю жизнь шарил в мягкой пустоте, стараясь нащупать, где же стены русской культуры...” (“О природе слова”, 1922 // Манделштам. Слово и культура. М., 1987, 55 – 67). Точкой опоры у Розанова был его язык, который и прославил его вне каких-либо споров. Но это не отменяет смердяковщины, которую теперь, после апологии Розанова, удобнее называться розановщиной.

“Розанов” как медицинский градусник давно показывает критическую температуру, но ситуация зашла так далеко, что сама температура воспринимается принципиально иначе. Ситуация такова, что не вызовет удивления, если вместо запланированного перед Институтом философии РАН памятника Владимиру Соловьеву появится памятник Василию Розанову.

Ю. С. Савенко

ОТКРЫТАЯ ТРИБУНА

Автор публикуемой ниже работы, Вадим Петрович Руднев — не психиатр, не психотерапевт, а хорошо известный у нас и на Западе доктор филологических наук, философ, семиотик, ученик Юрий Михайловича Лотмана (1922 – 1993). Руднев по-своему, исходя из своего склада мысли, души и изумляющего богатства знаний, изучает, в том числе, психиатрию и психотерапию. Замечательно, что сегодня и в нашей стране психиатрию, психотерапию изучает, публикуя свое творчество, одаренный исследователь из других областей культуры. Это, зачастую, открывает нам связи, суждения, вопросы, переживания, многие из которых вряд ли пришли бы в наши психиатрические души — без этого исследователя, обогащенного сверхсвободой разнообразного ума.

Не так давно на одной из международных конференций в Москве, посвященной этой теме, своими ушами услышал в выступлении французского ученого: “У нас есть Мишель Фуко, а у вас Вадим Руднев”.

М. Е. Бурно

Обсессия и психоз

(Навязчивое повторение в клинике и в культуре)

Вадим Руднев

Факт наличия обсессии при психозах общеизвестен и достаточно хорошо изучен. В главе “Бред” книги [Руднев 2005] нами была предпринята попытка прояснения роли обсессии в психотическом бреде. В двух словах можно сказать, что эта роль заключается в цементировании, закреплении бреда навязчивым повторением, которое из невротической компульсии (обсессии) превращается в персеверацию (вербигерацию) (см. об этом также наши соображения в первой главе указанной выше книги). В настоящем исследовании предпринимается попытка обоснования преобладающей роли обсессии во всем, что можно назвать психотическим и околопсихотическим, в частности, в психотической культуре. В этом плане настоящая работа примыкает к исследованию “Педантизм и магия” [Руднев 2006] и черпает из него теоретические методологические установки.

1. О том, как Человек-Волк “остался с носом”

Мы начнем с разбора навязчивого состояния, переросшего в психоз, у фрейдовского Человека-Волка, но вначале обратимся не к самой статье Фрейда “Из истории одного детского невроза”, а к дополнительной статье г-жи Рут Мак Брюнсвик, которая анализировала Сергея Панкеева уже после Фрейда и после выхода означенной статьи в Австрии в начале 1920-х годов. Напомним в двух словах эту историю. Выздоровевший после четырехлетнего анализа у Фрейда, потерявший свои богатства из-за русской революции 1917 года, Человек-Волк обращается к Рут Мак Брюнсвик в связи со следующей проблемой. У него на

носу все время появляется прыщ, который он никак не может вылечить. Он все время навязчиво достает карманное зеркальце и рассматривает свой нос. Навязчивость перерастает в паранойю. Пациенту кажется, что весь мир его перевернулся из-за того, что на носу его вскочил прыщ.

В полном отчаянии пациент спросил: неужели против его болезни нет никаких средств, и он осужден провести всю оставшуюся жизнь с этой штукой на носу. Доктор посмотрел на него безразлично и повторил еще раз, что ничего сделать нельзя. Как утверждал пациент, тут ему показалось, что весь мир перевернулся. Это означало крах его жизни, конец всего; с таким увечьем нельзя было жить дальше [Мак Брюнсвик 1996: 248].

Здесь мы видим, как навязчивость перерастает в ипохондрический бред, принимающий хоть и моносимптоматический (кроме проблемы носа в остальном он был психически здоров, пишет г-жа Мак Брюнсвик), но, тем не менее, мегаломанический характер (он отождествляет свои страдания с муками Христа), что роднит его случай со случаем Шребера, о чем также упоминает г-жа Мак Брюнсвик). Здесь возникает много связей, которых мы не в силах ухватить все сразу: навязчивость и ипохондрия; навязчивость и нарциссизм (глядение в зеркальце, сверхценное приращение значения своей внешности); навязчивость и комплекс кастрации (отождествление носа с penisом (ср. также [Ермаков 1999] о “Носе” Гоголя) и врача с отцом дало в результате кастрационную проблематику); навязчивость и садизм (дело в том что, по-

добно Шреберу, у которого врагом номер один был его лечащий врач доктор Флешиг [Freud 1981a], Панкеев обвинял лечащего врача в том, что тот специально изуродовал ему нос и намеревался убить этого доктора); навязчивость и паранойя — где кончается невроз и начинается паранойяльный бред? Все эти вопросы мы постараемся распутать в дальнейшем. Сейчас же обратим внимание на самое главное для нас: ничтожность повода — прыщ, а затем шрамик на носу, с одной стороны, и катастрофичность восприятия этого факта — “весь мир перевернулся”, — с другой. Здесь мы возвращаемся к проблематике своей работы “Педантизм и магия”, где, в частности говорится о несоответствии причины и следствия при obsессии:

Чертой магии является непропорциональное взаимоотношение причины и следствия; малое усилие — движение руки, произнесения проклятия — дает непредвиденный эффект [Кемпинский 1998: 156].

Итак, чудо и магия. Человек прокалывает в строго определенном месте фигурку из воска гвоздем (таких примеров примитивной магии (= навязчивого ритуала) сколько угодно, например, в той же “Золотой ветви” [Фрэзер 1985]) — и совсем в другом пространстве, далеко от этого человек умирает. Недаром эта магия называется гомеопатической: она маленькая, точечная, но за то какая точная и какая эффективная! [Руднев 2006].

Чудо, магия, ритуал, мифология — все это стоит очень близко к подлинному большому психозу — к шизофрении, например. Я помню, как мой покойный друг-психотик в бреду говорил мне: “Всех людей я убью, но ты, который сделал мне *это*, умрешь страшной смертью”. А дело, по-видимому, шло всего лишь о какой-то сказанной невинной фразе, в бредовом ключе искаженно понятой. Человек-Волк, по словам г-жи Мак Брюнsvик, утверждал следующее:

Он желал убить профессора, желал тому смерти тысячу раз и даже обдумывал способы нанесения увечий X. в отместку за свои. Но такому увечью, которое нанесено ему (маленький шрамик на носу. — В. Р.), заявлял он, равносильна только смерть [Мак Брюнsvик 1996: 257].

Такое делание из мухи слона, по-видимому, характерно в принципе для бредообразования — паранойяльного, как у Панкеева, и параноидного, как в случае с моим другом.

Но нас в данной связи интересует основополагающая роль obsессивного аспекта при психозе. В чем же она состоит?

Начнем еще раз сначала. Когда Человек-Волк второй раз заболел, он стал повторять слова, которые он повторял всегда всю жизнь в экстремальных стрессовых ситуациях, в частности, “когда в детстве пачкал свои штанишки”. Эта фраза — “Я не могу дальше так жить” [Там же: 241]. Так выявляется связь навязчивого повторения с анальной темой (пачканье штанишек). Далее упоминается сначала о навязчивых запо-

рах, которые начались у Панкеева, когда он стал навязчиво носиться со своим носом, а потом наоборот понос. Все это связано с проблемой денег, которая имеет анальные истоки. Дело в том, что до революции Панкеев был очень богат и щедро оплачивал Фрейду свой анализ; после революции он потерял все свои деньги и стал получать от Фрейда пособие, которое тот собирал для своего любимого пациента, столько много послужившего развитию теории психоанализа. При этом Панкеев утаивал от Фрейда бриллианты, которые ему удалось вывезти из России, то есть начал мошенничать и жадничать. Запор и жадность — эквиваленты [Фенихель 2004]. Г-жа Мак Брюнsvик утверждает, что Панкеев был склонен приписывать деньгам очень большую значимость и власть. Повторение ритуала отдавания/неотдавания денег (запора/поноса) — вот начало психотической экстазациии. Отсюда тянется нить к теме кастрации. Если он не отдаст деньги своему отцу, который на самом-то деле и был богат — а отца он отождествлял с Фрейдом, — то отец кастрирует его, отрежет ему нос=пенис. Кастрация — это тоже что и смерть, отсюда тянется нить к паранойяльной идее ненависти к доктору, который лечил ему нос, желание ему смерти. А перед этим навязчивое, помногу раз в неделю, посещение его в духе Червякова из рассказа Чехова “Смерть чиновника”. И, наконец, тема нарциссизма, тоже связанная с obsессией. В детстве, когда за “уродливый” курносый нос его прозвали mopсом, он стал уединяться и читать Байрона [Мак Брюнsvик: 261] (о Байроне как ключевой фигуре нарциссизма в культуре см. [Руднев 2007]). Когда же у него появился прыщ на носу, он стал “каждые пять минут смотреть в карманное зеркальце” (зеркало — классический нарциссический объект — ср. “стадию зеркала” у Лакана [Лакан 1997]).

Как же связан нарциссизм с навязчивым повторением и все это с психозом, паранойей мести и бредом преследования? Смотри навязчиво на свой нос (не видеть дальше своего носа — это и есть нарциссизм), он понимает свое лицо как анально изуродованный нос — это не отданный долг Фрейду, за который согласно механизму проекции (ср. случай Шребера) он возненавидел Фрейд и желал именно ему, как выяснилось в анализе с г-жой Мак Брюнsvик, смерти, а доктор, лечивший ему нос, был только заместителем Фрейда. Сам “изуродованный” нос — это деформированный стул = пенис, то есть “аранжированный анально”, по выражению Отто Фенихеля [Фенихель 2004], комплекс кастрации. Нарциссизм всегда — регрессия. Навязчивое повторение, повязанное с нарциссизмом (“каждые пять минут смотрелся в зеркальце”) — это гарантия не слишком глубокой регрессии. Ведь навязчивое смотрение в зеркало каждые пять минут — своего рода нарциссический понос — на время снимает тревогу.

И, наконец, рассуждение Панкеева о чуде. Когда ему вскрыли нос, и оказалось, что не все еще потеря-

но, и у него потекла кровь, он почувствовал, что произошло чудо его спасения (учитывая его идентификацию с Христом, можно подумать о крови священного Грааля). Далее он любил рассуждать о чудесах психоанализа и о точности техники своего аналитика г-жи Мак Брюнsvик (в духе проблемы “педантизм и магия”). Но магия анализа в его неточности — произвольные ассоциации. Однако, точность интерпретации или другого вмешательства аналитика (см., например, руководство Р. Р. Гринсона [Гринсон 2004] или методологически важную книгу Отто Кернберга “Тяжелые расстройства личности” [Кернберг 2000]), которые прекрасно чувствовал поднаторевший в анализе и вообще чрезвычайно талантливый в этом отношении Панкеев, соотносится с пунктуальностью и педантизмом обсессивно-компульсивных нарциссов, которые каждые пять минут глядят в зеркальце. Как же все это связано с проблемой психоза? Г-жа Мак Брюнsvик пишет:

Необходимо напомнить, что психоз на самом деле предполагает веру в то, что является предметом страха: психотический пациент боится того, что ему действительно отрежут пенис, а не какого-то символического акта со стороны аналитика [Там же 279].

В этом смысле навязчивый ритуал разглядывания в зеркальце своего носа=пениса служит гарантией того, что нос еще на месте, хоть “изуродованный”, но все-таки еще не отрезан вовсе. Таким образом, обсессивное повторение гарантирует психотика от полной регрессии в нарциссизм и фрагментацию Собственного Я.

2. Невроз или психоз?

В сущности, Человек-Волк, как описывает его Фрейд в статье “Из истории одного детского невроза”, был латентным психотиком с самого начала; и то, что Фрейд предпочитает этого не замечать, может говорить о двух вещах: Фрейд вообще предпочитал не работать с психотиками, он как бы закрывал на них глаза; его единственный случай описания психоза — случай Шребера — написан по мемуарам последнего. (Напомним, что ранний ортодоксальный психоанализ вообще скептически был настроен по отношению к идее возможности работы с психотиками). И вообще психотичность Панкеева в статье Фрейда вычитывается, только если читать внимательно. К тому же (это второе!), понимание соотношения объемов понятий невроза и психоза со времен Фрейда очень сильно сместилось. Невротик сейчас приравнивается к нормальному [Кернберг 2000]. И еще, конечно важно, что во времена Фрейда не было понятия пограничной личности. Для нас же принципиально важно, не то, что оба психоаналитика — Фрейд и г-жа Мак Брюнsvик — не заметили у Панкеева общей психотической конституции, а то, действительно ли она у него была и

можно ли его “паранойяльный моносимтоматический поздний эпизод” оторвать от всей структуры его личности. На наш взгляд нельзя, и “невроз навязчивости” Человека-Волка был лишь важной обсессивной аранжировкой его в целом психотической (или околопсихотической, латентно-психотической) личности.

Попробуем обосновать наш тезис. Прежде всего, Панкеев все время путается во времени. Он не может соотнести воспоминания детства и более поздних событий (речь сейчас идет не о “первосцене”, о ней поговорим в дальнейшем), а о вполне подчиняющемся законам памяти возрасте от трех до тринадцати лет. И все равно пациент путается, и эта путаница во времени становится лейтмотивом этой большой статьи Фрейда. По сути дела, в каком-то смысле это статья становится исследованием феноменологии времени, на что обратил в свое время уже Лакан, а вслед за ним его идеологический ученик Славой Жижек [Жижек 1999] — травма (в частности, пресловутая первосцена) конституируется *nachträglich* — задним числом. Ср.:

*С точки зрения постструктуралистской и более ранней лакановской философской идеологии “существование” чего-либо в прошлом скорее задается из будущего сознанием наблюдателя, исследователя. В определенном смысле травма формируется в сознании пациента самим психоаналитиком, как говорил Фрейд — *nachträglich*, задним числом.*

Описывая позицию позднего Лакана в этом вопросе, С. Жижек пишет, что “совершенно неважно, имела ли она [травма. — В. Р.] место, “случилась ли она на самом деле” в так называемой реальности. Главное, что она влечет за собой серию структурных эффектов (смещение, повторение и т.д.). Реальное — это некая сущность, которая должна быть сконструирована “задним числом” так, чтобы позволить нам объяснить деформации символической структуры” (цит. по статье [Руднев 1999]).

Подобная путаница со временем (когда произошла первосцена и произошла ли она вообще; и что важнее — воспоминание о ней или она сама; и что в принципе все равно, была она на самом деле, или пациент перенес “воспоминание” о коитусе родителей с коитуса собак или овец — все это психотическая проблематика). И даже то спокойствие, с которым Фрейд все это описывает, заставляет нас усомниться: а сам-то он кто? (Принято считать, что Фрейд был шизоид, то есть как минимум, характерологический психопат или акцентуант, “аутист”; а сколько психоаналитиков и психотерапевтов были латентными психотиками — Карл Густав Юнг, Отто Ранк, Жак Лакан, Фредерик Пёрлз!)

Так вот, путаница со временем — характерная черта шизофреников; время при шизофрении делает, что хочет. Оно нелинейно, многослойно, прошлое перепутывается с настоящим и будущим — то есть со

временем происходит примерно то же самое, что в сновидении.

Иногда, особенно в острых фазах болезни, наблюдается как бы временная “буря”, прошлое бурно смешивается с будущим и настоящим. Больной переживает то, что было много лет назад так, как если бы это происходило сейчас; его мечтания о будущем становятся реальным настоящим; вся его жизнь — прошлая, настоящая и будущая — как бы концентрируется в одной точке telescoping — по терминологии экзистенциальной психиатрии) ... Когда его спрашивают об их значении либо о дальнейшем развитии событий, обычно он не в состоянии дать ответ. Его прошлая, настоящая и будущая жизнь становится как бы мозаикой мелких, иногда очень ярко переживаемых событий, которые не связываются в единую композицию [Кемпинский 1998: 220 – 221].

Интересно, что примерно то же самое происходило в психоделических экспериментах С. Грофа, когда испытуемый психотизировался при помощи ЛСД или холотропного дыхания:

“В одно и то же время могут возникать сцены из разных исторических контекстов, они могут выглядеть значимо связанными между собой по эмпирическим характеристикам. Так, травматические переживания из детства, болезненный эпизод биологического рождения и то, что представляется памятью трагических событий из предыдущих воплощений, могут возникнуть одновременно как части одной сложной эмпирической картины ... Линейный временной интервал, господствующий в повседневном опыте, не имеет здесь значения, и события из различных исторических контекстов появляются группами, если в них присутствует один и тот же тип сильной эмоции или интенсивного телесного ощущения. ... время кажется замедленным или необычайно ускоренным, течет в обратную сторону или полностью трансцендируется и прекращает течение” [Гроф 1992: 35].

Мы не утверждаем, что у Панкеева была шизофрения; скорее, то, что сейчас называется шизотипическим расстройством личности. Во всяком случае, он, по Кернбергу, находится, скорее, между пограничным и психотиком, нежели между невротиком или пограничным, как представлялось бы Фрейду и г-же Мак Брюнsvик, если бы они пользовались понятием пограничной личности.

Второй важный момент, который позволяет говорить о психотической или предпсихотической личности Человека-Волка, это, конечно, отождествление его с Христом. При этом не будем забывать, что нас интересует не психоз сам по себе, а роль obsessions при психозе. Здесь хрестоматийная статья Фрейда дает обширнейший материал. Панкеев отождествлял себя с Христом, прежде всего, потому, что он родился в день Рождества Христова [Фрейд 1996: 196]. Но это был лишь внешний повод. Если мы вспомним, что его

навязчивый невроз носил характер ярко выраженной религиозности — бесконечное количество молитв, целование иконы множество раз перед сном, но при этом и богохульство. Он называл Бога “свиньей и дерьмом”, а святая Троица ассоциировалась у него с “тремя кучками навоза” [Там же: 163]. Но это пока в порядке вещей для обсессивного невротика: о такой амбивалентности, в частности, богохульстве мы прочтем уже в руководстве Э. Блейлера 1913 года [Блейлер 1993] и в главе про обсессивный невроз знаменитой книги О. Фенихеля “Психоаналитическая теория неврозов” 1949 года [Фенихель 2004]. Но дальше уже идет нечто, что, по нашему мнению, выходит за рамки невротической личности, хотя по-прежнему аранжировано анально-обсессивно. Ну, во-первых, маленький Панкеев критиковал “Евангелия”, в частности за то, что Христос там не воскресает прямо на кресте, что не происходит чуда [Фрейд 1996: 195]. Требование непосредственного чуда в прямом, а не в символическом смысле — это психотическое требование. Вообще сфера алетического (то есть модальности в границах возможного и невозможного) это всегда сфера психотического — чудесное чуддо невротической личности. Фрейд сам пишет об “архаичности” (то есть, в сущности, психотичности) этой проблематики и даже в одном месте, когда говорит об анальных отношениях с Богом (“испражняться Богу” — значит делать подарок Богу), сам упоминает психотика Шребера [Фрейд 1996: 212], мечтой которого было стать женщиной и вступить с Богом в сексуальную связь (см. [Freud 1981, Лакан 1997]).

Чрезвычайно интересно следующее наблюдение Фрейда, которому он почти не придает никакого значения:

“Главная его жалоба состояла в том, что мир окутан для него в завесу или что он отделен от мира завесой. Эта завеса разрывалась только в тот момент, когда при вливании (во время лечения у Фрейда у Панкеева был хронический запор, и два раз в неделю ему делали клизму — специально для это содержащийся им человек. — В. Р.) опорожнялось содержимое кишечника, и тогда он снова чувствовал себя здоровым и нормальным” [Фрейд 1996: 205].

Завеса, отделяющая от мира, — это не невротическая проблематика. Это противоречит утверждениям самого Фрейда о том, что при неврозах отношения (то есть истерии, фобии и obsessions), конфликт происходят внутри инстанций, в частности, при obsessions между Ид и Суперэго; когда конфликт имеет место между личностью в целом и реальностью, речь идет о психозе (статья Фрейда 1923 года “Потеря реальности при неврозе и психозе” [Freud 1981]). Мы не утверждаем, что Панкеев не тестировал реальность (хотя Фрейд упоминает один важный галлюцинаторный эпизод в детстве пациента, когда ему померещилось, что он себе отрезал ножом палец [Там же: 213]). Но завеса от реальности — это очень напоминает ши-

зоидное “стеклышко”, которое отделяет шизоида от внешнего мира (напомним, что Эрнст Кречмер, который использовал этот образ, рассматривал шизоида не как психопата (как П. Б. Ганнушкин, а вслед за ним М. Е. Бурно и его школа, а скорее как латентного шизофреника [Кречмер 1928]). То есть Панкеев был, конечно, и шизоид-аутист, а не только обсессивный невротик. Разрабатывая проблематику “завесы”, Фрейд далее отмечает:

“Эта завеса разрывалась — удивительным образом — только в таком положении, когда после клизмы каловые массы проходили через задний проход. Тогда он снова чувствовал себя хорошо и на короткое время мир казался ему ясным ... Его жалоба представляет собой, собственно говоря, замаскированную фантазию-желание, она рисует его снова в утробе материя; и правда, в этой фантазии осуществляется бегство от мира. Ее можно сформулировать: я так несчастен в жизни, что я должен снова вернуться в утробу матери” [Там же 223 – 224].

Вновь лишь анально аранжированная, но не обсессивная по своей сути проблема. Проблема бегства от мира — психотическая. Между прочим, Фрейд совершенно игнорирует те постоянные депрессии, о которых рассказывает сам Панкеев в своих воспоминаниях. Эти тяжелые депрессии, которые совершенно обесмысливали его жизнь и делали его неспособным на многие месяцы (см. главу “Бессознательная печаль” воспоминаний Человека-Волка [Панкеев 1996]), позволили профессору Крепелину, у которого Панкеев консультировался до Фрейда, поставить ему диагноз маниакально-депрессивного расстройства. Ни о какой обсессии вообще речь не шла, что и понятно, ведь Панкеев не рассказывал Крепелину о случае с Волком и своей детской навязчивой набожности (старая психиатрия особенно не интересовалась детскими воспоминаниями пациента). У Фрейда же вообще нет ни одного случая разбора депрессии и только одна статья о меланхолии, правда, очень знаменитая. Но именно в этой статье 1917 года “Скорбь и меланхолия” Фрейд рассматривает депрессию как “нарциссический невроз”, что для тогдашнего психоанализа было равносильно понятию “психоз”. О нарциссической проблематике в личности Панкеева, в частности, о его “нарциссической несостоятельности” Фрейд много говорит и сам (например, [Фрейд 1996: 237]) (Подробно о взаимоотношениях психоанализа и депрессивной проблематики см. [Руднев 2001]). Так или иначе, Панкеев не был ни маниакально-депрессивным (так как, хотя у него были жестокие депрессии и эйфории, лечился он у психоаналитиков по поводу обсессии и паранойи), ни обычным обсессивным невротиком или психопатом, поскольку эти депрессии проходят через всю его жизнь и постоянно мучают его (причем он жалуется на опустошенность — классический “негативный симптом” при вялотекущей шизофрении), а обсессивные эпизоды лишь возника-

ют два раза — в раннем детстве и после лечения у Фреда (случай с носом). Да и то последний эпизод — совершенно явно психотический. Но все это не так важно. Важно то, что обсессивно-анальное начало играло явно положительную роль в жизни Панкеева, оно охраняло его от настоящего большого психоза, недаром мир для него становился ясным только после того, как ему клизмой опорожняли кишечник. Вообще кишечно-анальная аранжировка сексуального чрезвычайно интересна в его случае. То, что он называл вульву своей сестры-соблазнительницы “передней попкой”, не так интересно. Гораздо важнее то, что он отождествлял себя с матерью тоже в анально-кишечной аранжировке. Он повторял слова “Я больше не могу так жить”, сказанные матерью по поводу ее “женских” кровотечений, которые он воспринимал как кишечные. Фрейд пишет:

“Как вяжется это понимание полового общения, это признание вагины, с избранием кишечника для идентификации с женщиной? Не покоятся ли кишечные симптомы на, вероятно, более старом, находящемся в полном противоречии с кастрационным страхом понимании, что выход из кишечного тракта является местом сексуального общения?” [Там же: 208].

Вот так и вяжется, что анально-обсессивное начало является не самостоятельным неврозом или психопатией (неврозом, растянувшимся на всю жизнь), а служит лишь предохранительным клапаном во всех экстремальных ситуациях его жизни. Стоит хотя бы упомянуть, что на пресловутую первосцену (которая, видно, много значила если не в его жизни *per se*, то в ее психоаналитической аранжировке Фрейдом), он отреагировал не иначе, как испражнением: он обкакался от ужаса, чем и прервал “нежное общение”, как пишет Фрейд, родителей.

И, наконец, проблема отождествления. Фрейд все время пишет, что Человек-Волк отождествлял себя то с матерью, то с отцом, то с сестрой, то с няней, то с девушкой Грушей, то с Христом. О какого рода отождествлении идет речь? Возьмем отождествление с Христом как самое решающее в плане возможной мегаломании. Была ли это невротическая интроективная идентификация, была ли это “проективная идентификация” или экстраективная идентификация (термин, введенный нами в работе [Руднев 2001])?

Интроективная идентификация указывает на невротическую структуру личности, проективная идентификация указывает на пограничную структуру личности (Мелани Кляйн [Кляйн и др. 2001]), Отто Кернберг [Кернберг 1998]), экстраективная идентификация указывает на психотическую структуру личности. В случае идентификации с Христом, как нам кажется, имеет место проективная идентификация — ребенок не просто чувствует, что он похож на Христа, но и не утверждает, что он и есть Христос, — он вступает в сложные диалогические гомосексуально окра-

шенные отношения с Христом и Богом-Отцом = реальным отцом, а затем Фрейдом (и все это протекает в запутанной временной аранжировке). Именно это проективное требование ответа от персонажа, с которым личность себя идентифицирует, не обязательно сексуального, характеризует проективную идентификацию, то есть пограничный уровень личности. Пограничный характер носит и самый случай с волком, который Фрейд сам увязывает с архаическим уподоблением отца животному-тотему в духе его работы “Тотем и табу” [Там же: 234]. Опять-таки, если бы ребенок просто хотел быть таким “господином, как его отец” (а было и это), но он активно хотел иметь сексуальные сношения с отцом, во всяком случае, так следует из реконструкций самого Фрейда. Можно возразить, что тогда любой Эдипов комплекс можно будет рассматривать как выходящий за рамки невротической проблематики. Можно, но не любой! Когда налицо распыление идентичности — то с сестрой, то с няней, то с отцом, то с матерью, то с Иисусом Христом, — это явное указание на пограничную структуру личности (“плавающая идентичность”, по Кернбергу [Кернберг 2000]; там же см. о полисимптоматичности как указании на пограничность конституции: и обсессия, и мания, и депрессия, шизоидность, и паранойя). При этом во всех случаях, даже в случае с носом, обсессия играет лишь роль предохранительного клапана, не давая развиться подлинному психозу. Навязчивое повторение гарантирует от чего-то единственного и непоправимого, от шуба, например. Что мы хотим сказать? Если бы при отождествлении с Христом структура личности была явно психотической, то есть, если бы пациент утверждал “Я — Иисус Христос!”, — то “бог-кал” (бог = кал = ребенок (Бог-Сын) = подарок [Фрейд: 212] не уберег бы от экзальтации. Поскольку структура личности — пограничная или средняя между пограничной и психотической, то Бог “вывозит” именно на своих “задних частях”, фантазии о совокуплении с отцом (Богом-Отцом = Фрейдом) а *tergo more ferare* ограничиваются только фантазиями, а не галлюцинаторным экстраактивным опытом, как это было у председателя дрезденского суда Даниеля Шрёбера, который совокуплялся с Богом экстраактивно, то есть галлюцинаторно.

3. “Туда-сюда-обратно — тебе и мне приятно”

Это детская загадка-обманка. Разгадка не то, что думает наивный разгадчик, а качели. Но это все равно. Качели, так качели. Смысл все равно один и тот же. Обсессия — модель секса: ритмическое повторение одного и того же движения. Еще раз напоследок вспомним Человека-Волка. У него был обсессия, связанная с дыханием. Когда он видел нищих калек, он должен был сильно вдохнуть или выдохнуть воздух. Это, с одной стороны, было связью с Духом Святым и гарантией, что он сам не станет калекой. С другой

стороны, по реконструкции Фрейда, это сильное дыхание ассоциировалось у Человека-Волка с тяжелым дыханием отца при половом сношении с матерью во время первосцены (ассоциация отец калека = кастрат также здесь имеет место — впечатление от посещения в госпитале больного отца, который выглядел очень плохо, то есть был похож на тех калек, от которых Сережа Панкеев отгораживался вдыханием или выдыханием). Человек-Волк (Сергей Панкеев) был обыкновенным человеком. Он был способным художником-любителем, способным психоаналитическим пациентом, но не более того. Он не был также *настоящим* психотиком, и боялся, как огня, сойти с ума, что свойственно многим шизоидам и шизотипическим личностям (см., например, [МакВильямс 1998]). Настоящему психотику обсессия уже не нужна. Вернее, она не нужна ему в момент психотического взрыва, тогда навязчивая идея переходит в сверхценную, а сверхценная идея — в бред преследования, как показал Бинсвангер на примере Лолы Фосс. Когда бред кристаллизуется, и нужно как-то приспособляться к нему, жить с ним, вновь возникает потребность в обсессии, но эта сугубо психотическая обсессия сильно отличается от невротической и пограничной.

Можно даже сказать, что сверхценность приобретает черты содержания бреда, а навязчивость образует его форму. Бред облекается в форму навязчивости. Даже если больной упивается своим бредом, как бывает при мегаломании, то все равно это упоение будет принимать форму навязчивого повторения. Он будет твердить и убеждать всех, что он Мессия или что его преследуют, или что жена изменяет с кем попало.

Почему навязчивость играет такую исключительную роль при любом бреде? Что такое навязчивость? Это возведение повторения в степень самого главного канала информации. Здоровый человек может сказать и так и эдак. Бредящий, как правило, твердит одно и то же, как говорят, он заиклен на одном. Поэтому и время для него перестает существовать. Если он заиклен, то нет становления, становление было бы избавлением от бреда. Навязчивое повторение — это образующая замкнутый порочный круг цепь звеньев бреда. Но бредовая навязчивость — совсем другая по сравнению с обсессивно-компульсивной невротической навязчивостью. Там повторяют, чтобы избавиться от чего-то более неприятного, от ощущений тревоги, страха или стыда. В невротических проявлениях навязчивость играет роль не формы, она содержательна. Всегда можно подыскать соответствующую метафору, чтобы объяснить навязчивое повторение при неврозе. Бредовая навязчивость формальна. Конечно, можно сказать, что и здесь возможно найти объяснение. Но оно очень глубоко спрятано.

Но ведь и в жизни навязчивое повторение этого бредового формального типа играет большую роль. Нам навязаны социальные функции. Распорядок дня. Каждый день мы ложимся спать, а утром встаем и

идем на работу. И так далее. И здесь тоже круг, из которого не вырваться. Становление было бы избавлением от кошмара повседневной жизни, своим автоматизмом похожей на бред. Эта внешняя формальная навязанность в обыденной жизни противопоставлена обсессивно-компульсивным симптомам, навязчивость которых содержательна.

Но вопрос о форме и содержании — вопрос сложный, и решается он неоднозначно. В поэзии есть содержательные моменты — ее семантика, выражаемое в ней чувство, — и есть формальные моменты, прежде всего, стихотворный метр, в который облечено поэтическое произведение. Метр навязчиво повторяется из строки в строку и, кажется, имеет чисто формальный характер. Но при этом известно, что одни семантические комплексы тяготеют к одним стихотворным размерам, а другие к другим. Формальность метра становится мнимой. Почему-то пятистопным хореем пишутся стихи, связанные с философским осмыслением пути и жизни (от “Выхожу один я на дорогу” до “Гул затих. Я вышел на подмости”), а трехстопным ямбом — легкие стихи, посвященные осмыслению прошлого (“Давай поедем в город, / Где мы с тобой бывали”, “Давай ронять слова, / Как сад янтарь и цедру”). В бредовом формализованном навязчивом повторении, вероятно, можно также обнаружить аналогичные семантические предпочтения. Более важным различием между невротической и бредовой навязчивостью является то, что невротическая навязчивость предполагает выбор — “да” или “нет”, идти дальше или возвращаться. Бредовая же навязчивость тотальна. Она не предполагает более выбора. Произошло полное поглощение сознания бредом, “омирение”, как бы сказал Бинсвангер. Как будто человек, ранее стоявший перед выбором, куда ему идти, направо или налево, твердо решил (вернее, какая-то сила за него решила) идти направо и все время теперь идет направо, направо и только направо. В результате он кружит на месте — вот что такое бредовая навязчивость — кружение на месте без всякой альтернативы. В то время как невротическая навязчивость в силу своей явной семантической нагруженности предполагает альтернативу. Полное ведро — идем вперед, это к удаче, пустое ведро к неудаче — возвращаемся назад. Человек, который переживает состояние бреда, уже не может повернуть назад. Он теперь даже и не понимает, что это возможно. В этом гипертрофированная неотвратимость бреда, его безвариантность (в работе Бинсвангера “Случай Лолы Фосс” показано, как альтернативная навязчивость обсессивно-компульсивного состояния перерастает в безальтернативную навязанность преследования [Бинсвангер 1999]).

Другой образ навязчивого повторения, ассоциирующегося с сексуальностью, это образ Пенелопы, днем ткающей полотно, а ночью его распускающей.

*“Помнишь, в греческом доме любимая всеми жена,
Не Елена, другая, как долго она вышивала”.*

Образ “снующего челнока” у того же поэта — это тоже сексуально окрашенная обсессия. В стихотворении “Я слово позабыл, что я хотел сказать”, в строке “В сухой реке пустой челнок плывет” пустой челнок — это также и фаллос, который “снует” по вагине, тема оплодотворения-бесплодия продолжается и на этом уровне, причем оплодотворения мнимого, мертвого — забвение слова соотносится с сексуальной несостоятельностью (подробно анализ этого стихотворения см. [Руднев 1990], а также статью “Я слово позабыл, что я хотел сказать” в “Словаре безумия” [Руднев 2005a]).

Тканье и распускание ткани это не только обсессивный образ секса, но это также психотически-обсессивный образ отказа от секса. Почему отказ от секса, понятно. Пенелопа асексуальна (недаром Мандельштам подчеркивает: “Не Елена, другая!”), своим заговаривающим абсурдным действием она добивается того, что женихи от нее отстают, так она объявила им, что секс начнется тогда, когда закончится прядение. Почему психотический? Потому что Мандельштам — околосихотический поэт. Навязчивое повторение реализуется в одном из самых гениальных и безумных его произведений, “Стихах о неизвестном солдате”:

*“Наливаются кровью аорты,
И звучит по рядам шепотком:
- Я рожден в девяносто четвертом,
Я рожден в девяносто втором...
И, в кулак зажимая истертый
Год рожденья с гурьбой и гуртом,
Я шепчу обескровленным ртом:
Я рожден в ночь с второго на третье
Января в девяносто одном
Ненадежном году, и столетья
Окружают меня огнем”*

Психоз — отказ от секса в пользу смерти, которая есть навязчивое повторение. (“Куприянов и Наташа” Введенского — сначала они навязчиво раздеваются, потом так же навязчиво одеваются — “И дремлет полумертвый червь”). Психотику секс не нужен. Психоз — “психическая смерть” [Тэхке 2001]. Однако и секс это не только жизнь, но и смерть, как показала еще Сабина Шпильрейн в 1911 году [Шпильрейн 1995]. Мы привыкли повторять за Фрейдом, что смерть связана с навязчивым повторением, но при этом забываем, что все-таки для христианского сознания смерть это нечто, что случается один раз. Но это лишь в линейном эсхатологическом мышлении (подробней см. [Руднев 1986]). В циклическом, более архаическом сознании (не обязательно в буддийском, где смерть и рождение повторяются на сознательном уровне — в круге сансары, но и вполне христианском) повторение смерти-возрождения вполне актуально:

*“Единожды умер Христос”, — восклицал Августин;
но каждый год в неизменной череде Пасха сме-*

няла *Страстную Пятницу*. *Космическое круговращение времен года было поставлено рядом с неповторимостью событий “священной истории”... Снова человек мог ощущать себя внутри замкнутого священного круга, а не только на конечном узком пути имеющем цель*” [Аверинцев 1977: 96].

Наконец, также очень важно, что смерть это не только навязчивое повторение, но смерть связана с обсессией в анальном смысле. Мертвец это десексуализированный, но в то же время анальный объект. От него идет запах. Он воспринимается в круге идей материально телесного низа; его закапывают в могилу, чтобы он не смердел. Ср. в “Волшебной горе” Томаса Манна рассуждение от трупах гофрата Беренса, где он говорит, что главное, чтобы труп “хорошенько высмердился”; в том же романе и сам герой говорит об образе любви как смерти (в конце первого тома, в сцене объяснения с Клавдией Шоша она именуется образом любви, “обреченным могильной анатомией”).

Мы много внимания уделили клинике. Роль обсессии при психозе стала немного яснее. В случае, тяготеющем к нормальному или квазинормальному, как у Человека-Волка, обсессия является предохранительным клапаном. При большом психозе обсессия вырывается в персеверацию, навязчивое, но уже на поверхности совершенно бессмысленное повторение одних и тех же движений или словесных формул. Например, человек повторяет одно и то же движение, как будто кого-то бьет под дых. Но он может совсем остановиться и застыть — это кататоническое решение. Оно тоже имеет защитный характер, хотя кажется, что защищаться уже не от чего. Но всякое безумие — защита от еще большего безумия, в частности, от безумного страдания. Таких решений может быть несколько, в сущности, три, соответственно трем видам шизофрении. Кататоническая обездвиженность или наоборот возбуждение (при возбуждении будет тоже все повторяться). Гебефреническая дурашливость. Она тоже может иметь характер обсессивного повторения. Например, на все попытки диалога гебефреник может отвечать одной и той же фразой: “А пошли вы все в ж...”. Самая сложная форма шизофренической защиты — третья — бредово-галлюцинаторная или параноидная. В ней, как мы говорили, при кристаллизации бреда обсессия начинает играть роль формального начала, не дает бреду рассыпаться. Чтобы он не распался, он должен повторяться. В случае бреда величия это очевидно. Повторяется одна и та же ключевая фраза, соответствующая экстрактивной идентификации. “Я — Христос”. Она должна повторяться, потому что нечем больше удержать в себе самую суть бреда величия. Пациент не в состоянии подкрепить свои слова поступками. Например, если он Христос, самое радикальное, на что он способен, это стать в позе Христа на кресте, как будто его распяли, но это будет решение в сторону кататонии. Но парафреник-мегаломан не в состоянии реально творить чуде-

са — превращать воду в вино, воскрешать мертвых, проповедовать — если его бред в острой форме, но если его бред кристаллизовался, он может стать способным проповедовать, но тогда в его проповеди будет господствовать навязчивое повторение одних и тех же формул. В случае бреда преследования все гораздо сложнее. Некоторые пациенты вступают в диалог с преследователями (см., например, классическую книгу Виктора Кандинского “О псевдогаллюцинациях” 1864 года [Кандинский 2002]). Если бредящий религиозен, то преследователь может выступать в идее дьявольской силы, и тогда лучшее от нее средство — это молитва: просто не замечать галлюцинаторных наущений дьявола и только душе молиться. Так делали затворники святые, когда их посещал в скиту дьявол, что было с клинической точки не что иное, как состояние экстракции в обстановке сенсорной депривации, когда часто возникают галлюцинации. Навязчивое повторение молитв против дьявольских сил может и не помочь избавиться от них совсем, но, во всяком случае, позволит как-то продержаться на поверхности. Дьявол часто может выступать в образе женщины, так как мир преследуемого параноика гомосексуален, как показал еще Фрейд на примере случая Шребера, женщина будет выступать как чужеродное начало. Возможно, конечно, радикальное решение в духе толстовского отца Сергия — символическая самокастрация. Бывают случаи и реального самооскопления. Паранойальный гомосексуализм в принципе сродни обсессии. Обсессия — это мужской мир, он и традиционно считается мужским в противоположность женскому миру истерии, но он мужской по сути, так как гомосексуальный акт тесно связан с анальностью, анальность и мужской гомосексуализм это родственные вещи. Поэтому бред преследования, как правило, является однополым: либо мужским, либо женским. Это нетипично, если женщину преследует мужчина, а мужчину женщина. Как правило, мужчину преследует мужчина, отец, дьявол, Бог, а женщину женщина — мать, Божья мать, царица Изида. Преследователь может быть не определен по полу, как, например, у шизофренической пациентки Вильгельма Райха из последней главы его книги “Анализ характера” 1945 г. Там пациентку преследовали безликие дьявольские силы [Райх 2000].

Так или иначе, обсессия привносит в психоз порядок, спасает психоз, приспособливает его к реальности. Это можно продемонстрировать на примере додекафонии, одного из самых обсессивных и психотичных направлений музыки XX века. История развития музыкального языка конца XIX в. — “путь к новой музыке”, как охарактеризовал его Антон Веберн [Веберн 1971], — был драматичен и тернист. Как всегда в искусстве, какие-то системы устаревают и на их место приходят новые. В данном случае на протяжении второй половины XIX в. постепенно устаревала привычная нам по музыке Моцарта, Бетховена и

Шуберта так называемая диатоническая система, то есть система противопоставления мажора и минора. Суть этой системы заключается в том, что из 12 звуков, которые различает европейское ухо (так называемый темперированный строй), можно брать только 7 и на их основе строить композицию. Семь звуков образуют тональность. Например, простейшая тональность до мажор использует всем известную гамму: до, ре, ми, фа, соль, ля, си. Наглядно — эта тональность использует только белые клавиши на рояле. Тональность до минор отличается тем, что вместо ми появляется ми-бемоль. То есть в тональности до минор уже нельзя употреблять простое ми, за исключением так называемых модуляций, то есть переходов в родственную тональность, отличающуюся от исходной понижением или повышением на полтона. Постепенно к концу XIX в. модуляции стали все более смелыми, композиторы, по выражению Веберна, “стали позволять себе слишком много”. И вот контраст между мажором и минором постепенно стал сходиться на нет. Это начинается у Шопена, уже отчетливо видно у Брамса, на этом построена музыка Густава Малера и композиторов-импрессионистов — Дебюсси, Равеля, Дюка. К началу XX в. композиторы-нововенцы, экспериментировавшие с музыкальной формой, зашли в тупик. Получилось, что можно сочинять музыку, используя все двенадцать тонов: это был хаос — мучительный период атональности. Если гармонию XIX века можно сравнить с психологической синтонностью, то дальнейшее “заболевание” музыки привело ее к “психозу”, к отрыву от реальности. Можно стало употреблять все звуки — тем самым музыка вышла из границ дозволенного и недозволенного, погрузилась в хаос музыкального Id, забывая про Суперэго, про нормы. Таким искусственным, достаточно суровым музыкальным Суперэго стала обсессивная система Шенберга.

Из музыкального хаоса было два противоположных пути. Первым — усложнением системы диатоники путем политональности — пошли Стравинский, Хиндемит, Шостакович — это была шизотипичная осколочная музыка. Вторым, жестким путем, пошли нововенцы, и это было создание целой системы из фрагмента старой системы. Дело в том, что к концу XIX в. в упадок пришел не только диатонический принцип, но и сама классическая венская гармония, то есть принцип, согласно которому есть ведущий мелодию голос, а есть аккомпанемент. В истории музыки венской гармонии предшествовал контрапункт, или полифония, где не было иерархии мелодии и аккомпанемента, а были несколько равных голосов. Нововенцы во многом вернулись к системе строгого добаховского контрапункта. Отказавшись от гармонии как от принципа, они легче смогли организовать музыку по-новому. Не отказываясь от равенства 12 тонов (атональности), Шенберг ввел правило, в соответствии с которым при сочинении композиции в данном

и любом опусе должна пройти последовательность из всех неповторяющихся 12 тонов (эту последовательность стали называть серией), после чего она могла повторяться и варьировать по законам контрапункта, то есть быть 1) прямой; 2) ракоходной, то есть идущей от конца к началу; 3) инверсированной, то есть как бы перевернутой относительно горизонтали, и 4) ракоходно-инверсированной. В арсенале у композитора появлялось четыре серии. Этого было, конечно, очень мало. Тогда ввели правило, согласно которому серии можно было начинать от любой ступени, сохраняя лишь исходную последовательность тонов и полутонов. Тогда 4 серии, умножившись на 12 тонов темперированного строя, дали 48 возможностей. В этом и состоит существо 12-тоновой музыки. Революционная по своей сути, она была во многом возвратом к принципам музыки до-барочной. Ее основа, во-первых, равенство всех звуков (в венской классической диатонической гармонии, мажорно/минорной системе, звуки не равны между собой, но строго иерархичны, недаром гармоническая диатоника — дитя классицизма, где господствовал строгий порядок во всем). Во-вторых, уравнивание звуков в правах позволило ввести еще одну особенность, также характерную для строгого контрапункта, — это пронизывающие музыкальный опус связи по горизонтали и вертикали. Символом такой композиции для нововенцев стал магический квадрат, который может быть прочитан с равным результатом слева направо, справа налево, сверху вниз и снизу вверх. Известный латинский вербальный вариант магического квадрата приводит Веберн в своей книге “Путь к новой музыке”.

S A T O R
A R E P O
T E N E T
O P E R A
P O T A S

(“Сеятель Арпо трудиться не покладая рук”).

Вот так обсессия спасла музыку от психоза, вернее приспособила музыкальный психоз к обыденной реальности “реализма”, то есть пошлости homo normalis.

Но спрашивается — притом, что здесь налицо навязчивое повторение, — где же анальные истоки подобной музыкальной композиции?. И даже поставим более широко вопрос — в чем анальные истоки самого навязчивого повторения? Как мы уже говорили, анальность сродни гомосексуальности, то есть нежизненности, мертвенности (нововенская музыка была мертвенной и зловещей). Это была мертвая вода. В чем суть самой анальности? В выдавливании отходов через задний проход и сверхценном отношении к этим отходам. Такими отходами были старые отжившие мертвые формы музыкальной культуры. Аналогия очевидна. Это не рождение новой музыки путем зачатия, вынашивания и самого рождения, это искусственное выдавливание каловой массы из от-

жившего материала и придание сверхценности этому материалу. Можно сказать в целом, что культура это сверхценность отходов. Вот в чем анальность культуры, ее неомифологизм. Шенберг и его ученики навязали музыке искусственный анальный закон и заставили навязчиво повторять его. Это самый яркий случай обсессии в психотической культуре. Ритуальная повторяемость культурного “испражнения” — залог возрождения мира. Таким вот путем держится культура. Если бы человек не испражнялся, он бы умер. Если бы культура не поступала таким же образом, она бы тоже умерла.

Но почему говорят об анально-садистическом, а не просто анальном начале? В чем был садизм нововенской музыки? Садизм — это тяга к убийству отца, привнесение анальности — это наделение смертью. Нововенская музыка убивала старую романтическую музыку, свою отцовскую музыку. Тотемную в определенном смысле — в этом ее садистичность. В этом садистичность любого авангарда — “сбросим Пушкина с корабля современности”. Это сказал анальный психопат, “ассенизатор революции”, как он себя сам называл, Маяковский. Мертвый отец — это возведенный в сверхценность кал — в этом универсальный принцип культуры. Культура это поминки по мертвому анальному отцу. Убийство — это замена сексуальности, анальности — замена генитальности. Убийство отца это обладалывание его калом. В этом смысл акции современного художника-авангардиста Александра Бренера, который нарисовал доллар на картине в музее. Деньги — символ испражнения. Бренер как бы символически испражнился на всю старую культуру. Если бы Бренер не был бы анальным садистом, а был бы генитальным синтонным сангвиником, он бы так не поступил, но тогда он не был бы авангардистом. Так и Достоевский “обладалывал” своего идейного отца Гоголя, высмеив его сначала в “Бедных людях” а потом в “Селе Степанчикове” в образе Фомы Фомича Опискина, как показал Ю. Н. Тынянов [Тынянов 1977]. Формалисты первыми показали важность анального садизма в культуре — поскольку они сами были авангардистами от культуры, им это было сделать легко.

ЛИТЕРАТУРА

Аверинцев С. С. Поэтика ранневизантийской литературы. М., 1977.
Бинсвангер Л. Бытие-в-мире. М., 1999.

От редактора. Читателю-непрофессионалу с первого абзаца ясно, что речь идет об обсессии не в клиническом смысле, а как “навязчивом повторении, которое из невротической компульсии (обсессии) превращается в персеверацию (вербигерацию)”, т.е. стереотипию, и далее может “перерасти в паранойю”, “цементируя и закрепляя бред”. Представление о таком легком “перерастании”, о самой возможности такого “перерастания” проникло даже в профессиональную среду, но должно всякий раз опираться на описание конкретных психопатологических феноменов. В клинике мы обычно имеем дело не с “перерастанием”, а с изначальной паранойей, иногда разве что выступающей в обличье квази-обсессии. Тем не менее, статья В.П.Руднева полезна для нас демонстрацией как богатства интерпретативных возможностей, так и их произвольности.

Блейлер Э. Руководство по психиатрии. М., 1993
Веберн А. Лекции о музыке. Письма. М., 1971.
Гринсон Р. Техника и практика психоанализа. М., 2004.
Гроф С. За пределами мозга: Рождение, смерть и трансценденция в психиатрии. М., 1992.
Ермаков И. Д. Психоанализ литературы М., 1999.
Жижек С. Возвышенный объект идеологии. М., 1999.
Кандинский В. О псевдогаллюцинациях. М., 2002.
Кемпинский А. Психология шизофрении. М., 1998.
Кернберг О. Агрессия при расстройствах личности и перверсиях. М., 1998.
Кернберг О. Тяжелые личностные расстройства: Стратегии психотерапии. М., 2000.
Кляйн М. и др. Развитие в психоанализе. М., 2001.
Кречмер Э. Строение тела и характер М.; Л., 1928.
Лакан Ж. Инстанция буквы в бессознательном, или судьба разума после Фрейда. М., 1997.
Мак Брюнстик Р. Дополнение к статье Фрейда “Из истории одного детского невроза // Человек-Волк и Зигмунд Фрейд. К., 1996.
МакВильямс Н. Психоаналитическая диагностика. М., 1998. Н
Панкеев С. <Человек-Волк> Мои воспоминания о Зигмунде Фрейде // Человек-Волк и Зигмунд Фрейд. К., 1996.
Райх В. Анализ характера. М., 2000.
Руднев В. Текст и реальность: Направление времени в культуре // Wiener slawistischer Almanach, 16, 1987.
Руднев В. Мандельштам и Витгенштейн // Третья модернизация, 11, Рига, 1990.
Руднев В. Смысл как травма // Логос, 5 (15), 1999.
Руднев В. Понимание депрессии // Логос, 2 (23), 2001.
Руднев В. Экстракция и психоз // Московский психотерапевтический журнал, 2, 2001а.
Руднев В. Тайна курочки Рябы: Безумие и успех в культуре. М., 2004.
Руднев В. Диалог с безумием. М., 2005.
Руднев В. Словарь безумия. М., 2005а.
Руднев В. Педантизм и магия // Логос, 1, 2006.
Руднев В. Апология нарциссизма: Исследования по психосемиотике. М., 2007.
Тынянов Ю. Н. Достоевский и Гоголь (К теории пародии) // Тынянов Ю. Н. Поэтика. История литературы. Кино. М., 1977.
Тэхке В. Психика и ее лечение. М., 2001.
Фенихель О. Психоаналитическая теория неврозов. М., 2004.
Фрейд З. Характер и анальная эротика // Фрейд З. Психоаналитические этюды. Минск, 1991.
Фрейд З. Из истории одного детского невроза // Человек-Волк и Зигмунд Фрейд. К., 1996.
Фрейд З. Тотем и табу. М., 1998а.
Фрэзер Дж. Дж. Золотая ветвь: Исследование магии и религии. М., 1985.
Шпильрейн С. Деструкция как становление // Логос, 6, 1995.
Freud S. The Loss of reality in neurosis and psychosis // Freud S. On psychopathology. N. Y., 1981.
Freud S. Psychoanalytic notes on an autobiographical account of a case of paranoia (dementia paranoides) // Freud S. Case Histories. II. N.-Y., 1981а.

Малоизвестные страницы жизни Павла Ивановича Якобия

И. И. Щиголев (Брянск)

В последнее время внимание психиатрической общественности в России в особенности часто обращено к известному отечественному психиатру — организатору, ученому П. И. Якобию, незаслуженно забытому в советское время. О деятельности П. И. Якобия в области организационной психиатрии сообщалось в периодической печати: “Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова”, № 2, 1993 г.; “Социальная и клиническая психиатрия”, № 2, 1993 г.; “Независимый психиатрический журнал”, № 3, 2002 г. — Ю. С. Савенко; “№ 2, 2003 г. — А. Г. Комиссаров, “Медицинская газета” в серии публикаций “Врачи-писатели” — И. Б. Якушев. Вышла в свет монография “Отечественный психиатр П. И. Якобий”, 2001 г.

Основную печать на забвение ученого после 1917 года наложила политическая советология, в связи с его выраженными монархистскими взглядами. Свои революционно-бунтарские воззрения он продолжал излагать в письмах к известным личностям в России. Его размышления были восприняты и поддержаны его сыном Иваном Павловичем Якобием, автором известной книги “Император Николай II и революция”, 1937г., Таллин.

П. И. Якобий интенсивно работал в области строительства психиатрических больниц — в Подмоскowie (Покровское-Мещерское, Московская областная психиатрическая больница № 2 им. В. И. Яковенко), Орловская областная психиатрическая больница (которой до сего времени незаслуженно не присвоено имя известного отечественного психиатра П. И. Яко-



Фото Павла Ивановича Якобия
(03.07.1841 – 11.03.1913)

бия, ее основателя, несмотря на мои длительные усилия по контакту с руководством больницы, областным руководством, и службой главного психиатра России). П. И. Якобий также принимал участие в организации больниц в Харькове, Курске, Могилеве.

Интересно, что отец П. И. Якобия Иван Карлович в период с 1818 по 1819 годы, будучи в звании гвардии поручика, состоял в масонской ложе под названием “Ключ к Добродетели”. Он занимал должность второго надзирателя ложи.

Прадед П. И. Якобия — Иван Варфоломеевич (1726 – 1803) был Астраханским губернатором, затем генерал-губернатором Иркутским и Кольванским, а его троюродная сестра Анна Ивановна (дочь Ивана Варфоломеевича) слыла в Москве “модницей российского масштаба”. Вот что писали о ней средства массовой информации: “Анна Ивановна была настолько богата и подвержена влиянию моды, что по воспоминаниям современников, комнаты, где хранились эти богатства, были похожи на магазины. Одних платьев у нее было более 5000, поэтому, чтобы иметь

представление об их разнообразии, была заведена специальная книга с образцами, по которой Анна Ивановна выбирала себе наряд. Кроме того, ее служанки следили за двумя сундуками, наполненными самыми редкими кружевами ценностью 100000 рублей. Целая комната ее дома была занята самыми дорогими мехами. Анненкова страшно любила наряжаться, и когда ей нравилась какая-либо материя, то покупала целыми кусками, чтобы у других не было

подобных. Анна Ивановна окружала себя дорогими вещами, подчеркивающими ее значимость. Комната, где она постоянно находилась, была обита малиновым штофом. Посередине, на возвышении под балдахином, находилась кушетка. Вокруг этого сооружения стояло 12 ваз великолепного белого мрамора самой тонкой работы. В них горели лампы. Как отмечали современники, эффект произведенный всей этой обстановкой, был необычайный”.

Однако, будучи богатой, она была крайне жадной — для своего сына декабриста И. А. Анненкова по пути в ссылку она передала скудные гроши. Об этом написано в романе А. Дюма “Учитель фехтования”.

Монархистские взгляды П. И. Якобия и И. П. Якобия во многом поддерживала жена и мать Варвара Александровна Зайцева — родная сестра Варфоломея Александровича Зайцева, воинствующего нигилиста, отрицавшего А. С. Пушкина и С. Ф. Щедрина, известного шестидесятника, проходившего по делу “Земли и Воли”, которое было начато III-им жандармским отделением. Варвара — будущая жена П. И. Якобия, разделяя прогрессивные взгляды мужа, приехала вместе с матерью в Москву к брату весной 1862 года, а в июле-сентябре переехала в Санкт-Петербург. Она была дружна с семьей Н. В. Шелгунова — известного шестидесятника, публициста.

Недавно в результате работы в Отделе письменных источников Государственного исторического музея (сведения представлены Т. К. Слуцкой) стало известно, что род П. И. Якобия имеет глубокие родственные корни с родом известного флотоводца адмирала Михаила Петровича Лазарева (1788 – 1851) [“море Лазарева”, набережная им. М. П. Лазарева в Санкт-Петербурге]. Имеется так же родственная связь с князем Феликсом Юсуповым, родом Кутузовых и М. В. Родзянко; дружеские отношения с В. И. Танеевым — адвокатом, и его братом С. И. Танеевым — отечественным композитором, которого П. И. Якобий лечил по методу своего учителя профессора Ж. Шарко. Дружба с С. И. Танеевым началась еще в связи с тем, что они проживали по соседству в Санкт-Петербурге по Эртелеву переулку.

В одном из источников писалось об участии П. И. Якобия в Польском восстании и о его ранении: “В одном из боев П. И. Якобий был тяжело ранен. Современники так описывали некоторые детали его ранения: “Казак свалил его с коня ударом пики в бок, видя невозможность обороны среди общего бегства, он притворился мертвым. Подбежали еще несколько казаков и содрали с него одежду и сапоги; как видно, они не очень верили тому, что он мертв, так как один из них выстрелил в него из пистолета, пуля царапнула только его бок; несмотря на боль, он не подал признаков жизни. Наконец, он услышал, как кто-то из них говорит: “Всади ему пулю в лоб, а то, может, он еще живой”. Он почувствовал, что в него целятся, но не

дрогнул; **грянул выстрел**, и пуля ранила его в лицо слева и шею ниже уха; несмотря на боль, он не выдал себя ни малейшим движением, и это его спасло. Казаки, сказав “сдох”, сели на коней и уехали; лишь несколько часов спустя его вместе с другими подобрали крестьяне”.

Во всех литературных источниках писалось, и мною в том числе, что до сего времени не обнаружено портрета П. И. Якобия. Совершенно недавно в результате переписки с Навлинским краеведческим музеем (директор Т. К. Слуцкая) Брянской области, в наш адрес была прислана фотография “Ф. И. Маслов с неизвестным лицом”. При тщательном сравнении и в результате консультации со специалистами, было решено, что это портрет П. И. Якобия. Сегодня впервые в истории российской психиатрии мы публикуем его в уважаемом издании — “Независимом психиатрическом журнале”.

На помещенной в настоящей статье фотографии П. И. Якобия, ясно виден яркий шрам на его левой щеке.

По всей вероятности, это ранение наложило отпечаток на личность П. И. Якобия. Он не был психопатичен, но был стеничен во всей своей личностной сфере, ранение усугубило эксплозивность и педантичность его личности.

Как стало известно, П. И. Якобий, работая в Орле, часто навещал усадьбу известного дворянина, мецената, общественного деятеля Ф. И. Маслова, где проводил лечение его сына в Навлинском уезде с. Селище, Орловской губернии. Периодически он приезжал со своим сыном Иваном.

Имеются сведения о знакомстве А. П. Чехова и П. И. Якобия, который периодически консультировал известного писателя. Об этом автором статьи было доложено в Доме-музее А. П. Чехова в Москве в 2004 году, о чем напечатано в “Чеховском вестнике” № 14 за 2004 год. Там же автором в октябре 2005 года было рассказано о статье сына П. И. Якобия — Ивана Павловича “Чехов и женщины”. Не исключается, что у отца и сына были общие разговоры и воспоминания о жизни и творчестве А. П. Чехова, что и легло в основу этой статьи.

В документах Орловского архива обнаружен также доселе неизвестный факт из жизни П. И. Якобия, приводим его дословно:

“Прошение

Желая поместить дочь мою Эльвиру Якоби во вверенное Вам учебное заведение, имею честь приложить к прошению следующие бумаги:

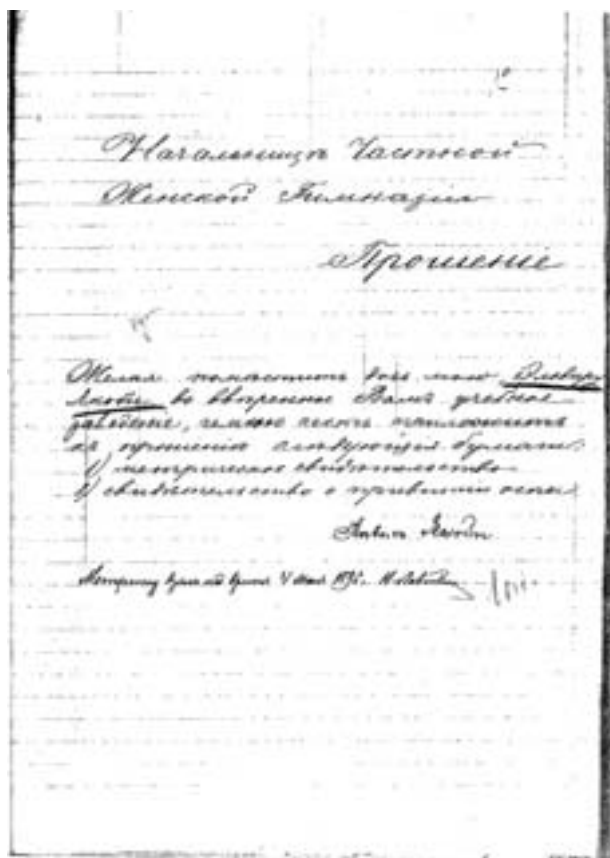
Метрическое свидетельство

Свидетельство о привитии оспы.

подпись: Павел Якоби.

Метрику в деле взял на время 4 мая 1895 года.

Это документ из “Дела попечительского совета Орловской частной женской гимназии, содержимой госпожой Сухотиною. Прошение родителей учениц выбыв-



Ксерокопия Прошения о помещении дочери П. И. Якобия Эльвиры Якобий в Частную женскую гимназию. 4 мая 1896 г.

ших из гимназии в разное время”. (Государственный архив Орловской области Ф.493.оп.1.ед.хр.18. л.12).

Несмотря на тщательные и длительные поиски, могилы П. И. Якобия и его жены В. А. Якобий (Зайцевой – Голицыной) до сего времени не обнаружены.

Обращаясь к читателям журнала, как в России, так и за рубежом, просим по возможности помочь имеющимися документальными материалами о сыне известного психиатра П. И. Якобия — Иване Павлови-



Фото жены П. И. Якобия Варвары Александровны (1845 – 1910)

че Якобии (29.06.1879 – 24.12.1964) — умершем в Брюсселе.

Адрес: 243220 Брянская область, г. Мглин, 1-й пер. Володарского, д. 23.

Тел./Факс: (848339) 2-25-35;

E-mail: hp4mgl@online.debryansk.ru.

Вышедшая в свет литература об известных представителях рода династии Российских дворян Якобиев:

1. П. И. Якобий — 2001 год (психиатр).
2. В. И. Якобий — 2004 год (художник).
3. А. И. Якобий — 2006 год (гигиенист, этнограф).
4. А. Н. Толиверова — 2003 год (гражданская жена В. И. Якобия).

Выдающийся доклад по антропологической психиатрии

В декабре 2006 года в Москве состоялся доклад д-ра Иосифа Зислина “Антропологический подход к работе с психозами”, доклад по содержанию и форме — сплошная новация, исполненный заразительного творческого поиска, по новому ставящий старые вопросы и открывающий новые, впервые вводящий в научный оборот отечественных психиатров множество очень продуктивных и перспективных для нас научных разработок гуманитарных дисциплин. Существовало, что это делается не новичком в психиатрии и не гуманитарием, а старшим психиатром психиатрического госпиталя и заведующим электроэнцефалографической лаборатории госпиталя Кфар Шауль в Иерусалиме, автором нашего журнала. Вот план доклада:

- Феноменологическая психиатрия XIX – XX веков.
- Нейрокогнитивный и нейрофеноменологический подходы сегодняшнего дня. Попытка построения нейропсихоанализа.
- Гипотеза Т. Кроу. Шизофрения как “расплата” Homo sapiens за пользование языком.
- Модель билингвального психоза и роль языка в генерации психоза.
- Теория речевых актов. Бред и заговор.
- Нарративный анализ бреда. Подход В. Я. Проппа к анализу волшебной сказки и анализу бреда.
- Антропологический подход к психозу и психотическому поведению.
- Симуляция психоза, как культурально детерминированное поведение.

- Боги, мессии, пророки, или что может дать психиатрическая клиника для антрополога.

- Языки и психозы Иерусалима.

- Фольклорные источники, питающие психоз. Психотические феномены как материал для фольклориста и антрополога.

Очень значимо, что доклад, в соответствии с феноменологической традицией, начался с дескриптивного, а не дефинитивного подхода, то есть с конкретных примеров, а не разъяснения понятий. Автор продемонстрировал фрагменты видеозаписей клинических бесед с пятью больными с мессианским и другими формами религиозного бреда. Естественно, что таких больных притягивает и порождает святой город трех мировых религий. Эти психические расстройства оказались в руках доктора И. Зислина очень демонстративной моделью развиваемых им идей о фундаментальной роли языка в самой природе шизофрении.

Можно было только посетовать на почти полное отсутствие психиатров в предельно полном зале, хотя подготовленных для такого рода дискуссии психиатров, к сожалению, видимо, совсем немного. Между тем, студенческая аудитория факультета психологического консультирования Московского государственного психолого-педагогического университета на Сухаревке была по-деловому активна и обнаружила значительную осведомленность. Остается поздравить доцента этого факультета к.м.н. д-ра А. И. Сосланда с организацией такого по-настоящему творческого семинара и уровнем подготовки его студентов.

Ю. Савенко

XII Консторумские чтения

22 декабря 2006 года в Москве состоялись XII Консторумские чтения, посвященные проблеме психотерапии в психиатрии. После традиционных вступительных слов председателя Общества клинических психотерапевтов НПА России проф. М. Е. Бурно и д-ра Ю. С. Савенко были заслушаны и обсуждены доклады о терапии творческим самовыражением больных шизотипическим расстройством, осложненным наркотической зависимостью (А. С. Иговская, Р. Г. Мухаметзянова, Е. А. Добролюбова, Н. И. Галева), о терапии скульптурным портретом (А. В. Александрович), о студии целебной живописи (Р. Г. Кош-

карова), о некоторых аспектах религиозно-ориентированной терапии (Л. С. Виноградова, С. А. Баскакова), “врач как раненый эскулап” (Б. А. Воскресеский). Во втором отделении под председательством Б. А. Воскресенского были заслушаны доклады “Психотерапевтический катарсис реактивных депрессий с утратой близкого и философский жанр утешения” (В. Б. Гурвич), “Случай психотерапии шубообразной шизофрении” (Е. Ю. Соколов) и “Случай из практики отделения паллиативной помощи” (Т. В. Орлова), “Влияние характерологических черт психотерапевта на активность ЭГО-состояний”

(А. В. Эбич) и “Влияние личностных факторов на “выбор типа психотерапевта” (Л. А. Бодренко), “Психиатрическая школа П. Б. Ганнушкина как патогенетическая основа клинической психотерапии” (А. Г. Меркин) и “Из конститорумского неопублико-

ванного” (М. Е. Бурно). В третьем отделении состоялся большой концерт Психотерапевтического реалистического театра (художественный руководитель Е. Ю. Будницкая) с выступлениями пациентов и психотерапевтов.

Пленум Правления РОП по проблеме стандартов

Пленум Правления РОП 31 января 2007 г. был посвящен “состоянию подготовки стандартов психиатрической и наркологической помощи” во исполнение приказа Минздрава от 21.11.05. Бесспорная важность этой работы не вызывает сомнения. Даже возникает недоумение: как обходились без нее раньше? Конечно, не обходились, только называли по-другому — “профессиональным уровнем”, тем более, что в русском языке английское слово “стандарт” имеет еще остро ощутимый негативный смысл — одномерности, одинаковости, нетворчественности, посредственности. Тогда как по-английски “стандарт” (standard) это, прежде всего, “знамя (штандарт)”, “норма”, “образец”, “эталон”, “уровень”. Поэтому правильное понимание смысла слова, как всегда, требует одновременно как своего антонима, так и своей карикатуры.

Карикатура “стандарта” — “шаблон”, обозначает болванку для подражания. Это сразу позволяет понять недопустимость вульгарного статичного, буквального понимания стандарта, представляющего не просто список минимальных необходимых требований сам по себе, но обязательно и, прежде всего, в его функциональной соотнесенности к существу дела. Проблема стандартов — общемировая, инициированная юридическими и экономическими мотивами, требует более четкой зафиксированной регламентации необходимого минимума профессиональных требований, пересматриваемых каждые два года.

Но зачитанный текст профессора А. О. Бухановского с полемическим творческим отношением к своей проблеме не вызвал встречного энтузиазма. Более того, даже проблема необеспеченности лекарст-

вами, ничего возмутительнее которой невозможно представить, — даже она не вызвала желания заслушать подготовленный проф. В. Д. Цыганковым текст. Такая апатия профессионального сообщества отражает пессимистический прогноз событий, вместо уверенности в том, что уровень совершаемых нелепостей близится к критическому. Поэтому особенно светлой нотой прозвучало выступление проф. Ю. А. Александровского, который поделился своим сильным впечатлением от состоявшегося незадолго до этого заседания медицинских обществ по качеству оказываемой медицинской помощи, где тезис “чиновники не должны нам диктовать” сопроводили аплодисменты всего зала.

Некоторое время назад Общественная палата на своем заседании под председательством д-ра Рошала обсуждала реформу российского здравоохранения и приняла целый ряд аналогичных решений, однако затем резолюция была послана на “согласование” в администрацию Президента РФ, после чего поступила назад в совершенно другой кастрированной редакции.

В отношении актуального доклада проф. Ю. И. Полищука о взаимодействии со СМИ и лидерами общественного мнения по вопросам психического здоровья и дестигматизации психически больных и психиатров неожиданно возникла забавная дискуссия о том, кто такие “лидеры общественного мнения”? Действительно, в нашем управляемом обществе, “управляемой демократии” какой самопроективно острый вопрос!

Международная конференция
**ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ,
 ЛИЧНОСТЬ И ОБЩЕСТВО
 В ЭПОХУ СОЦИАЛЬНЫХ ПЕРЕМЕН**

30 мая – 2 июня 2007 г., Калининград

Allif1980@rambler.ru

Калитка параллельных миров

Алекс Левко (Рига)

Мы живем в мире мифов. Крайне живуч миф о том, что попасть в сумасшедший дом — это конец, это смерть для мира реальности. Но ведь XXI век на дворе, изобретено множество лекарств, позволяющих вернуться в семью и на работу совершенно адекватным человеком. Стоит, наверное, рассказать о том, что происходит за стенами психиатрических больниц и о том, как сложен путь возвращения в мир реальности.

Надзорная палата, тамбур ирреальности

И Камбурова поет... Поет о рождественской елке, о празднике ликующего замирания: а что-то мне подарят? А у меня мешок с нерозданным — как расшатанная ступенька, с которой боишься рухнуть. Я и так уж в платяной шкаф, где тот стоит, без крайней надобности не заглядываю.

Тогда, на отданную двадцатку, не заплатив ни за газ, ни за свет, скупил пол-ярмарки. Несло вдохновение, сердце раскрылось, как всегда перед приступом, хотелось одарить всех точным попаданием в сокровенно-желанное.

А теперь, столько времени спустя после Рождества, сочли бы еще более больным, начни раздаривать все это — не к месту, не по времени.

На этот раз волна из Странного Мира накрыла меня в середине декабря. Я очнулся в надзорной палате психбольницы от холода — две торцовых стены, три больших окна. Связал узлом, которым стреноживал лошадь в походе, три изношенных байковых одеяльца — получилась вполне теплая палатка. Но еще раньше я узнал лицо своего лечащего врача. “Доктор, я так рад вас видеть!” — “Ну, наконец-то, а то все говорят: “Какой ужас, это снова вы!”

А эпизод с одеялами — это был первый самостоятельный поступок вернувшегося в Реальность человека.

Это странное место — одно из самых необычных на Земле, надзорная палата, где всегда дежурят, где все под замком. Здесь ищут кончик, за который бы уцепиться — и вернуться на планету людей.

Кто мы ДО этого? Обитатели миров, существующих в единственном экземпляре — в воображении каждого из нас. Не обязательно ужасных — в них можно быть нечеловечески счастливым. Туда может унести на несколько суток — и потом они будут вспо-

минаться как сказочное бытие в реальности. Но счастье тому, кто успевает вернуться, кого современная психиатрия (могучая наука) в силах вернуть из инопланетчиков в однопланетян.

Это огромный труд — врачей и нянечек на раздаче каши. Это тяжелый путь для тебя, вкусившего от запретного плода иного бытия. И первый свой шаг к возвращению в мир людей ты делаешь здесь — в надзорной палате.

Очнувшись, я всегда вспоминаю обитателей Бедлама, их судьбу. Лекарств типа галоперидола, возвращающего сознание, в том веке не было. Цепь и кучка соломы — вот что ждало попавшего в узилище для душевнобольных. А любопытные лондонцы по выходным сбегались к воротам — посмотреть на переставших быть людьми.

Пушкин гениально точен — но всякий ли начитанный человек помнит, что идет после слов: “Не дай мне Бог сойти с ума, Нет, легче посох и сума”?

А почему?

“Не то, чтоб разумом моим я дорожил... Я пел бы в пламенном бреду, я забывался бы в чаду нестройных, чудных грез... Да вот беда: сойди с ума, и страшен будешь, как чума, как раз тебя запрут, посадят на цепь дурака и сквозь решетку как зверка дразнить тебя придут”.

Документальное свидетельство современника: надзорная палата 1833 года. Но вернемся в наш XXI век. Они зыбки пока, стены возвращенного Мира, и через них легко просматривается твое вчерашнее могущество. Ведь ты был участником — главным героем — великолепных приключений. Была телепатическая связь со всеми близкими тебе по духу людьми планеты — и суперважный Поступок, равный подвигу, который вы совершаете вместе. Это страшно и сладко. И после Этого экстаза — очнуться в больничной палате и принять, что ничего этого не было — лишь игра воспаленного разума? Да это просто невозможно, это было бы предательством Волшебной Страны, пусть существующей в единственном экземпляре лишь в памяти зыбкой твоей.

Волшебные тапки

Ты еще не помнишь, что тебе предстоит крестный путь возвращения с самого дна. Из состояния, в кото-

ром только самые близкие люди считают тебя человеком. Для прочих же ты — растение.

Но разве растения готовы взять вину на себя за соседские грехи? Кто-то намочил постель — а ты видишь себя, что не подумал вовремя об этом Человеке, не разбудил во сне. И крики нянечки обращаешь к себе — грешен... Разве это — не человеческое?

В болезни лучше виден характер. Ярко это проявляется уже потом, в свободных для прогулок коридорах, в уютных палатах пребывающих в сознании. А здесь — как нырок в детство. Не жадина ли твой сосед, одолжит ли тапочки — у тебя не оказалось своих. И он дает, гордясь ими: “Купил за лат на рынке”. И тебе так хочется такой мягкотины, и лат у тебя наскребется, только где он, тот рынок? Так мог бы сказать купец, с верблюжьим караваном прошедший иссушенную степь: “Эти дивные ткани я покупал в Чине, в Китае...” Расстояние до рынка теперь меряется во времени — сколько тебе потребуется не дней — внутренних столетий — чтобы оказаться на одной из его дивных площадей? Но тебе так хочется тапочки, что они становятся магнитом и “заякоривают” тебя за реальность за этими стенами. И ты еще не в состоянии осознать, какая это победа. У тебя — здесь, где еле брезжит сознание — волшебные тапочки за лат становятся мечтой о жизни иной.

Удивительно легкое состояние духа. Все соседи искренне интересны тебе, ты наблюдаешь, как меняются они день за днем. И вот уже тот, кто бормотал и выкрикивал день и ночь, собирает “команду физкультурников”. И без всякого желанья — но тебе сказали, а, значит, нужно делать — ты маршируешь по проходу между койками, стоящими в центре.

Дни здесь не имеют счета. Еще не можешь восстановить связь между появлением подносов с едой и приходом полудня нового дня. Ты сосредоточен на другом — есть, супа не расплескав. Это безумно трудно, но, если не спешить, вписываешься в действо, подобное ритуалу. Это потом всплывет в памяти затверженная формула: “Возвращение — по шажку, по улыбке, по слезинке”.

А пока тебе удалось съесть обед, ничего не пролил и не рассыпав. Вкуса не ощутил, но с чувством тяжелого, но выполненного долга ты возлегаешь на койку. Это именно и есть новообретенный стиль бытия. Это не сон, не дрема. Ты качаешься на волнах могучей реки, имени у которой нет. Внутренне погружаешься в абсолютное безмолвие, и вырвать тебя из этой невидимой реальности можно только одним способом — позвав по имени. Наверное, мы настолько внутренне срастаемся со своими именами, что они могут становиться бакенами в самых необычных состояниях. А они сладки. Тревожность придет потом. А нынче — вокруг разворачивается какое-то действие, а тебя словно уносит отливом все глубже в море, все глубже. И ты не боишься утонуть — процессы, происходящие в твоём излечиваемом мозге, дают тебе ощущение аб-

солютной надежности. Все, как и должно быть: абсолютный порядок, только не надо ему мешать. Мыслей в голове нет, нет всегда строившегося тобой “дерева целей”, нет обязанностей, прав, страстей. Вселенная в твоей голове мирно спит, и ты даже не помнишь о ней. Тебе спокойно — но это не сон. Это странное бытие в остановленном времени, и тебе хорошо там.

А спустя несколько месяцев тебе вдруг захочется этой абсолютной тишины — чтобы не было мыслей, чтобы качаться на волнах той невозможной в реальном мире реки бестревожности, что укачивала тебя в надзорной палате. Но это вовсе не значит, что ты испытываешь по ней ностальгию. Потому что, попадая туда, теряешь все. Наш век милосерден — душевнобольные всего лишь герои анекдотов. Там, за волшебной калиткой в белой больничной стене, в реальном существовании никогда не изгладится это прошлое — пребывание в мире, которого не существует.

Продвижение

В блаженных мечтах я лежала в 5-й палате. Да, я — это “она”. Женская часть моего существа вернулась на место, и это верно указывало, что мне ничего не угрожает. Так уж я привыкла: все в детстве называли меня “Алекс”, а не “Сашенька”, я всегда играла в мальчишечьи игры, была верным товарищем и соратником. А мое внутреннее “Я” совпадало с любимыми героями приключенческих книг — от Немо до Пятнадцатилетнего капитана. И при первой опасности мой внутренний “он” делает шаг вперед и говорит “Я готов!” ОН — моя вера в себя, моя сила. И во всех моих “снах наяву” есть героическое начало и некоторое мессианство — исконно мужские черты, хотя пола я не меняю. Я просто единое существо, одаренное сказочными возможностями.

Сейчас мое состояние довольно адекватное, о чем и говорит перевод из надзорной палаты. Мне повезло — мой новый дом — очень уютное место, всего пять человек, и нет противных. Теперь для меня открыты все помещения отделения. Тут нет никакого “Подъем”, главное — проснутся к завтраку, а он в 9 часов. Для этого и нужны часы в коридоре — сориентироваться и успеть умыться. А желающие встают и в семь утра — чтобы спокойно помыться в ванне. Чистенько там, располагает. Но еще трудно вычислить очередность действий — саму технологию мытья. Даже чистка зубов уже не автоматический ритуал — приходится напрягаться, вспоминая, какое движение должно следовать за каким. Но с каждым днем — все легче. Тут вообще дело в том, что очень многое надо вспоминать.

И не надо гадать, что привезут — кашку. К 9-ти прифырчит грузовичок, привезет желанную еду и начнут раздавать. Очередь, окошечко, подаешь туда кружечку — наливают чай. Спрашивают, какого хлеба — черного или белого. Обычно просишь того и

того — положено по два куса. На верхний кладут половинку кругляшочка масла, и вот является тарелка с кашей. Она всегда вполне съедобная, только кукурузная мне нравится больше овсянки. Теперь предстоит очень важная операция: занять место за столом, а свободных всегда мало. Но вот оно, около телевизора. Протискиваешься мимо частого кола спинок стульев, усаживаешься. Теперь можно выбрать: добавлять ли масло в кашу или сделать бутерброд. Хлеб с маслом, даже с таким кусочком, это так вкусно и как дома. И ты размазываешь его ложкой — иногда хватает на оба куса. Теперь у тебя два блюда на завтрак: каша на первое, бутерброд на второе. Если выдали овсянку, как бы отключаешь рецепторы вкуса и получается просто ЕДА. Ее надо съесть до крошечки — кто же разбрасывается съестным? Белый хлеб с маслом проглатываешь мгновенно — так волшебнo вкусно. А пу-стую черняшку можно и просто с чаем съесть.

Теперь надо вернуть тарелку в окошко, сказать искреннее “спасибо” и не забыть забрать чашку с собой — это твое “движимое имущество”, пригодится и в палате — водички попить. Главное дело утра выполнено — вот только лекарств дожидаться — и можно возлечь на койку. И войти в сладкое состояние бестревожных мыслей. Или послушать разговоры соседешек.

Соседушки

Мне повезло — подобралась приятная и интересная компания. У Анжелы — два высших образования, а работает она — и очень успешно — в гадаальном салоне. Она очень общительна, но не навязчива. К гада-нию относится серьезно, и это неплохой приработок к инвалидной пенсии. Недавно взяла квартиру в лизинг. У нее есть друг — намного моложе ее. Она, холеная сорокалетняя красавица, вполне способна очаровать, и этот союз вполне может основываться на любви. Рвется на волю — переживает за клиенток, которым стала подругой и советчицей.

А Ольгу на днях выпишут. Закройщица в хорошем ателье, боится эту работу потерять. Мысленно уже далеко за пределами больницы.

Инесе сейчас конспектирует мою книжку по фэн-шуй. Ей интересно. В больницу попала в первый раз и поэтому очень тревожится, сможет ли вернуться к прежней жизни. Работала учительницей, одновременно училась в магистратуре, мама двух малышек. Конечно, вечный стресс — одна из причин болезни. Потом, уже покинув эти стены, мы будем перезваниваться. Я посоветовала ей магистратуру не бросать и в Норвегию, куда ее приглашали по обмену, поехать. И все прошло хорошо — она сильный человек и большая умница.

Еще одна умница у нас — Грета. Совсем молоденькая, а попадала сюда уже семь раз. Только-только успела закончить журфак — училась прекрасно — бюджетное место для нее было единственной воз-

можностью получить образование. Очень доброжелательна, терпелива, не выключивает ни у кого жалости к себе. Вместо газетки ей пришлось работать уборщицей в пиццерии, но она не оплакивала себя, а написала книжку “Пиццерия изнутри”. Бездна юмора и некоторое сходство с “производственными романами” Хейли. Грета — большая оптимистка и уверена, что найдет спонсора для издания книги. А еще она верит, что врачи подберут-таки для нее такие препараты, что она перестанет попадать сюда снова и снова. И сможет она, наконец, работать в любимой журналистике — ведь таланта и мужества ей не занимать. И я верю в ее удачу!

А наша Раиса уже на пенсии, и в соседнем отделении лежит ее дочь. Это уже третий случай, с которым я сталкиваюсь — мать и дочь в одной больнице. Казалось бы, в полном праве клясть судьбу и плакаться на проклятие наследственности. Но, наверное, время слез уже прошло. Хорошо, что семья у них зажиточная, большая и очень спаянная. Часто приезжает муж, и они с дочкой сразу после утренних таблеток уезжают покататься на машине по городу, обедают в хорошем кафе, а к тихому часу возвращаются. И наверняка “на воле” никому не приходит в голову, что эти женщины в шикарных шубках — душевнобольные.

Тамара старше всех в палате, немного угрюмая и любит рассказывать, через какие препоны пришлось пройти ее семье, чтобы получить статус малообеспеченных. Принесенное из дома ест тайком, как будто могут отнять. Невеселая у нее жизнь, и нет никаких иллюзий, что, выйдя из больницы, окажется в стране, где “счастья каждому, и даром”. И я знаю, что она во многом права, но не хочу думать о тяжелом здесь. Какой там был девиз у Скарлетт: “Об этом я подумаю завтра”.

“Общественная жизнь” в отделении течет спокойно. Совсем юные девчонки, попавшие сюда, всю сражаются с болезнью макияжем, меняются тушью для ресниц, лаком для ногтей, стараются вернуть бы-лую прелесть. Но яркий макияж на их личиках утешает — болезнь накладывает на лица особенную печать — черты лица будто каменеют.

Вечера тянутся медленно — телевизор есть, но смотрят двое-трое — нет настроения, раздражает. Зато к Анжеле очередь стоит — всем хочется узнать судьбу. Она берет 10 сантимов за сеанс — ради престижа профессии, раскладывает карты и всем дает надежду. А Инна из соседней палаты делает всем желающим профессиональный маникюр. “Я не беру денег с пожилых, — говорит она, — пусть для них радость будет бесплатной”.

Свободный режим — полпути к сладкой свободе

И однажды приходит день, когда тебя переводят на свободный режим. Означает сие, что отныне ты в

определенные часы можешь самостоятельно покинуть отделение и гулять по всей территории больницы — а это простор. Сладостно, когда в первый раз перед тобой распахиваются все крепкие замки. Ты теперь вправе гулять, ну почти, на свободе.

Свободный режим сладостен летом и весной. Один из склонов холма, на котором стоит больница, превращен в огромный газон. На нем можно сидеть, можно лежать — земля прогрелась и дарит тебе необыкновенную уверенность — ведь что может быть надежнее теплой земли? Пахнет травой, желтенькие цветочки разбегаются по поляне. Это мир счастья — здесь куда лучше, чем там, где впритык к забору мчатся трамваи, где толкуются прохожие на пыльной улице. Солнце — для всех, здоровых и не очень, и сейчас именно нездоровых оно балует — не печет, а нежит. Зелень дарит нас счастьем быть живыми. Да, пусть нездоровыми, но мы сумеем, мы поднимемся и докажем всем, что можем быть им равней.

Однажды я стояла около забора и смотрела на улицу. А троллейбусная остановка — напротив. И вдруг одна девушка заметила меня, затеребила подругу и стала тыкать в мою сторону пальцем. Похоже, она смеялась. Дурочка! Меня как холодной водой окатило, я тут же отошла подальше. Да, мы больные, над которыми принято смеяться. Даже Аркадий Арканов написал о нас юмореску. А он же врач, как он клятвой Гипократа не подавился. Но обижаться бессмысленно. Все равно мы сможем жить и работать дальше, ощущая себя полноценными людьми. Ведь мы возвращаемся. Пациенты “дурки” снова становятся бухгалтерами, магистрантами, журналистами. Те, кому повезло, — лекарства от их болезни уже найдены. А у них самих хватило сил подняться духом над больничной койкой. И только мы знаем, что этот переход — от мира болезни к безумному миру реальности — требует истинного мужества.

Страшный автобус

Существуют больничные отпуска — когда врач считает, что ты уже к этому готов, тебя выпускают на выходные домой. Волнение перед первым выходом из больницы — как на вокзале перед отходом экспресса в чудо-страну. Как будто на волю можно опоздать хоть на 15 минут. Но вот получены лекарства на следующие дни, и ты выходишь в мир. Пересекаешь невидимую границу между параллельными мирами — проходишь через обыкновенную калитку в белой стене.

Мир, когда-то бывший твоим, обрушивается невообразимым грохотом: это трамвай пробежал, грузовик проехал. И вот ты стоишь на остановке автобуса и думаешь, что делать, если не будет свободных мест, — устоишь ли на ногах или осядешь кулем при первом же повороте. Ждать недолго — и ты перешагиваешь в эту пугающую тебя машину. Сидячих мест нет, все

твое тело отдано на волю движения. Невидимая сила подхватывает и несет, встряхивает, подталкивает то в спину, то в живот. От тебя ничего не зависит. Тебе жутко с непривычки. Вдруг теперь так будет всегда? Но в памяти всплывает: вот эта остановка — половина пути. И снова тебя толкают и подталкивают тугие потоки воздуха. Наверное, модель самолета в аэродинамической трубе чувствует нечто схожее. За тонированными стеклами несутся дома и деревья — но ты отворачиваешься, жутковато это. Ты не принадлежишь себе — что ни делай, сатанинская колыхага бега не замедлит. От тебя абсолютно ничего не зависит — и это по-настоящему страшно.

Трудно представить, что для человека, родившегося и столько лет прожившего в большом городе, поездка на обыкновенном автобусе может стать просто-таки борьбой за выживание. Борьбой, при которой даже двигаться нельзя — надо терпеть и ждать, будто не можешь выключить телевизор в невыносимом месте ужасика. Но ты терпишь — и доезжаешь до нужной остановки.

Счастливого пути!

И приходит день — радостный и страшный — когда тебя выписывают из больницы. Теперь никакие стены не защитят тебя от реальности, такой непривычной и колючей. Ты запикиваешь вещи в сумку — немало принесли с воли за полтора месяца — и вся палата помогает тебе затянуть застегжку. Тебе жалко терять найденных здесь друзей, но телефонами уже обменялись. Теперь выйти на больничное крыльцо — и свобода. Но тебе страшно сойти с него, делаешь два неуверенных шага — и вдруг слышишь незнакомый голос со второго этажа: “Счастливого пути!” И становится легко. Теперь ты знаешь, что сумеешь еще раз доказать свою профпригодность, снова привыкнуть к почужевшему дому. Болезнь, конечно, никуда не исчезнет и будет напоминать о себе подлыми выходками.

Одна из самых частых — приступ эндогенной депрессии. Она словно черным тюлем задерживает мир. Предметы становятся зыбкими. Есть только одна определенность: тебя поймали в очередной раз и снова будут мучить. Если ты дома, то самое лучшее — устроиться на диване, повернувшись лицом к стене, и накрыться пледом с головой. Неплохо при этом закрыть глаза ладонями. Чтобы никакой лучик света не проник, никакая информация извне — она сейчас мучительна. Лежать так и перебиваться, пока чернота сама не начнет рассеиваться. Тогда ты сможешь открыть глаза и откинуть плед. Будешь таращиться на старенькие обои и “думать одну мысль”. Насквозь депрессивную — никогда ты не сможешь заработать на ремонт. В этом состоянии невозможно вспомнить что-нибудь приятное из прошлого. Будто в памяти свет вырубил.

Но приходит Полосатка и ложится рядышком. Только ее тепло ощущать — грандиозный подарок. Это якорь в мире без надежды — вот она, кошечка, которую ты подобрала умирающим от голода котенком, ты ее выходила, ты ее вырастила и теперь ты можешь сказать демонам депрессии: в моей жизни был смысл, он есть, я нужна Полосатке. И черные лапы депрессии чуть приотпустят тебя. И твои одеревеневшие руки и ноги расслабляются.

Депрессия невероятно мстительна. Если ты вырвешься из-под натянутого ею одеяла и пойдешь по делам, ты хоть немного отвлечешься и развлечешься. А это не прощается: уже на обратной дороге у тебя начинает сводить мускулы ног. А когда ты вернешься и приляжешь, депрессия в квадрате придет тебя терзать. И нарастает ощущение: жилы из рук вытягиваются и накручиваются на реально существующий во-

рот. Ты в жуткой тоске мечешься, перекатываясь с боку на бок с вечным на запекшихся губах “Помогите!” Никто не слышит тебя. Это где-то потом ты сможешь позвонить друзьям, и они утешат тебя. Это дар Божий, что у тебя есть истинные друзья. А пока надо терпеть и радоваться, что в эти минуты ты не на работе. Проходит все. Проходит и этот приступ.

И снова ты можешь жить жизнью нормального человека, конечно, поглощая свои таблетки. Вернулась способность читать и запоминать сюжеты, вернулась способность писать далеким друзьям интересные письма. Ты снова в гавани реального бытия. Мы возвращаемся, мы, душевнобольные. Пусть анекдоты повествуют о нас, хотя мы достойны уважения за мужество. Хотя об этом знают только наши врачи и самые близкие из друзей. Счастливого вам пути, коллеги по Судьбе!

Лестер Эмбри

РЕФЛЕКСИВНЫЙ АНАЛИЗ
Первоначальное введение в феноменологию

М., 2005

Рекомендуем:

КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ В ПСИХИАТРИИ

под ред. проф. А. Г. Гофмана

М., 2006

(собрание избранных клинических разборов из НПЖ)

ПСИХИАТРИЯ.

Справочник практического врача

под ред. проф. А. Г. Гофмана

М., 2006

С. Ю. Циркин

АНАЛИТИЧЕСКАЯ ПСИХОПАТОЛОГИЯ

М., 2005

Дом медкниги. Комсомольский пр-т, 25; тел.: 245-3927

80-ЛЕТИЕ АЛЕКСАНДРА ГЕНРИХОВИЧА ГОФМАНА

Современная действительность такова, что молодому поколению отечественных психиатров в пору растеряться — все зыбко, изменчиво, ненадежно. В такие времена бесценны люди, которые воплощают в себе наши профессиональные и человеческие принципы и традиции, в которых они всегда живы с непреклонностью самой природы. Таким уникальным для нашего времени человеком является профессор Александр Генрихович Гофман, руководитель отделения психических расстройств, осложненных патологическими видами зависимости, Московского НИИ психиатрии Росздрава.

Александр Генрихович родился в Москве в семье известного профессора гинеколога. В годы войны был в эвакуации в Омске, где окончил школу, а в 1948 году окончил лечебный факультет 2-ого Московского медицинского института. Здесь А. Г. прослушал курс лекций профессора В. А. Гиляровского и прошел на его кафедре трехлетнюю клиническую ординатуру, после чего продолжил свою клиническую и научную деятельность в психиатрической больнице им. Кашенко, на базе которой располагался Институт психиатрии АМН СССР, директором которого был тогда В. А. Гиляровский.

Среди своих учителей Александр Генрихович называет, прежде всего, Петра Михайловича Зиновьева, а также М. А. Чалисова и К. А. Скворцова, необычайно разносторонних психиатров, людей высочайшей культуры, свободно владевших европейскими языками. Какое-то время А. Г. работал с Е. П. Каменевой, обладавшей редкой клинической интуицией.

Последние полстолетия, с 1957 года, научная судьба Александра Генриховича связана с Московским НИИ психиатрии, где в 1961 году он защитил кандидатскую, а в 1970 году докторскую диссертации по проблемам клиники, дифференциальной диагностики и лечения алкогольных психозов. Александр Генрихович внес большой вклад в разработку проблемы шизофрении и маниакально-депрессивного психоза, сочетающихся с алкогольной зависимостью. Приоритетным направлением в научной деятельности Александра Генриховича является проблема психических расстройств, осложненных патологическими формами зависимости. Он — непревзойденный знаток не только проблемы “микстов”, но всей наркопсихиатрии, патриарх этого направления, его клинической основы.



Отделение Александра Генриховича — одно из немногих, где сохранилась традиция развернутых клинических разборов.

Перу Александра Генриховича принадлежит свыше 260 печатных работ, он — автор и редактор пяти руководств и справочников по психиатрии и наркологии, причем три из них вышли в последние два года — свидетельство неистощимой творческой активности. Ясность, четкость, научная взыскательность — отличительные черты его текстов.

Под руководством Александра Генриховича защищено 37 кандидатских и 4 докторских диссертации.

Александр Генрихович является членом Правления Российского общества психиатров, председателем

Этического комитета Независимой психиатрической ассоциации России, членом Постоянного комитета по контролю наркотиков при Росздраве, членом редколлегии журналов: “Социальная и клиническая психиатрия”, “Наркология”, “Вопросы наркологии”, “Терапия психических расстройств” и др.

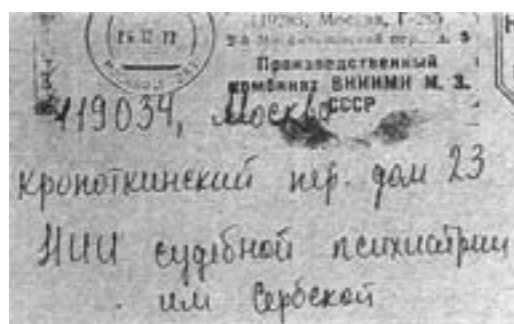
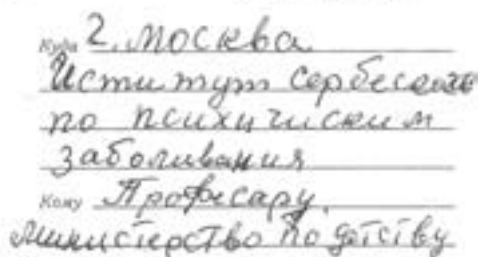
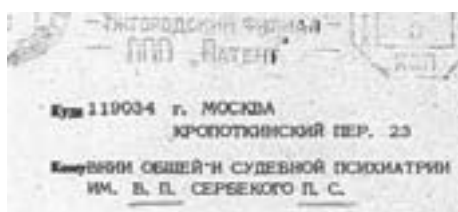
Александр Генрихович — один из очень немногих, кто всегда выступает, не считаясь с конъюнктурой, с любыми внепрофессиональными соображениями, с возможными отрицательными последствиями для себя, активно отстаивая честь и достоинство нашего предмета, не замалчивая неблагоприятных происшествий. Эта активная принципиальность в науке, в отношении к благу больных, в отношениях с коллегами снискала ему уникальную репутацию человека, на которого, в самом деле, во всем можно положиться — в строгости проведенных исследований, в логике доказательств, в отстаивании профессиональных идеалов, в отпоре халтуре. Его знаменитые исправления “опечаток” монографии И. В. Стрельчука остаются беспрецедентными.

Активная позиция и боевой дух отличают Александра Генриховича во всем, и в его многочисленных хобби — это чуть ли не все виды спорта, которыми он продолжает заниматься, и особо — шахматы.

Лучшим способом порадовать юбиляра было бы последовать его примеру, приняв эстафету лучших традиций отечественной психиатрии.

Сердечно поздравляем Александра Генриховича с юбилеем! Желаем ему дальнейших творческих успехов, а также здоровья и счастья вместе с его спутницей жизни Инной Витальевной.

ПОСМЕЕМСЯ ВМЕСТЕ



* Продолжаем публиковать коллекцию, собранную Ю. Н. Аргуновой во время ее работы в ГИЦ социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского (Москва, Кропоткинский пер., 23). Начало см. НПЖ, 2006, 3, 4.


Куда г. Москва, Т-34
Кропоткинский пер. 23
Институт им. Сперанского
Кому В отдел кадров

г. Москва
Институт судебной психиатрии им. Сибирского

117
г. Москва Т-34
Кропоткинский пер.
д. 23
Кому ИИ - 7 имени
Свободы

Куда г. Москва
научно-исследовательский институт им. Свердлова
визы

г. Москва
научно-исследовательский
нервно-психический институт им. Свердлова
Генер. директору

Министерство  связи СССР
№ 3 Вещ. Н 179 № 2
Адрес: Кропоткинский пер. 23
Кому: ИИ-7 им. Горького
Почтаву тофину мира.
На ваше имя получено

РЕКОМЕНДАЦИИ

- Прокл.* Комментарий к “Пармениду” Платона. — М., 2006
Фома Аквинский. Сумма теологии. т. 2. — М., 2007
Фридрих Ницше. Собрание сочинений. т. 7. — М., 2007
Георг Зиммель. Избранные работы. — Киев, 2006
Фридрих фон Хайек. Право, законодательство и свобода. Современное понимание либеральных принципов справедливости и политики. — М., 2006
Александр Кожев. Атеизм. — М., 2007
Джон Остин. Три способа пролить чернила. — СПб., 2006
П. П. Гайденок. Время, действительность, вечность. — М., 2006
Леонид Пинский. Минимы. — М., 2007

* * *

- Л. А. Гоготшивили.* Непрямое говорение. — М., 2006
Димитрий Сегал. Литература как охранная грамота. — М., 2006
Бenedикт Сарнов. Перестаньте удивляться. — М., 2006
Бenedикт Сарнов. Наш современный Новояз. — М., 2005

* * *

- Ю. В. Чайковский.* Наука о развитии жизни. — М., 2006
Д. Берри, А. Пуртинга, М. Сигалл, П. Дасен. Кросс-культуральная психология. — Харьков, 2007
Пьер Бурдьё. Социология социального пространства. — М. – СПб., 2007
Роже Кайуа. Игры и люди. — М., 2007

* * *

- Серджио Бенвенуто.* Мечта Лакана. — СПб., 2006
Веселие Руси. XX век. Градус новейшей российской истории: от “пьяного бюджета” до “сухого закона”. — М., 2007
Петр Люкиссон, Марк Котлярский. Евреи и секс. — СПб., 2005

* * *

- Нейл Фолкнер.* Апокалипсис или первая иудейская война. — М., 2006
Владимир Малявин. Империя ученых. — М., 2007
М. А. Пылаев. Западная феноменология религии. — М., 2006

* * *

- Записки князя Петра Долгорукова.* — М., 2007
Екатерина Брешко-Брешковская. Скрытые корни русской революции. Отречение великой революционерки. 1873. — 1920. — М., 2006
Федор Дан. Два года скитаний. Воспоминания лидера российского меньшевизма. 1919 – 1921. — М., 2006
М. М. Пришвин. Дневники. 1930 – 1931. — СПб., 2006
Франц фон Папен. Вице-канцлер Третьего Рейха. Воспоминания. — М., 2005
Туре Гамсун. Спустя вечность. Автобиография. — М., 2006

* * *

- Владимир Жаботинский.* Самсон Назорей. — М., 2006
Леонид Гиршевич. “Вий”. Вокальный цикл Шуберта на слова Гоголя. — М., 2005

ABSTRACTS

175 Years of our Pinel Reform and Fate of Reforms in Russia

The Pinel reform in Russia was carried out by Vasiliy Fedorovitch Sabler in the Preobrazhensky mental hospital in Moscow in 1932. The Pinel reform means not only “removing of chains” from patients, but abolition of prison regime and a police post for a director of hospital. It was a turning point without which psychiatry is unthinkable neither as medical profession nor science. It is necessary to point out also four outstanding features — the landmarks of this process.

In 1869 disciple and research worker of Sabler professor A. V. Freze for the first time in Russia introduced in Kazan the principle of non-constraint, that is repudiating all mechanical means of constraint, which estrange patients with personnel. And that changed psychological atmosphere in hospitals in a radical way.

In 1887 the first congress of national psychiatrists was marked by a notable report by S. S. Korsakov “On question of non-constraint”, which in spite of numerous attacks of adepts of police psychiatry became decisive for best representatives of our profession.

In 1891 in the process of historic discussion actually all main principles comprising essence of “new paradigm of organizational psychiatry” were formulated. The credit of which belongs to Pavel Ivanovitch Yakobiy.

In history of Russian psychiatry the deals of the new paradigm of organizational psychiatry in out-patient cen-

ters and psychogigienic direction were used in practice before the West in time of activities of Lev Markovitch Rosenstein (1924 – 1935). But in conditions of totalitarian state they had predictable outcome: psychiatrists were told to limit their activities by hospital psychiatry, i.e. obvious mental disorders, broad diagnostics was blamed and psychiatrists were forbidden to interfere in industry and public life.

At present in Russia a large scale reform is under way. At first sight it is being carried out by standards of all developed countries. However, it is being carried out not by a doctor, but according to the epoch — by manager. Public discussion of the conception of the reform in the State Duma was met with categorical protest of majority of the audience, but it took place after its adoption. But how come that the post of health minister occupies not a doctor, but the man openly stands for priority of saving resources and not of health. For instance — it is irrelevant to spend money for patients with mucoviscidosis, said he.

Total distraction from the basic value — human life is sacred for the doctor, which were specific of our profession and caused no doubt even in harder times, leads to degradation of the community of doctors, who now still indignant, but feel themselves powerless. So, medicine has become one of the most explosive items of general discontent and tension.

Tragedy of Life and Work of Arthur Kronfeld — Classic and Still Contemporary

Arthur Kronfeld (1886 – 1941) together with Karl Jaspers and Kurt Schneider comprise one of the summits of clinical psychiatry, clinico-psychopathological analysis. Member of Heidelberg school, he greatly contributed to all branches of psychiatry, laid its theoretical and philosophic foundations, cleared up relationship of psychiatry and psychology, advanced all practical sections (sexopathology), described new clinical forms (in part mild schizophrenia) and worked out new methods of

therapy (from psychogogica to insulin coma therapy). The last five years of his life after escape from fascist Germany Kronfeld worked in Moscow where he published a series of works, in which he presented unsurpassed analysis of formation of syndromology, nosology and the schizophrenia doctrine, grandiose panorama of clash of different approaches and substantiation of nosology on such a level of comprehension, which leaves far behind its modern criticism.

What is Loss of Insight? (Continuation of polemics)

Clinical disorders of loss of insight are especially heterogenic and polymorphous, they are noted in the framework of every psychopathological disorder, any syndrome of any register — neurotic, affective, delirious and so on. Loss of insight of depressive and maniacal patients, lack of insight due to complacency and indifference, complex lack of insight of neurotic patients, lack of insight due to pathology of character (for instance of

hypo- or hyperbolic type due to passivity or impulsivity and so on), lack of insight as a consequence of infantilism or mental retardation — with all their different aspects and with all complex combinations with each other are reduced by notion of lack of insight to the common denominator, which serves as important indication of hardness of condition, but is inseparable from psychopathological context.

The Periodic Disease with Phenomena of Psychic Somatization

A. Nersisyan, K. Danelyan (Yerevan, Armenia)

The work is dedicated to the ethio-pathogenes, clinic, process and characteristics of PD going with psycho-somatic phenomena. It shows that before the rise of the attack characteristic for the disease, some personal descriptive changes can be observed especially expressed in the form of individual accentuation, not rarely in the phenomena of alexithymia. An essential role plays the predisposition overburdened by PD (homogenous predisposition) in the genesis, as well as by PD and a number of psychic diseases (homogenous and heterogenic or mixed predisposition). A number of accessory (exogenous pathogen) factors immediately precede disease attacks and their recidivus quite frequently. Therefore the author believe that they can rank PD among the polygene class: the beginning of the disease is expressed with somatoform disorders (with phenomenon not caused by diagnostic so-

matic disease) which associate subsequently different pathological phenomena caused by PD with somatic character. And so according to the above-mentioned facts the authors propose to classify PD among the range of psycho-somatic diseases. Due to the circumstance that the locality displacement of the patient, the treatment with normotimics, antidepressants, little tranquillizers and psychotherapy many time interrupt the attacks and evoke protracted remission. Due to the mentioned fact the authors insist that it is little convincing to explain PD only with genesis predispositions, that the above-mentioned exogenous pathogen factors, the ethno-psychological characteristics connected with dynamically chronic or long and repeated stress factors play a great role in its genesis.

Civil Commitment in the USA

V. V. Motov (Tambov)

The author tries to outline the state of affairs in the area of involuntary psychiatric hospitalization in America from the time of construction of the first psychiatric hospital in Williamsburg, VA, in 1773 to the present time. Involuntary psychiatric hospitalization or civil commitment, resulting in "massive deprivation of liberty" (Humphrey v. Candy, 1972), is premised on the two legal doctrines: police power and *parens patriae*. Legal reforms of the 1970s, having made being dangerous to others a standard for civil commitment, have emphasized the po-

lice power criteria and have partially abandoned the *parens patriae* standard so that virtually no state currently adheres to the "mental illness plus need for treatment" standard. Meanwhile, a developing tendency of state legislatures to amend commitment statutes in order to respond to treatment needs of patients with serious mental disorders before they become dangerous to others or to themselves is becoming more and more visible. In the final part of the paper the author discuss some issues raised by the enactment of sexually violent predator laws.

Первый психиатрический конгресс Восточной Европы

21 – 23 сентября 2007 г., Фессалоники (Греция)

gchristodoulou@ath.forthnet.gr

IV международная научная конференция

СЕРИЙНЫЕ УБИЙСТВА И СОЦИАЛЬНАЯ АГРЕССИЯ

18 – 21 сентября 2007 г., Ростов-на-Дону

Тел.: (863) 267-4815; E-mail: **bux@jeo.ru**

ISSN 1028-8554

НЕЗАВИСИМАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ АССОЦИАЦИЯ РОССИИ
INDEPENDENT PSYCHIATRIC ASSOCIATION OF RUSSIA

**НЕЗАВИСИМЫЙ
ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ**

**INDEPENDENT
PSYCHIATRIC
JOURNAL**

**ВЕСТНИК НПА
IPA HERALD**

I

2007

МОСКВА

**СПЕЦИАЛИСТЫ
НЕЗАВИСИМОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ АССОЦИАЦИИ РОССИИ**

ведут прием граждан

**по вопросам нарушения прав лиц с психическими расстройствами
и их родственников**

(общественная приемная):

по средам — с 13 до 17 час.

Москва, Колпачный пер., 7, стр. 2

М. “Китай-город” или “Чистые пруды” — рядом с Покровскими воротами

Комиссия специалистов (по предварительному назначению)

работает по вторникам с 16 до 20 час., там же.

Телефон для справок: (495) 623-1348; факс: 621-1418; E-mail: info@npar.ru

Адрес для корреспонденции: 101000, Москва, Лучников пер., 4, под. 3,

Российский исследовательский центр по правам человека.

ПРИНИМАЮТСЯ ЗАКАЗЫ НА ИЗДАНИЯ НПА РОССИИ:

Артур Кронфельд

**СТАНОВЛЕНИЕ СИНДРОМОЛОГИИ И КОНЦЕПЦИИ ШИЗОФРЕНИИ
(работы 1935 – 1940 гг.)**

М., 2006, 758 стр., (тираж ограничен)

*Это заветное чтение наших лучших клиницистов,
содержащее грандиозную панораму столкновения различных подходов,
становление клинико-психопатологического анализа
и обоснование нозологии на таком уровне понимания,
который оставляет далеко позади ее современную критику*

Ю. Н. Аргунова

**ПРАВА ГРАЖДАН С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ
Вопросы и ответы — М., 2007**

*Издание второе, переработанное и дополненное
(вдвое расширенное издание с учетом изменений по январь 2007 г.)*

ЗАЯВКИ на издания НПА направлять по адресу:

119602, Москва, Олимпийская деревня, д. 15, кв. 61.

Аргуновой Юлии Николаевне

ПРОДАЖА

в газетном киоске издательства «Экспресс-хроника» у выхода из метро «Чеховская»

«НЕЗАВИСИМЫЙ ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ»

Индекс для подписчиков: 73291

- 1991, I: Устав НПА — Антипсихиатрия сегодня — О психической заразительности.
- 1992, I-II: Проблема предмета советской психиатрии — Начальное бредообразование — Затухание бреда — Доклад комиссии ВРА о визите в СССР в 1991 г.
- 1992, III-IV: Герои и антигерои советской психиатрии — Дело генерала Петра Григоренко.
- 1993, I-II: Интрацепция и ипохондрия — Проблема идентификации — Практика и техника психоанализа.
- 1993, III-IV: Взгляд на амер. психиатрию XX в. — Границы sch.
- 1994, I: Нелекарственная терапия психозов — Выбор приоритетов — Типология деперсонализации.
- 1994, II: О бреде — Феноменология меланхолии.
- 1994, III: Деят. НПА за 1989–1993 гг. — Ответствен. за незаконное стационарирование — Врач. тайна — О школе Столбуна.
- 1994, IV: Психоанализ в противоречиях — Биографический метод — Терапия смыслоутраты.
- 1995, I: О вялотекущей шизофрении — О диагностике — Митрополит Антоний о медицинской этике.
- 1995, II: Об институциональной психотерапии — О границах психотерапии — Об этнопсихиатрии — Дело АУМ.
- 1995, III: DSM-IV — Бенедетти о психотерапии шизофрении — Психология свидетельских показаний.
- 1995, IV: Гематол. психоанал. — Психиатрия — Представительство интересов психич. б-ных — VII съезд НПА и XII съезд РОП.
- 1996, I: Ясперс о бреде ревности (1) — Психиатрия и права человека — О мышлении по аналогии.
- 1996, II: Ясперс (2) — Психиатрия и нейрофизиология — Психиатрия в III Рейхе/ГДР и СССР/России — Обращение в Думу и Правительство.
- 1996, III: Ясперс (3) — Клинический разбор — Образ человека и мозг — Правовые казусы — О психоанализе.
- 1996, IV: Ясперс (4) — Конгресс в Мадриде — Психиатрия и религия — Памятка для пациентов об их правах.
- 1997, I: Интуиция в психиатрии — Новая парадигма. I — Ответ д-ру С. Глузману.
- 1997, II: Предложения к Закону — Метод идеальных типов — Новая парадигма. II — Психиатрический ГУЛАГ.
- 1997, III: Сто лет психоанализа — Новая парадигма. III — Психиатрия и религия.
- 1997, IV: Гуссерль и Ясперс — Новая парадигма. IV — Юбилей Бехтерева — Патографии Ленина и Хрущева.
- 1998, I: Гуссерль и Ясперс — Новая парадигма. V — Законы о наркотиках — Экспертиза Бехтерева по делу Бейлиса.
- 1998, II: Деятельность НПА в 1997 г. — Развитие психиатрической помощи в России — Основы этических стандартов в психиатрии — Детская психиатрия.
- 1998, III: Структура идентичности и психоз — О предмете социальной психиатрии — “Тирания психиатрии” и “тирания права” — Сорокин об ошибке русской интеллигенции.
- 1998, IV: Концепция психопатологического диатеза — Полемика о путях борьбы с наркоманиями — Психиатрия и религия — Курт Гольдштейн: Принцип целостности.
- 1999, I: Курт Шнайдер. Религиозная психопатология (1) — Психотерапия — Экспертиза “Свидетелей Иеговы” — Басня о психотронном оружии.
- 1999, II: Шнайдер (2) — Социальная психиатрия — Психотерапия — Всероссийский семинар к 10-летию НПА.
- 1999, III: Шнайдер (3) — Тенденции российской психиатрии — Экспертиза сайентологов.
- 1999, IV: Кризис современной психиатрии — ЭЭГ при молитве и голодании — Психиатрия и религия — Дело Платона Обухова — Этика экспертизы.
- 2000, I: Рильке — Об-ва родств. б-ных — Полемика — Проект Закона.
- 2000, II: Кассирер: Техника политических мифов — “Открытый диалог” — Экспертиза парасуицида — Корсаковская экспертиза — Дело Шмита (1).
- 2000, III: Критика МКБ-10 — Психофармакология — Социальная и судебная психиатрия — Дело Шмита (2).
- 2000, IV: X-ый съезд НПА России: Проблема доверия — Обсессивный синдром — Опасные действия больных — Ганнушкин — Зейгарник — XIII съезд психиатров России.
- 2001, I: X съезд НПА России — проблема доверия — Дискуссия о судебно-наркологической экспертизе — Парадоксы невменяемости — Концепция “промывания мозгов” — фальшивка ЦРУ — Об экспертизах саентологов и иеговистов.
- 2001, II: Экзистенциальный анализ восприятия князя Мышкина — Психопатол. диатез — О психич. здоровье и состязат. эксп. — Экспансия идеологии на психич. здоровье.
- 2001, III: Крепелин — Нет — метадону — Признаки упадка психиатрии (1) — Эпическая терапия — Дело Столбуна.
- 2001, IV: Кронфельд — Психология в психиатрии — Признаки упадка отечественной психиатрии (2) — Положение психически больных в регионах России — Психиатрия и религия.
- 2002, I: Русский Пинель — Саблер — Кронфельд — Врачебная тайна — Письмо из Бутырок.
- 2002, II: Балинский — Кронфельд — Регуляция психиатр. помощи — Психиатрия катастроф — Эксп. Буданова — Доклад ВОЗ.
- 2002, III: Якобий — Кронфельд — Регуляция психиатр. помощи — Наркология — Экспертиза Буданова — XII конгресс ВРА.
- 2002, IV: Роршах — Пленарные лекции конгресса ВРА — Судебно-психиатр. экспертиза и новый ГПК — Иск к Библии — О гипнозе — Съезд психотерапевтов.
- 2003, I: Н. Гартман — Эксп. Буданова 3 — Пресса и психич. здоровье.
- 2003, II: Рохлин — Фрумкин — О предмете психиатрии — Мониторинг ПБ России 1.
- 2003, III: Ясперс — Ануфриев — Критика поправок закона — Эксп. Буданова 4.
- 2003, IV: Штернберг — Есенин-Вольпин — Дело Ракевич — Демедицинизация — Эксп. оценка психич. ретардации.
- 2004, I: Снежневский — Псих. инфантилизм — Мониторинг ПБ — СПЭ.
- 2004, II: 15-летие НПА России — Патогенез энд. депр. — СПЭ — Что такое “контроль сознания”?
- 2004, III: Розенштейн — Мониторинг ПБ — Отрав. психоакт. в-вами — Кризис психиатрии — Новая редакция закона.
- 2004, IV: Корсаков — Шизофрения — О реформе психиатрической помощи — “Обезьяний процесс” — Тюремная медицина.
- 2005, I: Кандинский — Наркополитика — Множественная личность — Интервью Ясперса.
- 2005, II: Папа Иоанн Павел II — Конфликт интересов — “Обоснование” упразднения негосуд. СПЭ.
- 2005, III: II мировая война — Расстройства памяти — О Ясперсе.
- 2005, IV: 15 лет НПА — Диагностич. системы — Лат. формы антипс. — Рекур. sch. — Съезды ВПА и РОП — О Ясперсе.
- 2006, I: Крамер, Снесарев — Феноменологич. подход — Главн. пробл. психопатологии.
- 2006, II: Крепелин, Фрейд — Факты и ценности в псих. д-зе — Европейский план действий по охране психического здоровья.
- 2006, III: Уничт. пс. больных — Бассин — Фуко — Суд. пс. — О Ясперсе.
- 2006, IV: Розанов — Лопес Ибор — Р-во критики — 38 ст. — Реформы — Группы поддержки.

Материалы для публикации присылать по адресу:

125581, Москва, ул. Ляпидевского, д. 18, кв. 41, Ю. С. Савенко; E-mail: info@npar.ru

Статьи следует сопровождать резюме для перевода на английский язык

Телефон редакции (495) 623-1348

Адрес для корреспонденции: 101000, Москва, Лучников пер., 4.

Российский исследовательский центр по правам человека. НПА России