

ISSN 1028-8554

НЕЗАВИСИМАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ АССОЦИАЦИЯ РОССИИ
INDEPENDENT PSYCHIATRIC ASSOCIATION OF RUSSIA

**НЕЗАВИСИМЫЙ
ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ**

**INDEPENDENT
PSYCHIATRIC
JOURNAL**

**ВЕСТНИК НПА
IPA HERALD**

IV

2008

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
М. Е. Бурно
Л. Н. Виноградова
Б. А. Воскресенский
В. Е. Каган
Г. М. Котиков
А. Ю. Магалиф
В. В. Мотов
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
Mark Burno
Liubov Vinogradova
Boris Voskresenski
Victor Kagan
Grigori Kotikov
Alexander Magalif
Vladimir Motov
Vladimir Prokudin

Сдано в набор 10.12.2008. Подписано в печать 22.12.2008. Формат 60 84 1/8.
Бумага типографская офсет № 1. Гарнитура “Таймс”. Печать офсетная.
Тираж 1000 экз. Заказ № 2008-04-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

150 ЛЕТИЕ В. П. СЕРБСКОГО	
Несвоевременная личность — В. Д. Тополянский	5
150 ЛЕТИЕ П. П. КАЩЕНКО	9
100 ЛЕТИЕ Д. Д. ФЕДОТОВА	10
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ	
<i>В. П. Сербский — Психиатрическая экспертиза по делу Бейлиса</i>	13
Что такое “феноменологическое описание”? — Ю. С. Савенко	19
Феноменология бреда и сверхценных идей в психопатологии Theodor Meynert и Carl Wernicke — Н. Ю. Пятницкий	27
КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ	
Нервная булимия и компульсивный гемблинг — ведущий А. О. Бухановский (Ростов-на-Дону)	36
ПСИХИАТРИЯ И ПРАВО	
100-летие А. И. Рудякова	51
“Лишенное логики и смысла...” (Победа НПА России в защите прав недееспособных) — Ю. Н. Аргунова	52
Независимой психиатрической экспертизе — быть — Ю. Н. Аргунова	55
ИЗ ДОСЬЕ ЭКСПЕРТА	
Изддержки стандартизации экспертных решений.	59
СУДЕБНАЯ ПСИХИАТРИЯ	
Обзор “Журнала Американской академии психиатрии и права”, 2008, 3 — В. В. Мотов (Тамбов)	63
ИЗ ПРАКТИКИ	
Об обязательном лечении наркологических больных в учреждениях УИС России — А. А. Волков, Е. А. Бабенцова (Кострома)	69
Случай диссоциативно-биографической амнезии с разрешением в результате гипнотического интервью — И. А. Федотов	71
ОТКЛИКИ	
Избирательная “амнезия” некоторых авторов и редакторов национального руководства “Психиатрия” — Ю. И. Полищук	74
Апофеоз Центра им. Сербского в официозе российской прессы	76
О психодиагностических версиях и методологии их обоснования (к теме “аутоперсонамнезии” по В. Г. Остроглазову — Н. А. Шатайло (Днепропетровск, Украина)	77
О статье З. И. Кекелидзе с соавт. “Биографическая амнезия” — В. Г. Остроглазов	79
ХРОНИКА	
XIV Конгресс ВПА в Праге	86
Очередной визит Европейского Комитета против пыток.	88
Приметы времени на двух форумах российской психиатрии.	92
ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ТВОРЧЕСТВО	
Андрей Новиков — Пациентка (Разбитая ваза). Рассказ	93
ПОСМЕЕМСЯ ВМЕСТЕ.	95
РЕКОМЕНДАЦИИ	97
АННОТАЦИИ	98

CONTENTS

150-TH ANNIVERSARY OF V. P. SERBSKIY	
Untimely figure — Topolianskiy V. D.	5
150-TH ANNIVERSARY OF P. P. KASCHENKO	9
100-TH ANNIVERSARY OF D. D. FEDOTOV	10
URGENT PROBLEMS OF PSYCHIATRY	
<i>V. P. Serbskiy — Psychiatric evaluation of Bellis' case</i>	13
Specification of Phenomenological Description? — Yu. S. Savenko	19
Phenomenology of delusion and overestimated ideas in psychopathology by Theodor Meynert and Carl Wernicke — N. Yu. Piatnitskiy	27
DISCUSSION OF A CLINICAL CASE	
Nervous bulimia and compulsive gambling — supervisor A. O. Bukhanovskiy (Rostov-on-Don)	36
PSYCHIATRY AND LAW	
100-th anniversary of A. I. Rudiakov	51
“Without logic and meaning...” (The IPA’s victory in protection of rights of incapable people) — Yu. N. Argunova	52
Independent psychiatric evaluation will be — Yu. N. Argunova	55
FROM AN EXPERT’S DOSSIER	
Consequences of standardization of expert decisions	59
FORENSIC PSYCHIATRY	
Review of the Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law, 2008, 3 — V. V. Motov (Tambov)	63
FROM PRACTICE	
On obligatory treatment of drug addicts in the penitentiary facilities in Russia — A. A. Volkov, E. A. Babentsova (Kostroma)	69
Case of liberation from dissociative-biographical amnesia due to a hypnotic session — I. A. Fedotov	71
COMMENTS	
Selective “amnesia” by some authors and editors of “Psychiatry”, the Russian national manual — Yu. I. Polischuk	74
Apotheosis of the Serbskiy Center in the official Russian media	76
On psycho diagnostic versions of “autopersonamnesia” by V. G. Ostroglazov and methodology of their explanation — N. A. Shatailo (Dnepropetrovsk, Ukraine)	77
On “Biographical amnesia”, the article by Z. I. Kekelidze and coauthors — V. G. Ostroglazov	79
CHRONICLE	
XIV Congress of the WPA in Prague	86
Regular visit of the European Committee against Tortures	88
Tokens of times at two forums of Russian psychiatry	92
PSYCHOPATHOLOGY AND CREATIVENESS	
Andrei Novilov — The woman-patient (Broken vase). A story	93
LET’S LAUGH TOGETHER	95
RECOMENDATIONS.	97
ABSTRACTS	98

150 ЛЕТИЕ ВЛАДИМИРА ПЕТРОВИЧА СЕРБСКОГО

Несвоевременная личность

Не похоже на других, совершенно выбивающиеся из общего ряда люди, нередко оставляющие у окружающих впечатление каких-то странных, необычных, а то и неуместных в определенном социуме, встречаются, наверное, в каждом поколении. Рано или поздно о тех из них, кому довелось занять в обществе сколько-нибудь видное место, начинают говорить как о лицах, то ли опередивших свое время, то ли непостижимым образом возродившихся из былых преданий. К этой-то, всякий раз удивлявшей современников человеческой породе принадлежал потомственный дворянин, знаменитый психиатр Владимир Петрович Сербский — сын неприметного врача из города Богородска (ныне Ногинск) Московской губернии и законной его супруги, дочери протоиерея.

На свет будущий психиатр появился через три года после кончины императора Николая I и за три года до отмены крепостного права, 14 (26) февраля 1858 года, в разгар первой, осознанной российской оттепели, когда, по словам С. М. Соловьева, “пошла мода на либеральничанье”. Вырос же он в годы царствования Александра II, окрещенные впоследствии “эпохой великих реформ”, и навсегда сохранил мировоззрение, как выражались позднее, “стойкого шестидесятника”.

Какие-либо сведения о детстве и юности Сербского в его жизнеописаниях отсутствуют. Не то от застенчивости, не то в силу присущей ему обособленности он предпочитал не рассказывать сотрудникам, ставшим впоследствии его биографами, чем увлекался он, прежде чем возмужал, какие книги читал, в каких забавах участвовал. Хорошо известна лишь формальная часть первого этапа его жизненного пути: он окончил 2-ю Московскую гимназию (1875), где учился вместе с Н. Н. Баженовым, естественное отделение физико-математического факультета (1880) и медицинский факультет (1883) Московского университета, а незадолго до получения диплома лекаря представил факультету сочинение “Клиническое значение альбуминурии”, удостоенное золотой медали. Выбор такой темы, не имевшей никакого отношения к будущей профессии, мог быть, конечно, случайным, но мог



объясняться и особой его заинтересованностью в данной проблеме в связи с личным опытом некоей болезни.

С июня 1883 по сентябрь 1884 года он стажировался в принадлежавшей М. Ф. Беккер (после смерти психиатра А. Ф. Беккера) частной лечебнице для душевнобольных на Красносельской улице в Сокольниках (до него это место занимал Баженов). Самой же лечебницей с 1881 года руководил С. С. Корсаков, впервые в Российской империи применивший систему нестеснения (no-restraint) в полном объеме. Всего лишь год и три месяца проработал Сербский в этом частном лечебном заведении, но с тех пор до конца жизни видел в своем наставнике Корсакове “наивысшее воплощение идеи человека и психиатра”.

Когда Корсаков признал своих учеников (превратившихся фактически в друзей) Баженова и Сербского достаточно подготовленными к самостоятельной деятельности и реорганизации земской психиатрии, оба молодых специалиста отправились в провинцию. В 1885 году экспансивный Баженов начал свою службу в психиатрическом отделении Рязанской губернской больницы с демонстративного сожжения смиренных рубашек. Неизменно сдержанный Сербский такого рода публичных акций избегал, но принцип нестеснения соблюдал неукоснительно.

С января 1885 по сентябрь 1887 года Сербский заведовал лечебницей для душевнобольных в Тамбове и довольно быстро завоевал настолько прочные симпатии местного губернского земства, что его откомандировали за границу для научных занятий и осмотра западноевропейских лечебных учреждений. По возвращении он опубликовал свой первый крупный печатный труд — “Отчет об осмотре психиатрических заведений в Австрии, Швейцарии, Франции, Германии и России, представленный Тамбовской губернской земской управе” (Тамбов, 1886). Отныне к своим учителям, помимо Корсакова, он причислял венского невролога и психиатра Теодора Мейнерта (Meunert), которого считал “гениальным врачом-мыслителем за его последовательность в механо-анатомическом истолковании психики”.

Осенью 1887 года медицинский факультет Московского университета избрал Сербского штатным

ассистентом кафедры нервных и душевных болезней, возглавлявшейся ординарным профессором А. Я. Кожевниковым. В результате Сербский оказался единственным ассистентом сооруженной в том же году психиатрической клиники — первой университетской клиники на Девичьем поле, построенной на средства прославленной благотворительницы В. А. Морозовой. На следующий год Кожевников передал ведение обязательного курса психиатрии Корсакову, успешно защитившему докторскую диссертацию и утвержденному в звании приват-доцента, и Сербский стал основным сотрудником своего учителя.

В 1891 году он защитил докторскую диссертацию “Формы психического расстройства, описываемые под именем кататонии”. В марте 1892 года, по представлению заведующего кафедрой Кожевникова, ординарного профессора И. И. Нейдинга (специалиста по судебной медицине) и Корсакова, только что избранного экстраординарным профессором и директором психиатрической клиники, Сербский был принят в число приват-доцентов Московского университета для преподавания судебной психопатологии на юридическом и медицинском факультетах. Основную задачу академического преподавания он — в соответствии с университетскими традициями тех лет — усматривал в том, чтобы воспитать в своих питомцах научную самостоятельность, ибо, как утверждал немного позднее Макс Планк, “научные убеждения, приобретенные добросовестной работой, являются прочной опорой и для морального мирозерцания, которое может противостоять всем превратностям жизни”.

Последующие восемь лет были, наверное, самыми безмятежными в тщательно скрываемой от посторонних глаз жизни Сербского. Он обрел службу, соответствовавшую его призванию; он чуть ли не ежедневно встречался со своим обожаемым учителем, всемерно внедряя его идеи в клиническую психиатрию; он готовил к печати два выпуска собственных лекций, преобразованных в его первую солидную работу “Судебная психопатология” (1895, 1900).

За эти годы окончательно сформировалось его мировоззрение. Как и большинство московской и петербургской профессуры, он безоговорочно воспринял концепции Огюста Конта и Герберта Спенсера, соединив в своем миропонимании глубокую религиозность с доминировавшим тогда позитивизмом. И он полностью разделял взгляды Клода Бернара, безоговорочно уверенного в том, что “медицину можно рассматривать с практической точки зрения как искусство или как ремесло, с теоретической точки зрения — как естественную науку” (1864).

Все изменилось после смерти Корсакова в 1900 году. Сначала медицинский факультет поручил Сербскому исполнять обязанности умершего, а в 1903 году попечитель Московского учебного округа утвердил в его должности экстраординарного профессора и директора психиатрической клиники. Общество невропатологов и психиатров при Московском университете и

Московское психологическое общество, в свою очередь, сочли его наиболее достойным кандидатом на пост товарища (заместителя) председателя этих обществ. Так неожиданно для многих и в какой-то мере против его собственного желания произошло превращение Сербского в очень заметную фигуру Московского университета и психиатрического мира, хотя на кресло начальника он никогда прежде не претендовал и властвовать в сущности не умел. Тем не менее совсем не случайно в 1905 году его избрали председателем 2-го съезда отечественных психиатров в Киеве.

Немногословный и неторопливый, хладнокровный и основательный Сербский производил, на первый взгляд, впечатление сумрачного педанта немецкой клинической школы. Далеко не каждому удавалось различить за его “заторможенностью”, авторитарностью и чуть ли не деспотичностью удивительную внутреннюю цельность и чистоту. Тогда-то и выяснялось, что за его скупой мимикой, медлительными движениями и внешней угрюмостью скрывалась замкнутость личности, практически избавленной от честолюбия, за порою чрезмерной резкостью и суровостью — прямоту и доброту как естественная, органическая потребность этого человека, за тяжеловесностью мышления — разносторонняя, капитальная эрудиция и богатейший клинический опыт. Казалось бы, пресный консерватор, закосневший в правоверных догмах, медицинский генерал, наделенный железной волей, высший психиатрический авторитет страны, он оборачивался вдруг стеснительным идеалистом, романтиком науки и просто одаренным доктором, страдающим каждому больному. И только самым близким сотрудникам профессора открывалась главная черта его характера — верность. Он никогда не изменял ни друзьям, ни идеалам молодости, ни академическим традициям, ни убеждениям закоренелого либерала, представителя левого крыла конституционно-демократической (кадетской) партии.

Осиротев после кончины Корсакова, он постепенно привык странствовать по жизни в одиночку, неустанно помогая по пути беззащитным и обездоленным. Оттого, в частности, он регулярно (за исключением дней обязательного присутствия в суде) совершал клинические обходы: в будни — с ординаторами, в лекционные дни — со студентами, в праздники — без всякого сопровождения. Более того, он плохо понимал, для чего предназначены воскресенья и празднества, хотя на Пасху и Новый год обходил с поздравлениями весь персонал и настоятельно просил при этом не делать ответных визитов.

В своих личных поисках священного Грааля он все дальше углублялся в дебри клинической психиатрии, вооруженный логикой и предохраняемый от заблуждений чувством ответственности. Когда этические побуждения поднимали Сербского на защиту больного, он проявлял особые качества, которые коллеги именовали — за отсутствием иного, быть может, более точного определения — гражданским мужеством. В

таких ситуациях разъяренный, несмотря на сохраняемую леденящую выдержку, худощавый и узкоплечий профессор чем-то напоминал подраненного вепря. *“За 30 лет почти моего служения психиатрии, — говорил он о себе за два года до смерти, — я всегда считал своим нравственным долгом отстаивать всеми доступными мне средствами права и интересы душевнобольных — все равно, нарушались ли они невежеством служителей, считающих необходимым поучить больного, или недостатком образования у тех деятелей, которые устраивают охоту на наших уже и без того наказанных самой болезнью пациентов”*.

В сентябре 1905 года на 2-м съезде психиатров в Киеве он настаивал на отмене смертной казни и внесении изменений в существующее законодательство с тем, чтобы охрана личности и правовых интересов простиралась на всех душевнобольных. В следующем году он испытал подлинное потрясение после расстрела лейтенанта Черноморского флота П. П. Шмидта. Спустя шесть лет он публично заявил: *“Мы должны сказать громко и открыто, что нельзя вести людей к одичанию, толкать их на самоубийства и психические заболевания; должны сказать, как сказали на втором киевском съезде, что позорно убивать других людей, что преступно казнить психически больных...”*. Вызванный по поводу этого выступления к судебному следователю, Сербский кратко изложил свою точку зрения: поведение лейтенанта Шмидта до и во время восстания создавало впечатление, “что преступление было совершено им под влиянием маниакальной экзальтации”. Между тем судебно-психиатрическая экспертиза в этом случае даже не проводилась.

В августе 1906 года Сербский не пустил полицейских чинов в свою клинику. Абсолютно не способный не только к компромиссам, но и к банальной житейской осторожности, он направил рапорт в инстанции, требуя привлечь к судебной ответственности и участкового пристава, и самого градоначальника, предписавшего “осмотреть” лечебные учреждения в поисках одного преступника. Не прошло и месяца, как в его клинике вспыхнул конфликт из-за сущего пустяка.

Все началось с жалобы сиделок на фельдшерицу, взятую профессором под защиту, а закончилось расколом коллектива на два враждующих лагеря. То ли раздор искусно подогрели извне, то ли персонал захватила эпидемия всеобщего беспокойства и возбуждения, то ли молодым клиницистам надоели академические устои и профессорская опека, но за четыре месяца ничто воплотилось в нечто. Средний и младший персонал роптал все громче и распаял обывателей гадостными слухами. Врачи скорбели горделиво, припадая к жилеткам коллег при скоплении зрителей. Какой-то студент публично обвинял Сербского в некорректном отношении к учащимся и собственным ассистентам.

Начальник Московского охранного отделения возлагал вину за это и другие подобные ему происшествия на популярных деятелей кадетской партии, о

чем и доносил в Департамент полиции: *“К студенчеству оказались весьма близкими приват-доценты, в отношении которых профессура держала себя особенно, как привилегированная коллегия. Это положение приват-доцентов учили известные общественные деятели Кизеветтер и Герценштейн, которые, стремясь создать из них оппозиционно-прогрессивную силу, могущую стать во главе студенчества в борьбе с “реакционным правительством”, поддерживали вместе с тем в них стремление “бороться” за уравнение в правах с профессурой”*.

В конце 1906 года третейский суд предложил врачам извиниться перед профессором (что они тут же исполнили, да к тому же в письменном виде), а директору клиники — учитывать впредь мнение сотрудников. Однако в начале января 1907 года Сербский личным распоряжением уволил двух надзирательниц за недостаточно гуманное отношение к больным. В знак солидарности с “невинно пострадавшими” подали прошения об отставке 7 врачей, соблазненных социалистическими идеями, 2 фельдшера и 9 нянек. Быстро набрав новый штат, Сербский оповестил медицинскую общественность: *“Не бойтесь помещать больных в нижнее женское отделение, теперь их там никто не обидит”*.

Не прошло и месяца, как в прессе появился коллективный протест фельдшеров против увольнения Сербским двух “достойных тружениц, отдавших лучшие годы и силы клинике”. Напечатанный в относительно либеральной газете “Русское Слово” этот протест представлял собой не столько даже лукавый извет, сколько экстренный “слив компромата”, пользуясь современным выражением. Посильный вклад в поношение своего учителя внесли и врачи, покинувшие клинику в знак единомыслия с уволенными надзирательницами. Уведомив прессу о продолжении распри, “мужественные борцы за справедливость” закинули очередную жалобу на Сербского непосредственно в правление Пироговского общества врачей. И хотя 10 марта 1907 года мировой судья Хамовнического участка полностью оправдал решение профессора, а 29 мая того же года московский съезд мировых судей подтвердил это постановление, тень некоего скандала повисла над Сербским на долгие годы. Душевная боль требует, очевидно, отвлечения, как пафос — понижения, а сарказм — размывания; иначе воздух слишком уплотняется и затрудняет дыхание у широкой публики. Так, можно сказать ненароком, для возвращения к повседневной дремотности, печаль и гнев радикального либерала Сербского разменяли на как бы глубокомысленные реплики и мелочную склоку в его клинике.

Тем не менее судьба к нему благоволила и еще не раз давала повод отличиться. И он, человек долга и чести, никогда не упускал случая проявить то, что его коллеги почтительно и немного смущенно величали гражданским мужеством. В начале февраля 1911 года, он, возмущенный политикой министра народного

просвещения Л. А. Кассо, вошел в число наиболее энергичных и непримиримых организаторов коллективной отставки преподавателей Московского университета. Передавая клинику своему штатному ассистенту Н. Е. Осипову, он заявил: *“Бывают моменты, когда интересы общественного блага стоят выше интересов науки”*. С того дня он упорно именовал себя бывшим профессором Московского университета и ни разу не посетил свою клинику.

Сразу же после увольнения Сербского его врачи устроили собрание, на котором постановили покинуть университет после назначения нового директора клиники. Впоследствии выяснилось, что приват-доцент А. Н. Бернштейн, возглавлявший созданный по его инициативе Центральный полицейский приемный покой для душевнобольных, ездил тогда же в Департамент полиции, дабы исхлопотать для себя освободившееся место Сербского. Однако министр народного просвещения Кассо утвердил экстраординарным профессором и директором клиники Ф. Е. Рыбакова, состоявшего при ней в качестве сверхштатного ассистента и не присутствовавшего на февральском собрании сотрудников Сербского. Второй сверхштатный ассистент И. Д. Ермаков (будущий психоаналитик и пропагандист учения З. Фрейда) с радостью принял предложение начальства занять должность штатного ассистента. Остальных сотрудников Сербского приютил у себя (на кафедре психиатрии Московских Высших женских курсов) Баженов.

Свое отношение к событиям в Московском университете Баженов высказал в открытом письме Рыбакову 4 сентября 1911 года: *“Общественное мнение вообще и наше врачебное, в частности, не должно оставаться равнодушным к тому, что, с одной стороны, целый ряд учителей наших ради сохранения авторитета и чести университета и достоинства профессорского звания принесли жертву, которую можно назвать героической, а с другой — нашлись лица, которые, не имея, конечно, в нормальные времена никаких шансов занять кафедру по выбору, не побрезгали принять ее по назначению из рук того же министра. .. Акты самовластного вандализма, которыми ознаменовалось министерство Кассо, возможны лишь в такой стране, где не организовано общественное мнение и где у власти есть основание рассчитывать, что в обществе найдутся всегда люди, которые по слабодушию, беспринципности, моральной халатности или небрежливости в свое время не откажут ей в своей поддержке”*.

В тот же день, 4 сентября 1911 года, в Политехническом музее торжественно открылся 1-й съезд русского союза психиатров и невропатологов, созданный в память Корсакова. После вступительного слова председателя съезда, бывшего заведующего кафедрой нервных и душевных болезней В. К. Рота бывший профессор Сербский произнес неблагоприятную речь. Начал он с риторического вопроса, своевременно ли собрался съезд, когда принцип нестеснения

царит только в психиатрических больницах, тогда как в обыденной жизни *“над вольной мыслью всецело властвуют негодные Богу насилие и гнет”*, а закончил каламбуром: *“Минуют невзгоды, пройдут все эти, как их называют французы “глупые случаи” (des cas sots), а истина будет гореть лишь ярче”*. Восторженная публика устроила ему овацию.

Как только пристав, обязанный следить за благонадежностью психиатрических докладов, осознал игру слов (Кассо и des cas sots), он тут же запретил дальнейшие выступления и закрыл съезд. На следующий день Сербскому пришлось давать объяснения судебному следователю, а бывшему ординарному профессору Роту — самому градоначальнику, после чего заседания съезда возобновились. Журналистов на него больше не допускали, газеты, поместившие на своих полосах речь Сербского, конфисковали, а на газету *“Утро России”*, напечатавшую открытое письмо Баженова новоявленному профессору Рыбакову, был наложен крупный штраф.

По завершении съезда Сербский выпустил в свет *“Краткую терапию душевных болезней”* (М., 1911), а затем самую важную свою работу — исправленное и значительно дополненное по сравнению с первым изданием (1907) руководство к изучению душевных болезней *“Психиатрия”* (М., 1912). Всего лишь один еще раз, в начале октября 1913 года, выступил он в либеральной прессе с разоблачением психиатрической экспертизы, проведенной профессором И. А. Сикорским по фальсифицированному делу М. Бейлиса. Больше он ничего не публиковал.

Бывший директор психиатрической клиники доживал свой век в бедности, ибо он — как истинный бессеребренник — вышел в отставку, не выслужив пенсии. Почечная недостаточность вследствие хронического нефрита у него постепенно усугублялась, и 23 марта (5 апреля по григорианскому календарю) неистового 1917 года 59 лет от роду Сербский умер в своей квартире по Большому Афанасьевскому переулку в доме № 3.

Похоронили его на Новодевичьем кладбище в воскресенье 26 марта. В последний путь усопшего провожали его бывшие ординаторы и ассистенты, члены Общества невропатологов и психиатров, где он состоял председателем после смерти Рота, участники Московского психиатрического кружка *“Малые Пятницы”*, где он тоже имел честь быть председателем, профессура, вместе с ним покинувшая свои кафедры в 1911 году, и администрация Московского университета. Его коллеги особенно сокрушались оттого, что скончался он, как они полагали, на заре новой свободной жизни, но никто из них не мог предвидеть, что имя его будет присвоено однажды психиатрическому учреждению тюремного типа — институту, который унизит себя преследованием инакомыслящих.

В. Д. Тополянский

150-ЛЕТИЕ ПЕТРА ПЕТРОВИЧА КАЩЕНКО

Петр Петрович Кащенко родился в 1858 г., окончил Московский университет в 1881 г., но врачебного экзамена держать не мог, так как он был выслан из Москвы за “вредную” политическую деятельность. Его первое соприкосновение с психиатрией произошло в 1885 г. в Казани, где он, выдержав государственные экзамены, работал в качестве экстерна в Окружной психиатрической лечебнице, под руководством А. Ф. Rogozina. В 1896 г. Кащенко поступил ординатором в Бурашевскую колонию, там он познакомился с В. И. Яковенко, с которым его связывала до конца жизни полная общность интересов и самая тесная дружба.

Бурашевская колония со своим директором, Н. П. Литвиновым, шла во главе культурного движения, охватившего русскую психиатрию; последняя, в силу общих условий российской отсталости, как бы одновременно переживала те две эпохи, которые в Западной Европе были отделены одна от другой долгим промежутком времени: эпоху Пинеля и эпоху Конолли. Русские психиатры начала земского периода, снявши с больных цепи и ремни, без промедления приступили к следующему этапу освободительной эволюции — к упразднению знаменитого камзола, еще недавно казавшегося неизбежным аксессуаром терапии психозов. В 1889 г. Кащенко был приглашен заведовать психиатрической больницей в Нижнем Новгороде. Здесь ему пришлось провести такие радикальные реформы, какие проводил Яковенко в Смоленске, т.е. превратить мрачную тюрьму по мере возможности в лечебное учреждение. Были организованы мастерские, разведены огороды, основана библиотека, закипела научная жизнь — при участии и ближайших сотрудников Кащенко: П. Д. Трайнина, И. И. Захарова, А. Б. Агапова. Тут же возникла мысль о необходимости устройства колонии; Кащенко был командирован за границу, и вскоре по возвращении опубликовал в 1898 г. подробный отчет о положении психиатрического дела в Германии,



Франции, Шотландии и Бельгии. В 1904 г., когда Кащенко покинул Нижний Новгород, нижегородская колония в селе Ляхово была одной из лучших в России. Дальнейшим его достижением была организация системы сконцентрированного патронажа (так как система рассеянного посемейного призрения, принятая в Шотландии, была признана им неподходящей для русских условий). Во главе патронажа стал Захаров, принимавший деятельное участие в разработке и осуществлении проекта. В небольшом уездном городке, Балахне, на Волге, в тридцати верстах от Нижнего была построена небольшая, на 30 человек, психиатрическая больница, вокруг которой (а также

в окрестном селе Кубинцеве) было организовано посемейное призрение приблизительно 125 человек. Дальнейшим этапом жизни и деятельности Кащенко была Алексеевская больница на Канатчиковой даче в Москве (1904 – 1906), после чего он перебрался в Петербург. В созданное им здесь статистическое бюро стекались все материалы о психиатрическом деле в России. С огромным напряжением работал он с середины 1918 г. в Наркомздраве в качестве председателя психиатрической секции, явившись таким образом связующим звеном между исполнившей свою миссию земской психиатрией и новыми начинаниями советской медицины. В своем последнем докладе на психиатрическом съезде, в августе 1919 г., он настойчиво проводит намечаемую организацию психиатрической помощи на местах на основе нового положения, что “охрана здоровья трудящихся, есть дело самих трудящихся”. Кащенко умер 19 февраля 1920 г. В его лице русская психиатрия лишилась почти гениального организатора и огромного масштаба врача-общественника.

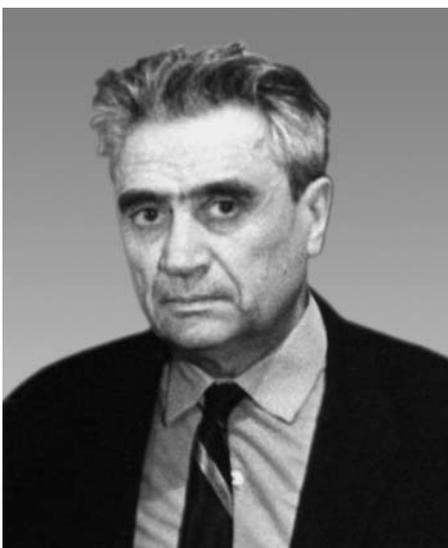
*Ю. В. Каннабих
“История психиатрии”, 1929 г.*

100-ЛЕТИЕ ДМИТРИЯ ДМИТРИЕВИЧА ФЕДОТОВА

В этом году исполнилось 100 лет со дня рождения крупного отечественного психиатра, выдающегося организатора научной и практической психиатрии Дмитрия Дмитриевича Федотова. Он родился в селе Пушкино Дорогобужского района Смоленской области одним из 10 детей в семье православного священника, который трижды подвергался ссылке. После окончания церковно-приходской школы, решив посвятить себя медицине, поступил на медицинский факультет Смоленского университета. С 1931 года заведовал сельским врачебным участком, с 1934 г. — работал главным врачом поликлиники в Ногинске и одновременно районным психиатром. С 1937 по 1940 гг. Дмитрий Дмитриевич совмещал лечебную и педагогическую работу, будучи заведующим отделением и заместителем главного врача Краснодарской краевой психиатрической больницы и ассистентом кафедры психиатрии Кубанского мединститута.

Приобретенный практический опыт в области психиатрии и интерес к научной работе определили поступление Д. Д. Федотова в аспирантуру при Институте психиатрии МЗ РСФСР в 1940 г. Его научным руководителем стала проф. Г. Е. Сухарева. Однако, научная работа по теме “особенности течения эпилепсии у детей и подростков” была прервана в связи с началом Великой Отечественной войны, в период которой он некоторое время работал в Казанской психиатрической больнице заведующим отделением и старшим врачом больницы. На этой работе проявились большие организаторские способности Дмитрия Дмитриевича. Они раскрылись еще в большей степени во время его работы главным врачом Калининской психиатрической больницы (в Бурашево), которую пришлось восстанавливать из руин в 1942 – 1943 гг. Несмотря на напряженную врачебную и административную деятельность, ему удалось продолжить научную работу. В 1945 году была защищена кандидатская диссертация на тему “Этиологические варианты эпилепсии и их клинические различия”. В 1946 году было присвоено звание доцента.

В августе 1945 г. назначен заведующим Калининским облздравотделом, а в 1947 году переведен на должность начальника Главного управления город-



ских лечебно-профилактических учреждений, а затем — начальника Главного управления лечебно-профилактической помощи Министерства здравоохранения СССР, где он проработал около 5 лет. На этой работе в полном объеме проявился его незаурядный организаторский талант и широта взглядов. В последующем Д. Д. Федотов возглавил Институт психиатрии Минздрава СССР, которым руководил по 1960 год, сменив на этой должности В. А. Гиляровского. Совместно с акад. АМН СССР Е. А. Поповым им были подготовлены программа и необходимая документация по дальнейше-

му развитию психиатрической науки в стране. Наряду с административной и организаторской деятельностью не прерывалась научная работа по изучению патогенеза эпилепсии с разработкой новых подходов к ее лечению. В 1956 году была защищена докторская диссертация и присвоено звание профессора. Широкие научные интересы Дмитрия Дмитриевича включали вопросы истории отечественной психиатрии, проблему алкоголизма, психиатрические аспекты дизэнцефальной патологии, пограничных психических расстройств, вопросы психогигиены и психопрофилактики, психофармакотерапии, организации психиатрической помощи. В 1956 году им была организована и под его руководством проведена I-ая Всесоюзная конференция по вопросам психотерапии. Большое внимание Дмитрий Дмитриевич уделял организации и повышению уровня внебольничной психиатрической и наркологической помощи. По его предложению были введены дополнительные штатные нормативы медицинского персонала наркологических кабинетов ПНД и общих поликлиник. По его инициативе и при непосредственном участии велась работа по реконструкции и строительству новых психиатрических больниц и оснащению их современным оборудованием.

С 1960 по 1969 г. Д. Д. Федотов возглавлял Московский НИИ психиатрии Минздрава РСФСР. Этот период деятельности ознаменовался созданием в структуре института крупного психофармакологического Центра с клиниками и лабораториями под руководством Г. Я. Авруцкого, клиники диетотерапии (рук. Ю. С. Николаев), клиники психоэндокриноло-

гии (рук. А. И. Белкин), лаборатории медицинской генетики, которую возглавлял В. П. Эфроимсон, биофизической лаборатории (рук. Я. И. Майзелис) и клиники эпилепсии (рук. А. С. Ремизова). На базе этих подразделений, созданных впервые в России, развернулись активные научные исследования, которые дали начало новым актуальным и перспективным направлениям отечественной психиатрии. Чувство нового, передового, активная поддержка прогрессивных начинаний в научной и практической психиатрии всегда отличали Д. Д. Федотова, объединяли и сплачивали вокруг него передовых ученых и молодых творческих работников. Он пользовался авторитетом и уважением психиатров всех союзных республик.

Организаторские способности Дмитрия Дмитриевича ярко проявились в период его работы в качестве председателя Всероссийского общества невропатологов и психиатров с 1962 по 1969 гг. Он был активным организатором съездов, конференций, симпозиумов, семинаров, которые проводились в рамках общества и института. Большой популярностью и известностью пользовался написанный им совместно с А. А. Портновым учебник психиатрии, который выдержал три издания, был переведен на английский, чешский языки, издавался за рубежом. Под руководством Д. Д. Федотова было выполнено и защищено 8 докторских и свыше 100 кандидатских диссертаций по психиатрии и смежным специальностям.

В 1970 году Д. Д. Федотов возглавил созданный им на базе НИИ им. Н. В. Склифосовского отдел психосоматических расстройств. Здесь была начата работа по изучению причин и условий самоубийств, их профилактики. Совместно с токсикологами, реаниматологами, врачами скорой медицинской помощи им разрабатывались новые способы лечения психических расстройств у суицидентов, купирования суицидоопасных состояний. Д. Д. Федотов явился одним из основоположников отечественной суицидологии и антисуицидальной службы в России.

Он также выступил с инициативой создания Института психогигиены и санитарного просвещения, в котором бы функционировали отделы профилактики неврозов, психозов, алкоголизма и наркоманий, сексуальной психогигиены. Он хорошо понимал, что профилактическое направление в психиатрии должно быть одним из главных, определяющих дальнейшее развитие отечественной психиатрии.

Общественная деятельность Д. Д. Федотова не ограничивалась работой на посту председателя Всероссийского общества невропатологов и психиатров и члена Правления Всесоюзного общества невропатологов и психиатров. Он являлся членом Ученого совета АМН СССР, членом Ученого медицинского совета Министерства здравоохранения РСФСР, был главным психиатром МЗ РСФСР, являлся почетным членом ряда зарубежных обществ психиатров и невропатологов, активно способствовал развитию научных

связей между российскими и зарубежными психиатрами. Был членом редакционного совета журнала “Невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова”, членом редакционной коллегии Медицинского реферативного журнала.

Д. Д. Федотов был награжден двумя орденами Трудового красного Знамени, орденом “Знак почета”.

Светлая память об этом замечательном человеке, враче-гуманисте, простом и доступном в общении, отзывчивом и обаятельном, остается жить в умах и сердцах всех, кто его знал.

Ю. И. Полищук

История советской психиатрии — это не только история репрессий и уничтожения целых научных направлений — психологического (1923) в лице одного из отцов отечественной педологии директора Московского Института психиатрии А. П. Нечаева, психогигиенического (1936) Л. М. Розенштейна, клинко-феноменологического (1937) Н. П. Бруханского, “психоморфологического” (1951) М. О. Гуревича и А. С. Шмарьяна, сомато-инфекционного (1961) А. Л. Эпштейна и А. С. Чистовича, — все выдающиеся клиницисты и ученые. Это, прежде всего, история этих, всякий раз опережающих свое время творческих взлетов.

Среди собирателей и строителей отечественной психиатрии в этой тяжелой атмосфере почетное место принадлежит Дмитрию Дмитриевичу Федотову.

Это был выдающийся организатор психиатрической службы и выдающийся гуманист, а быть гуманистом в то время было просто опасно. Это не только противоречило идеологическим установкам, но озлобляло чуждых этому людей.

Мужественная красота и благородство его облика, необыкновенно выразительные добрые глаза не были обманчивыми. Такой была вся его натура, и это чувствовали на себе все вокруг. Даже когда Д. Д. был вынужден следовать предписаниям свыше, предписаниям, часто далеким от праведности, он это делал так сочувственно-проникновенно, что нейтрализовывал горечь отказа или увольнения. Я был свидетелем, какое впечатление вынесла из такого сообщения Блюма Вульфовна Зейгарник. Она была в большей мере впечатлена человеческой реакцией Д. Д., чем фактом ухода в консультанты из созданной ею знаменитой лаборатории экспериментальной патопсихологии.

Д. Д. был чужд этническим предрассудкам и политическому догматизму.

Он был от природы созидателем, был открыт всему новому. При нем Институт достиг своего аспе. Это было созвездие замечательных ученых, работающих в Институте: С. Г. Жислин и И. Г. Равкин, Л. Л. Рохлин и Д. Е. Мелихов, П. Б. Посвянский и А. С. Ремизова, Р. Г. Голодец и И. И. Лукомский, Г. Е. Сухарева и Н. Ф. Шахматов, А. Г. Амбрумова и Б. М. Сегал,

Г. Я. Авруцкий и Ю. С. Николаев, Т. И. Гольдовская и А. И. Белкин, В. П. Эфроимсон и Б. В. Зейгарник, Э. С. Толмасская и Л. С. Ландо, и мн. др. Многопрофильность Института содействовала взаимному обогащению и удивительной творческой атмосфере, выигрышно отличая НИИ психиатрии от академического института, занятого исследованием одной шизофрении, и оберегая от ее гипердиагностики.

Как аспирант Д. Д. в 1963 – 1966 гг., а затем ст. н. с. с 1968 г., я был свидетелем, как расцвета при Д. Д. Федотове Института, так и драматических обстоятельств его ухода в силу кулуарных интриг. Нельзя игнорировать такие обстоятельства: они открывают многое и в человеке, и в его окружении. Творческой, жизнеутверждающей натурой Д. Д. оставался и в постигших

его злоключениях, даже в мрачном подвале Института им. Склифосовского. Здесь он создал токсикологический центр для суицидентов и организовал творческую группу исследователей.

Доброта, благородство, щедрость, личное участие и забота о каждом сотруднике, активная деятельная помощь, неизбывная творческая организаторская активность были в нем неизменны. Им пользовались, его предавали, а он из всего пытался вырастить что-то достойное. Д. Д. Федотов является для меня одним из наиболее впечатляющих примеров выдающейся роли персонального фактора в любые времена и в любом месте.

Ю. С. Савенко

**Кубинское общество психиатров
Всемирная психиатрическая ассоциация
КУЛЬТУРА И ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ**

2 – 6 февраля 2009 г., Гавана, Куба

E-mail: crisma@informed.sld.cu

Психиатрическая экспертиза по делу Бейлиса¹

В. П. Сербский

“С чувством искреннего и глубокого сожаления отмечаем мы на страницах нашего журнала историю о том, как маститый русский ученый скомпрометировал русскую науку и покрыл стыдом свою седую голову”.

Хроника. Журнал невропатологии и психиатрии имени С. С. Корсакова. 1913. Кн. 2-я. С. 355.

I.

Казалось бы, психиатрия не имеет никакого отношения к делу Бейлиса... И когда ко мне впервые обратились за согласием выступить в этом деле в качестве эксперта, я решительно отказался, указав, что мне там делать нечего. Отношение мое, однако, совершенно изменилось, когда мне доставили изумительную экспертизу профессора Сикорского, которая ни в коем случае не могла остаться без ответа. Недаром она встретила такой единодушный отпор со стороны всех наиболее видных представителей западноевропейской науки, — и психиатров, и судебных медиков, — а многих из них привела в нескрываемое ими негодование. Теперь мнение профессора Сикорского, — по крайней мере наиболее существенные его выводы, — приведено в обвинительном акте, играет в нем далеко не второстепенную роль и должно поэтому подвергнуться подробному разбору.

В виду необычайности, излишества и совершенной бесцельности нанесенных Ющинскому ранений, у следователя вполне естественно *должен был* возникнуть вопрос, не совершенно ли убийство душевнобольным. На него профессор Сикорский дает категорически отрицательный ответ. Доводы его, однако, поражают своей наивностью. Прежде всего, Сикорский считает несомненным, что “убийство Ющинского учинено не одним, а несколькими лицами, тщательно обдумавшими и планомерно выполнившими с техническим совершенством задуманное злое дело”. О том, что убийц было несколько, Сикорский “заключает из того факта, что при насильственном кормле-

нии (зондом) душевнобольных для успеха операции требуется не менее шести человек” (четырех, по С. С. Корсакову: один помощник держит ноги, другой — руки, третий — голову, четвертый помогает при введении зонда; таким образом, для удерживания достаточно всего трех). Но разве можно делать какой-либо вывод на основании такой отдаленной аналогии и сравнивать взрослого, нередко очень крепкого, психически больного, хорошо осведомленного о том, что ему предстоит, напрягающего все свои силы для борьбы с лицами, которые при этом принимают все меры, чтобы не нанести ему какого-либо даже случайного повреждения, с заморенным мальчуганом, сразу ошарашенным и, несомненно, оглушенным с первых же ударов. Ведь все эксперты, в том числе и сам Сикорский, признают, что первые удары были нанесены в голову, причем по обвинительному акту из семи колотых ран в теменную и затылочную области пять проникли в черепные кости и из них одна — в твердую мозговую оболочку, а другая — в пазуху ее, вызвав кровоизлияние в полушарие мозга под мягкой мозговой оболочкой. Без всякого сомнения, такие тяжелые поранения вызвали непосредственно полное бессознательное состояние у Ющинского, так что о том “мучительстве”, на котором в дальнейшем своем изложении настаивает Сикорский, не может быть и речи. На неминувность потери сознания при данных условиях указывают и профессор П. А. Минаков, и лондонские ученые Пеппер, Мерсьер и Уилькоккс (Pepper, Mercier and Wilcox). Быстрое наступление бессознательного состояния у Ющинского делает совершенно излишним предположение Сикорского “об удержании его в состоянии полной неподвижности и об отсутствии каких-либо помех работе непосредственного исполнителя кровавого дела”.

¹ “Русские Ведомости” 1913, 1 – 2 октября. Редакция выражает благодарность д-ру В. Д. Тополянскому за предоставление данной работы для первой (!) публикации.

На этом-то произвольном допущении, что убийство совершенно не одним, а несколькими лицами, Сикорский и строит свой отрицательный вывод о совершении убийства душевнобольным, так как “соглашение нескольких умалишенных для одной общей цели невозможно по различию бреда и душевного состояния каждого из них; притом же душевнобольные не сохранили бы в тайне всего содеянного ими; и, наконец, сложность убийства и самая техника его требуют здравого ума и недоступны помешанному по самому свойству его болезни”. Эти странные и противоречащие действительности доводы заставляют даже сомневаться в том, что они могли быть высказаны опытным психиатром.

Допустим ничем не доказанное предположение, что убийство совершенно несколькими лицами и притом душевнобольными. Если к последним относить только лиц, прямо лезущих на стену, то тогда трудно говорить о возможности соглашения между ними. Но ведь не может же профессор Сикорский не знать, что среди душевнобольных нередко бывают лица с относительно хорошо сохранным интеллектом, но с резкими дефектами в области нравственных чувствований, как, например, эпилептики, алкоголики, нравственно помешанные или страдающие какими-либо извращениями (например, половыми), насильственными влечениями и т.п. Не может он не знать, что в литературе и больничных отчетах неоднократно описывались случаи, где подобного рода больные вступали между собой в соглашение для какой-либо общей цели, — например, побега из больницы, бунта, убийства и пр. Следовательно, какое-либо действие скопом вполне возможно и в том случае, если все участники душевнобольные. Но не следует забывать и о том влиянии, какое *один* душевнобольной может оказывать на окружающих даже совершенно здоровых лиц, в числе которых он может найти и сообщников, и последователей; достаточно для этого вспомнить о случаях наведенного (индуцированного) помешательства, где, например, вся семья из 2 – 5 лиц заражается бредом от одного из ее членов и готова слепо следовать за ним, или о случаях психических эпидемий. Ведь сам профессор Сикорский признал Кондратия Малеванного несомненным психически больным и в ярких красках описал то влияние, которое он оказывал на своих многочисленных последователей. Им же описан в качестве бесспорного больного Тодосиенко, вызвавший обширное движение, которое привело к известному делу павлоградских сектантов. Едва ли требует опровержения и утверждение Сикорского, что сложность убийства и самая техника его требуют здравого ума и недоступны помешанному по самому свойству его болезни. Какое бы было счастье, если бы это было верно; от скольких больных освободились бы наши больницы и тюрьмы!

Впрочем, возможно, что Сикорский имеет в виду особую “технику” только в убийстве Ющинского; по

крайней мере он неоднократно возвращается к “техническому совершенству”, с которым оно совершенно. В чем он его усматривает, для меня остается непонятным. Всех поранений, по моему подсчету, сделано 47; нанесены они, по-видимому, одним и тем же колющим оружием, без всякой системы, в различные места тела (единственно, что можно отметить, это то, что все поранения приходятся исключительно на верхнюю половину тела — до области живота), имеют при этом самый различный характер: одни совершенно ничтожны, не проникают до кости, другие, наоборот, нанесены с очень большой силой, проникают в черепную полость и внутренние органы. Неужели нанесение многочисленных колотых ран различного характера, совершенно зря, куда попало, свидетельствует о совершенстве техники? Сикорский, “исходя из психологических соображений”, отмечает “некоторые особенности самой техники. Все повреждения нанесены уверенной и спокойной рукой, которая не дрожала от страха и не преувеличивала размера и силы движений под влиянием гнева. Это была точная, бездушная, холодная работа, *быть может, совершенная лицом, привыкшим к убою животных*” (sic! Курсив мой). Я не знаком с психологией и работой лиц, привыкших к убою животных, но полагаю, что если бы такие лица привыкли убивать животных путем нанесения им нескольких десятков ни к чему ненужных ранений, то их, вероятно, очень скоро заменили бы другими. “Техническое совершенство”, очевидно, надо понимать здесь не в прямом смысле; оно выставляется на видное место с другой целью — для доказательства ритуального характера убийства, подходом к чему являются уже отмеченные курсивом слова, брошенные как бы вскользь.

Я ничего не утверждаю, я только разбираю предположения Сикорского и нахожу их совершенно несостоятельными. Единственный вывод, который можно сделать из этого разбора, состоит в том, что *по данным делам нельзя прийти к определенному заключению, совершено ли убийство несколькими лицами, или одним, было ли это лицо здоровым или психически больным*. Может быть, это был садист, находящий для себя высшее и непонятное для нас наслаждение в самом факте нанесения уколов, и разнообразил его сообразно со степенью и силой ранения? Во всяком случае, возможно толкование, совершенно противоположное предположению Сикорского. Упомянутые уже трое английских ученых не менее категорически, чем профессор Сикорский, утверждают как раз обратное тому, что он считает не допускающим сомнения: “Мы выражаем наше полное и решительное несогласие (We entirely and emphatically disagree) с выводами Сикорского. По нашему мнению, убийство было совершенно ненормальным человеком, и мы не видим никакого основания, чтобы допустить необходимость содействия нескольких лиц для совершения преступления”...

Во второй части своего заключения Сикорский подчеркивает три особенности в процедуре убийства Ющинского, а именно: обильное выпущение крови из тела, нанесение мучительных ранений и причинение смертельных повреждений. По его мнению, “каждая из поименованных особенностей является самостоятельной и, очевидно, входила как неперменная составная часть в общий план злодеяния”. Умерщвление входило в программу каждого убийства, и на нем можно было бы не останавливаться, если бы не утверждение Сикорского, неизвестно на чем основанное, что умерщвление произошло только после использования жертвы в первых двух целях и что “в общем плане губительных действий стояла промежуточная программа: истечение крови и причинение мучительных раздражений”. В этом отношении достаточно указать только на мнение профессора П. А. Минакова и целого ряда западноевропейских ученых (судебных медиков), которые пришли к заключению, что многие поранения (именно в грудь и спину) были нанесены или в состоянии агонии, или даже *после смерти* Ющинского; следовательно, самое умерщвление отодвигается уже также в “промежуточную программу”.

Наиболее существенными и особенно важными в специальных целях Сикорского являются: обильное выпускание крови и причинение мучений. Оба эти вымысла должны считаться безусловно отвергнутыми. Наиболее авторитетные представители судебной медицины, — профессор П. А. Минаков, профессора Lacassagne (Лион) и Thoinot (Париж), профессора Haberda (Вена), Ziemke (Киль), — на основании данных вскрытия, совершенно отрицают гипотетическое предположение о таком значительном истечении крови, чтобы последовало обескровливание тела; состояние внутренних органов не только не подтверждает этого вывода, но и стоит в прямом противоречии с ним. Если бы профессор Сикорский предвзвешенно поговорил хотя бы с цирюльником, из отворяющих и пускающих кровь, то он узнал бы, что для истечения крови следует не долбить как попало голову, а вскрыть какую-нибудь вену (“жилу”). Правда, вколы в голову, которые, как уже указано, сам Сикорский считает первыми злодейскими актами, поранили: один — венозную пазуху с обширным внутренним кровоизлиянием (а не “в шапку, которая была надета жертве убийцами”, — как почему-то утверждает Сикорский), другой — артерию мозга. Однако, несмотря на восхваление Сикорским “технического совершенства”, трудно допустить, чтобы убийца даже только подозревал о существовании мозговых пазух, и совершенно невозможно признать, чтобы при совершеннейшей с его стороны технике он мог преднамеренно ранить пазуху и артерию через черепные кости, — это, конечно, чисто случайные повреждения. Как далее согласовать блестящую теорию Сикорского о вколах в голову с целью истечения крови с присутствием фуражки на голове, которое, по мнению самого

Сикорского, “могло только затруднить операцию самого мучительства и истечения крови”. Чтобы выйти из такого затруднительного положения, Сикорский ставит скромный вопрос, “не имеет ли это обстоятельство *религиозного* (курсив мой) или иного значения для убийц”, и непосредственно вслед за этим делает совершенно уже непристойный намек: “из исторических примеров видно, что в тех случаях, когда виновниками убийства были евреи по расе, исповедовавшие иудейскую религию, то они надевали на себя религиозный наряд” (а на жертву?). Не проще ли предположить, что шапка не была надета на Ющинского убийцами, а находилась на нем, когда ему были нанесены первые особенно сильные удары, и лишь когда он был ошеломлен ими и впал в бессознательное состояние, только тогда он был раздет и истыкан в другие места тела. Как согласовать историю истечения крови с тем, что в один висок нанесена одна рана, а в другой целых тринадцать? Неужели тоже для большего истечения крови на таком незначительном пространстве? Как согласовать нанесение вколов в грудь и особенно в спину?

Не выдерживает никакой критики и другой акт — причинение мучительства. По анатомическому распределению нервов наиболее чувствительными частями нашего тела являются лицо, пальцы, а также половые органы, — как раз они-то и были пощажены. Наконец, как уже указано, какое-либо мучительство безусловно исключается, так как непосредственно за первыми очень тяжелыми ударами в голову должно было последовать бессознательное состояние. Разбор второй части заключения Сикорского приводит уже к совершенно определенному заключению: *при убийстве Ющинского не было ни истечения крови, ни причинения мучительства.*

II.

Остается третья и последняя часть заключения Сикорского, в которой две первые служили только постепенным приготовлением. Эту часть мне разбирать не приходится: если в первых двух была точка соприкосновения в области фактов, медицинских сведений, а также и логики, то третья часть уже всецело относится к области творимых легенд, криминальных романов, по выражению Meyer’a, к области нелепых и злостных бредней. Сикорский, не желая уступать лавры одному только ксендзу Пранайтису, видит в убийстве не простую случайность, наоборот “оно является уголовно-антропологическим типом” (!); это “уголовно-антропологическое явление должно быть признано за бесспорный факт, который время от времени повторяется в той или иной стране”... “основою разбираемого типа злодеяний является расовое мшнение или “вендетта сынов Иакова” к субъектам другой расы” и т.д. (см. обвинительный акт). В подтверждение того, что убийства, подобные убийству Ющин-

ского, повторяются, что “злодеяния убийства детей носят характер злостной традиции, не проявляющей, по-видимому, склонность к исчезновению”, Сикорский позволяет себе сослаться на Велижское дело. На юридическом языке такая ссылка должна быть названа явно недобросовестною, на языке общежитийском существуют и другие более резкие обозначения... Если Сикорский не знает окончания этого дела по своему неведению или умышленно замалчивает его, то я считаю свои долгом напомнить о нем. Велижское дело возникло в двадцатых годах прошлого века (христианский мальчик пропал в первый день Пасхи 22-го апреля 1822 года), оно тянулось 8 лет, по кровавому навету в тюрьме содержалось 42 еврея, пока гражданский департамент Государственного Совета не постановил окончательного решения, приняв единогласно следующее мнение:

По внимательном соображении всех обстоятельств многосложного и запутанного велижского дела, гражданский департамент находит, что показания доказиц Т., М. и К., наполненные противоречиями, вымыслами и несообразностями с обстоятельствами дела и с здравым смыслом, не могут быть приняты судебным доказательством... и что *вообще мнение об употреблении евреями христианской крови есть следствие предубеждения, и древними, и новейшими фактами опровергнутого* (курсив мой). В сём убеждении гражданский департамент полагает:

1) Евреев подсудимых (таких то) как ничем не уличенных немедленно освободить.

2) Запечатанные еврейские школы (синагоги) в Велиже открыть, дозволить в оных служение.

3) Участь означенных подсудимых, претерпевших тюремное заключение в продолжении 8-ми лет,... подвергнуть монаршему воззрению с тем, что не благоудно ли будет Его Императорскому Величеству в вознаграждение освободить их на 8 лет от платежа казенных повинностей².

4) Крестьянку Т., солдатку М. и шляхтянку К. (доказиц)... сослать в Сибирь на поселение...

5) Дабы положить конец предубеждению об употреблении евреями христианской крови... и отвратить возрождение дел, подобных велижскому производству, — повсеместно подтвердить, чтобы Высочайшее повеление... от 6-го марта 1817 года исполняемо было во всей силе³.

² Этот пункт — единственный, который не был принят общим собранием Государственного Совета, признавшего с своей стороны в кровавом навете “мрачное и чуждое понятиям нашего века предубеждение”. Невольно напрашивается сопоставление этого мнения, высказанного действительно просвещенными государственными деятелями чуть не сто лет назад с мрачным предубеждением наших современников.

³ Это повеление заключалось в том, “чтобы евреи впредь не были обвиняемы в умерщвлении христианский детей без всяких улик, по единому предрассудку, что якобы они имеют нужду в христианской крови; но если бы где случилось смертоубийство и подозрение падало на евреев, *без предубеждения, однако же, что они сделали сие для получения христианской крови*, то было бы производимо следствие на законном основании, по доказательствам, к самому происшествию относящимся, *наравне с людьми всех прочих исповеданий*, которые уличились бы в преступлении детоубийства”. — С этим пунктом мнения не согласился Николай I. — Все цитаты взяты из статьи Вл. Короленко “К вопросу о ритуальных убийствах”, “Русское Богатство”, 1911, № 12.

III.

Моя задача была бы не вполне исчерпана, если бы я, хотя вкратце, не привел мнения выдающихся представителей западной науки по поводу экспертизы Сикорского. Весною нынешнего года в Лейпциге издан сборник под названием “Der Fall Iustschinsky”, заключающий в себе 10 контр-экспертиз профессоров судебной медицины и психиатрии. Представители судебной медицины: профессор судебной медицины венского университета Haberdar; директор института судебной медицины в Киле, профессор университета и председатель немецкого Общества судебной медицины Ernst Ziemke; старший судебно-медицинский эксперт в Лондоне Perper; носящий тоже звание и кроме того лектор судебной медицины в госпитале св. Марии Willcox Mereier; консультант по психиатрии в госпитале Charing Cross (эти 3 лица дали общую экспертизу); профессор судебной медицины в Лионе A. Lacassagne и профессор той же кафедры в Париже Thoinot (также общая экспертиза). Психиатры: цюрихский профессор Bleuler, берлинские: Bonhoffer и Bodeker, кенигсбергский Meyer, венские: Wagner von Jauregg и Obersteiner (также совместно), и, наконец, бывший профессор психиатрии в Цюрихе Forel.

Мнение английских экспертов отчасти приведено выше. Они доказывают, что раны, нанесенные убийцей, не могли вызвать сильного наружного кровотечения. Указание самого Сикорского опровергает возможность “мучительных поранений”: первые ранения были, по его утверждению, уколы в голову, повредившие мозговую оболочку и вызвавшие обильное кровоизлияние в мозг. Такие раны, однако, имеют последствием неминуемую потерю сознания. Английские ученые приходят далее к выводу, что по протоколам вскрытия нет возможности судить о народности и расовой принадлежности убийцы, отвергают решительно мнение о ритуальном характере убийства и считают, что, по всей видимости, преступление было совершено на почве садизма.

Французские профессора не считают возможным поддерживать гипотезу о ритуальном характере убийства с целью извлечения крови из ребенка. Можно думать о садическом убийстве, об убийстве из мести, наконец, об убийстве, совершенном лицом в бессознательном состоянии (en elat d’incoscience)... “Ги-

потезу о садическом убийстве можно поддерживать с гораздо большим основанием. Садист истязует свою жертву, чтобы доставить себе половое удовлетворение. Он наносит ей удары при жизни, он продолжает наносить ей удары и после смерти. Не может явиться возражением, что на трупе Ющинского не оказалось следов полового покушения: многие садисты совершенно не нуждаются в последнем, чтобы удовлетворить свою страсть. Итак, садическое преступление возможно, но нельзя утверждать, что оно доказано”.

Обстоятельная критика профессора Ziemke приводит его к выводу, что в протоколах исследования трупа нет данных и основания для заключения, что труп был обескровлен и что смерть “Ющинского обусловлена целью получения крови”.

Сикорский пускается в область психологических рассуждений и своими утверждениями выходит, несомненно, далеко за пределы, поставленные объективной экспертизе, причем руководится построениями не имеющей границ фантазии, а не критически взвешивающего разума..., если вообще позволительно делать заключение из анатомических данных, то гораздо скорее можно предполагать, что тут кололи вслепую в страстном возбуждении, а не холодно и спокойно взвешивая. Не подлежит, конечно, сомнению, что в последнем случае были бы отысканы на теле места, гораздо более подходящие для той цели, которая будто бы была поставлена...

Того же мнения придерживается и профессор Haberda; он не видит оснований для заключения об обескровлении трупа и нанесения ран с целью извлечения крови. “Возбуждение, в которое впадает убийца, ”опьянение кровью” по Листу, — делает понятным, что он наносит удары совершенно бессмысленно. Опасение, что жертва, может быть, еще жива, может повести к излишнему нанесению уколов или ударов, причем они наносятся уже по трупу”.

Профессор Bleuler, считая выводы Сикорского совершенно неверными, заключает свою критику словами: “Ритуальные убийства, приписываемые евреям, никогда не бывают там, где христиане не верят в их возможность... здесь происходит то же самое, что бывает с привидениями: они ведь тоже являются только там, где в них верят. Другими словами, ритуальные убийства существуют в воображении людей, убежденных в их существовании”.

Профессора Bonhoffer, а также Bodeker, высказывают, что выводы Сикорского покоятся не на объективных данных, а являются личным вымыслом, ничем не обоснованным. Bonhoffer не считает даже нужным опровергать его. Научная совесть не позволяет ему критиковать то, что выходит за рамки науки.

Профессор Meuer заключает свою экспертизу словами: “То, что написал Сикорский, может служить, пожалуй, как остов интересного криминального романа, но никакого иного значения и ценности не имеет. Мне было чрезвычайно тяжело писать эту критику

мнения заслуженного товарища по специальности. Только с сердечным сокрушением можно прочесть экспертизу Сикорского, ибо охватывает чувство, что человек, много работавший в области религиозных бредовых состояний и приобретший тем известность в широких кругах, сам ослеплен подобными же суевериями”.

Профессор Forel с возмущением отмечает духовное родство “психиатрической науки” Сикорского с “теологической наукой” архимандрита Амвросия. “Заключение профессора Сикорского основано на словах архимандрита Амвросия, а не на объективных данных вскрытия. Я затрудняюсь назвать достойным именем такое ”психологическое” заключение; пусть это сделают другие. Одно для меня ясно: такая экспертиза решительно не имеет никакого значения. Это-то должно быть очевидно для каждого образованного человека. Достаточно сопоставить указание архимандрита, данные вскрытия и заключение Сикорского... Для этого нет нужды быть специалистом”.

Последнее мнение, заключающее собою всю книгу, принадлежит двум венским профессорам. “Мы заявляли раньше доктору Шенфельду⁴, что мы не можем представить критики экспертизы профессора Сикорского, потому что это вообще не психиатрическая экспертиза и поэтому психиатрической критике не подлежит. Теперь по ознакомлении с нею мы должны сказать, что нам вообще представляется невероятным, чтобы автором этой экспертизы был психиатр”.

Бывший профессор Московского университета Вл. Сербский

От редактора. В поразительном контрасте с этой экспертизой В. П. Сербского по делу Бейлиса и экспертизой В. М. Бехтерева, которую мы также впервые воспроизвели 10 лет назад (НПЖ, 1997, IV и 1998, I), находится все множющийся ряд современных комментаторов.

В 1971 г. директор Московского НИИ психиатрии проф. А. А. Портнов, предложив мне написать историю Института к его 50-летию, попутно выразил пожелание “реабилитировать проф. Сикорского”. Тогда это выглядело неожиданно и дико, так как шло вразрез с вскрывшимися после революции документами царской охранки, из которых следовало, что дело Бейлиса было спланировано полицией как привычный прием переключения общественного недовольства на традиционного козла отпущения, что глава банды, совершившей убийство, Вера Чибиряк, была информатором полиции и т.д.. Что касается И. А. Сикорского, то в своей экспертизе он далеко вышел за пре-

⁴ Доктор Шенфельд (из Риги, убитый в прошлом году душевно-больным) перевел на иностранные языки все документы по делу Бейлиса и передал их на рассмотрение поименованных ученых.

дела своей компетенции (видимо, в силу увлеченности самой проблематикой), за что был подвергнут остракизму коллегами и бойкоту своими частными больными, и жаловался на это градоначальнику...

Однако 35 лет спустя, в 2005 г. в «Очерках истории отечественной общей и военной психиатрии» Г. П. Колупаева мы находим не просто реабилитацию, а шумную апологию «великого русского человека, выдающегося психиатра Ивана Алексеевича Сикорского», «уникального ноосферного случая — примера самоутверждения духовного идеала в овеществленной сфере»: «Понять И. А. Сикорского обязательно нужно каждому современному исследователю. Феномен столь масштабного интеллекта — это наглядное проявление смысла нашего существования». «Как подснежник, расцветающий из льда, «преодолевая толщу зла, натужно притянутого к славному имени ученого..., как из-под мертвой золы долгого кошмара... вспыхивает пламя чистого огня — символ яркого научного подвига...». И 30 страниц в таком же стиле.

И среди прочего: «По своему уникально исследованию И. А. Сикорского «Экспертиза по делу об убийстве Андриюши Ющинского» (СПб., 1913), где он **в аргументированной форме доказал, что налицо имел место факт ритуального убийства...**». «В определении характера убийства главный судмедэксперт был категоричен: «Убийство Ющинского является, таким образом, одним из самых бесспорных случаев ритуальных изуверств...», **что в обстановке, сложившейся вокруг процесса, было очень смелым поступком**».

Это выражение — «смелый поступок» — было недавно использовано и в отношении другого «эксперта» по ритуальным жертвоприношениям в деле Бейлиса, автора постыдной книги «Об осязательном и обонятельном отношении евреев к крови» (1913) В. В. Розанова, тогда также подвергнутого остракизму. До 1990-х годов о нем писали как о «юродствующем гении», теперь только как о «гении», хотя «розановщина» и «смердяковщина» — явные синонимы.

А вот как подано дело Бейлиса и экспертиза И. А. Сикорского в последнем выпуске «Российского психиатрического журнала» (2008, 5, 64–49) в статье В. К. Шамрея, Ю. Е. Логинова и А. Г. Чудиновских — руководителей нашей военной психиатрии. Оно изложено подчеркнуто, даже нарочито объективистски, из сплошных цитат. Но сам подбор цитат — не менее красноречивое свидетельство позиции авторов. И, действительно, их тенденциозность очевидна. Они даже смягчают заключение экспертизы: «Эксперты, исследуя характер ранений и потеки крови, пришли к заключению, что убийство, **возможно, имеет ритуальный характер**». Они пишут: «Заключение экспертов, не исключающее ритуального характера убийства, **могло спровоцировать в стране еврейские погромы**», тогда как погромы захлестнули Киев при первом же известии об убийстве. «Еврейская общественность активно противодействовала этому. В Петербурге был создан «особый комитет для борьбы с антисемитской политикой царизма» во главе с А. М. Горьким и В. Г. Короленко... Была развернута кампания в прессе...». Зачем тут кавычки? Зачем писать «еврейская общественность», а не «подавляющая часть» общественности? Авторы всячески выгораживают И. А. Сикорского. Они цитируют в заключении, что «экспертиза по этому делу вошла в историю, как «первая судебная психолого-психиатрическая экспертиза», не обмолвившись, что вошла она в историю совершенно иначе — как **непрофессиональное и постыдно безответственное в глазах ведущих психиатров всего мира вмешательство не в свою компетенцию**.

Такого рода переоценка ценностей — знак времени: вырастающий повсеместно рог носорога. Роль И. А. Сикорского особенно проясняется в контексте издания многотомной серии «Классики расовой теории» и трехтомной — «Классики русской расовой теории»¹, в значительной мере заполненной трудами И. А. Сикорского.

Все сказанное выше заставило нас поместить экспертизу В. П. Сербского по делу Бейлиса в раздел «Актуальные проблемы психиатрии».

¹ Среди томов Д. Гобино, Х. Чемберлена, мы находим и том «расового теоретика» нацистской Германии Ф. К. Гюнтера, для которого сторонники Гитлера учредили новую профессорскую должность в Иенском университете.

Что такое “феноменологическое описание”?

Ю. С. Савенко

МОТИВ ДАННОЙ СТАТЬИ

Многие недоразумения, бесплодные споры и грубые ошибки связаны с совершенно различным пониманием понятий “феномен”, “феноменологический метод”, “феноменологическое описание”. Между тем, они принадлежат к фундаментальным понятиям.

Наше выступление на XIV Конгрессе ВПА (Прага, 24 октября 2008 г.) “Навстречу МКБ-11” (НПЖ, 2008, 3) было посвящено принципиально значимым упущениям МКБ-10, прежде всего, **вульгаризации понятия “психотического уровня” в отношении депрессивных и тревожных синдромов**: понятие “психотического” из целостной характеристики, выражающей качественное упрощение всей структуры переживания, было подменено появлением симптомов более глубокого регистра (параноидного бреда, слуховых галлюцинаций и др.), в результате чего планка психотического уровня значительно повысилась, и три класса случаев перестали восприниматься как психотические, чреватые суицидальным риском.

Однако в выступлении проф. Ю. А. Александровского на ежегодной всероссийской конференции (Москва, 29 октября 2008 г.) и в его публикации (РПЖ, 2008, 4) прозвучало диаметрально противоположное нам мнение, характерное для целого ряда авторов. Цитирую: “Разделение больных на “психотических” и “непсихотических” не может быть введено в МКБ-11 в связи с тем, что в его основе лежит, прежде всего, клиничко-описательный, а не патогенетический принцип”.

Противопоставление клиничко-описательного принципа патогенетическому в психиатрии означает отказ от самого предмета клиничко-психиатрии как такового. Никакие инструментальные методы никогда не заменят клиничко-описательного метода, который наиболее адекватно и целостно выясняет патогенетическую природу. Но для этого нужно различать:

феноменалистское описание неотрефлексированных показаний;

естественно-научное описание в индуктивных терминах (симптомах) и

феноменологическое описание конкретных феноменов, т. е. совокупность всех свойств переживаний, очищенных от всякой предвзятости.

Нельзя забывать, сколько лет господствовали примитивные фантазии А. Г. Иванова-Смоленского в качестве патогенетических механизмов (Н. А. Бернштейн, 2003 — “Современные искания в физиологии нервного процесса”) и как устаревают любые теории

в отличие от хорошего описания. Мы по-прежнему видим, что многие авторы не понимают, что такое феноменология. Не зря это один из основных приоритетов нашей Ассоциации.

Мы посчитали необходимым повториться в своих неоднократных выступлениях с 1989 и еще раз разъяснить принципиальное отличие различных видов описания в психиатрии и неприемлемость представления о построении естественной классификации, какой должна быть МКБ-11, “на патогенетическом, а не клиничко-описательном основании”, тем более, что это прозвучало от ответственного редактора “Национального руководства по психиатрии” и автора статьи в нем “Клинический метод в психиатрии” (2009, стр. 26 – 29).

Ю. А. Александровский пишет: “Психиатр не **просто**¹ созерцает, воспринимает, регистрирует наличие у пациента тревожных признаков — он познает их”. Здесь “созерцание, восприятие и регистрация” подаются как нечто простое, легко доступное, тогда как именно эта ступень самая сложная, составляющая существо феноменологического метода и предопределяющая все последующее. Получается, что Ю. А., подчеркивая, что “клинический метод в психиатрии многие **неспециалисты** понимают как субъективный, описательный, феноменологический, зависящий от позиции врача...”, сам понимает его таким же образом. Он признает, что клиничко-описательный метод позволяет установить диагноз, а “в ряде случаев”, “особенно психотических расстройств”, определить прогноз, но для непсихотических расстройств “часто этого не хватает”, и — главное — это “как правило не может объяснить” психические расстройства.

Мы видим здесь убеждение, что перспектива развития лежит **только** на пути объяснений с помощью инструментальных исследований патогенеза, а клиничко-описательный метод — нечто завершенное.

Утверждение Ю. А. Александровского, что “разделение больных на “психотических” и “непсихотических” не может быть введено в МКБ-11 в связи с тем, что в его основе лежит, прежде всего, клиничко-описательный, а не патогенетический принцип” исключает любые попытки смягчить это заявление, так как “психотическое — непсихотическое” — это не только самое фундаментальное разграничение в психиатрии, но и самое простое: психотический уровень и синдромальная картина квалифицируются в первую очередь и наиболее надежно. Труден нозологический диагноз.

¹ Все выделения в тексте сделаны нами.

30 ЛЕТ НА ОДНОМ МЕСТЕ

В нескольких дискуссиях 70 – 80-х гг. о соотношении предметов психологии и психиатрии отчетливо прозвучало то же убеждение: физиология изучает сущности, а психология и психиатрия — явления (Б. Я. Первомайский), физиология и психология изучают механизмы, т.е. сущности, а психиатрия — явления, т.е. внешнюю случайную поверхностную сторону вещей (Ю. Ф. Поляков). В качестве примера утверждалось, что психиатр, оставаясь в рамках своего клинико-описательного метода обречен принимать кита за рыбу.

Но этот пример оборачивается ровно наоборот: только небрежный торопливый незаинтересованный взгляд увидит рыбу. Тщательное продолжительное равнодушное наблюдение обнаружит, что кит дышит воздухом, что он живородящий, вскармливающий детенышей молоком и мн. др. Такого рода **этологическое описание**, на основании наблюдений поведения горилл, слонов, диких лошадей, серых гусей в течение года жизни в их собственной среде с узнаванием каждой особи “ в лицо”, знание их взаимоотношений друг с другом и т.д., **как и клиническое описание, позволяет вскрыть сущностные закономерности**, которые оказались в ряде случаев даже более стабильным таксономическим основанием, чем морфологические признаки.

Такое описание требует опытного тренированного глаза и, конечно, **преданного отношения к предмету своего исследования, каков он есть**, а не каким его привыкли видеть, ожидают увидеть или хотят видеть. Это отношение — не патерналистская любовь опекающе-направляющая в “правильное” русло, а острожно-чуткое к тому, чтобы не внести погрешности отсебятины. Уже с этого начинается **феноменологическая установка**, которая необходима и при описании поведения, а не только при самоотчете о переживаниях. Хотя и здесь значительной опорой является “выразительный язык” поз, поведения, звуков, запахов и т.д. И самокритичное понимание роли собственных способностей...

Но в отношении человека ограничиться таким описанием значило бы остаться на уровне ветеринара. Грандиозный пласт информации, часто радикально меняющей смысл объективно наблюдаемого поведения, оказывается невостребованным. Это решительное самоограничение объективного направления (рефлексологического, бихевиористского) было связано с казавшимися непреодолимыми субъективными искажениями самоотчета о своих переживаниях, собственных или выявленных у других с помощью опроса. Понять радикализм отказа от “субъективных” переживаний, жертвующего собственно человеческим измерением, — осмысленным рассказом испытуемого или больного о себе — можно перед лицом безудержных болтовни, фантазирования, обмана, не го-

воря уже о невольных искажениях. Но после появления феноменологического метода это уже недопустимо. Тем более в психиатрии, где клинико-психопатологический метод — основа самого предмета.

Такого рода отказ был особенно характерен для квази-павловского периода примитивной физиологизации советской психиатрии и преодолен уже самими авторами погромного доклада на Павловской сессии. Но наследие этого периода в косвенной форме все еще живо в общеконцептуальных представлениях. Противопоставление клинико-описательного подхода патогенетическому вполне в духе прежней физиологизации и любого другого редукционизма.

ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД

Феноменологический метод — это итог длительного и дрящегося, далеко негладкого и нелинейного пути от простой фиксации “внутренних восприятий” до вундтовской “интроспекции”, предписывавшей использование данных только специально тренированных испытуемых, выполнивших, каждый, не менее 10 тысяч интроспективно протоколированных реакций, и через радикальный пересмотр этой техники основоположником экспериментальной феноменологии Карлом Штумпфом, а затем Освальдом Кюльпе и их учениками и продолжателями, гештальт-психологами и социальными психологами. Все они — представители линии Франца Brentano.

Феноменологический метод был разработан во втором томе “Логических исследований” учеником Карла Штумпфа Эдмундом Гуссерлем в 1901 г. В 1913 г. Гуссерль усложнил его в качестве специфически философского метода усмотрения сущностей. Ясперс сознательно опирался только на раннего Гуссерля. Стремление Гуссерля к предельной научной строгости, попытка даже философию превратить в строгую науку, дойти до “корней” или “начал” всего знания, до его предельных оснований, борьба с релятивизмом, изгнание из логики психологизма привели к созданию феноменологического метода как **техники точного беспредпосылочного описания**. Но беспредпосылочного не беспредельно, а как **“освобождение от феноменологически непроясненных, непроверенных и непроверяемых предпосылок”**. “Среди безудержного буйства иррациональных учений” Гуссерль создал метод, который обосновывал “некоторый вид сверхрационализма, который преодолевает старый рационализм как неадекватный и утративший свою объективность”. Научная строгость Гуссерля имела этический мотив: “человек несет ответственность за себя и свою культуру”.

Говоря словами Гуссерля, “феноменология действует, созерцая, разясняя, определяя смысл и смысл же различая. Она сравнивает, она различает, она связывает, она устанавливает отношения, разделяет на части или обособляет моменты... Она не теоретизирует

ет и не математизирует, она не производит никаких объяснений ...”. Ее предметом является “только то, что мы можем сделать ясным по своей сути в самом сознании”.

“Только насколько что-то можно довести до действительной непосредственной данности, т.е. наглядно, является предметом феноменологии... Феноменологический анализ имеет целью осознать душевные феномены с помощью четкого ограничения. Феноменологическое понимание осмысливает только факты, переживания, способы сознания...” (Ясперс).

“Феноменологическое — это “беспредпосылочное видение вещей (или “изначальное”, “ближайшее”, “естественное”, “непредвзятое”, “простое”, “собственное”, “подлинное”, “чистое”, и т.д.) в отличие от опыта, основанного на “предрассудках”, “предмнении”... (Хайдеггер).

То есть, это техника, методически очищающая и дисциплинирующая нашу рефлексию, которой можно учиться и достигать intersubjectивности в результатах на этом пути. Так ли я понял? Так ли воспринял? Откуда я это взял? Почему я этому верю?

Главной операцией феноменологического метода является феноменологическая редукция, представляющая выключение слой за слоем из поля наших суждений (или “взятие в скобки”):

природного мира (с его вещами, животными, людьми);

всех индивидуальных предметностей;

“всех наук о природе и духе со всем корпусом их познаний..., искусства, государства, нравов, права, религии”.

и параллельное очищение переживаний от включенности в порядок исторически конкретного мира, т.е. их **перевод в модус ирреального (устранение вопроса о существовании)**. Это приведение к общему знаменателю действительного и воображаемого дает возможность адекватнее понять психически больного, укрепляя коммуникацию с ним.

Феноменологическая редукция позволяет освободиться от наивности **естественной установки сознания**, т.е. направленности на предмет, и переключить сознание на исследование структуры собственной интенциональной² деятельности по конституированию этого предмета, что составляет существо **феноменологической установки**. Это так же помогает понять, как происходит конструирование реальности в естественной установке и преимущества

“жизненного мира” (до- и вне-научного) перед научно-теоретическим.

Феноменологический взгляд, как сущностный, противопоставляемый поверхностному феноменалистскому, высоко ценит наивное восприятие и стремится к нему. Наивное восприятие — это детское восприятие, незамутненное и неискаженное обывательскими шаблонами и незакономерное в них. Имеется целая серия книг о продрозверстке, войне, блокаде и т.д. глазами детей, — и это высоко ценный взгляд на вещи. Таким образом, следует различать наивное детское восприятие и обыденное восприятие, догматичное в своей мифологии так же, как догматично иное “научное” восприятие, абсолютизирующее свой профессиональный взгляд и свою концепцию.

Феноменологический метод позволяет вернуть статус объективности субъективным переживаниям, которые должны приводиться текстуально в качестве примеров.

Феноменологический метод Гуссерля стал одним из самых выдающихся достижений мировой интеллектуальной культуры XX века. Фактически во всех гуманитарных и естественных науках возникли феноменологические направления. К 1930 году феноменологическое наблюдение и описание утвердились в США, куда бежали от нацизма все крупные гештальт-психологи, противостоя возобладавшим там бихевиористскому и психоаналитическому направлениям, но и взаимодействуя с ними. В качестве единой общеметодологической основы естественных и гуманитарных наук феноменологический метод **представляет первую ступень любого исследования, предопределяя адекватность окончательных результатов**. Но феноменологический метод это еще и неистощимый источник новых корреляций по мере появления новых теорий и новых инструментальных методов. Иначе это все те же гадалка или астролог, но с компьютером.

В психиатрию феноменологический метод был введен Ясперсом (1912, 1923) и сразу очевидным для всех образом показал свою эффективность. Его дальнейшая история достаточно полно изложена в монографиях Герберта Шпигельберга “Феноменологическое движение” (1969) и “Феноменология в психологии и психиатрии” (1972).

Сразу же феноменологический метод был воспринят и в России, прежде всего, философами и психологами, Г. И. Челпановым и, особенно, Г. Г. Шпетом, а из психиатров — Л. М. Розенштейном и Н. П. Бруханским. Но воплощенный в феноменологическом

² **Интенция** — фундаментальное понятие феноменологии: изначальная имманентная сознанию особенность быть предметным, предметно направленным, всегда быть сознанием о чем-то, но без всякого энергетического смысла этой направленности во избежание вульгарного понимания, например, терминов Йозефа Берце “гипотония сознания” и “слабость интенции” при шизофрении как снижения энергетического потенциала в физиологическом смысле. У Гуссерля интенция — это акт придания смысла предмету при постоянной возможности различия предмета и смысла.

Интенциональная структура — это различие и единство предмета (явления), интенционального акта (процесса придания смысла, являвания, ноэзиса) и интенционального содержания (смысла, ноэмы).

методе принцип непредвзятости был диаметрально противоположен воинствующей тенденциозности принципа партийности. Это привело к устранению Челпанова (1923), пресечению деятельности Розенштейна (1935), физическому уничтожению Шпета и Бруханского (1937). Однако, клинико-психопатологические достижения, обязанные феноменологическому методу, неизбежно интегрировались нашими лучшими клиницистами, независимо от их вынужденных в советскую эпоху ритуальных публичных отрешиваний. Более того, все наши лучшие клиницисты были стихийными феноменологами. В психиатрии иначе и невозможно. Классиками-предтечами отечественной феноменологии были В. Х. Кандицкий и С. С. Корсаков. Из недавно ушедших крупных представителей этого направления можно назвать С. Г. Жислина, П. Ф. Малкина, Л. Л. Рохлина, А. К. Ануфриева, Н. Г. Шумского.

С момента создания НПА России в 1989 году ее главным клиническим приоритетом стало утверждение в профессиональном сообществе феноменологического метода. Этому был посвящен и первый семинар (1992) для заведующих кафедрами и руководителей психиатрических служб разных регионов страны с приглашением ведущего отечественного специалиста по феноменологии Гуссерля проф. Н. В. Мотрошиловой, что привлекло в ряды Ассоциации фактически всех участников семинара³. В нашем журнале был организован международный редакционный совет по феноменологической психиатрии. Мы регулярно помещаем работы феноменологически ориентированных авторов. Мы организовали перевод одной из фундаментальных работ Ясперса о бреде ревности и можем с полным основанием поставить себе в заслугу, что эта наша активность сыграла роль в переводе на русский язык всех психиатрических работ Ясперса, включая “Общую психопатологию”, редактором перевода которой стал проф. В. Н. Краснов, а автором предисловия акад. Т. Б. Дмитриева.

Важно подчеркнуть, что ревнители феноменологического метода рассматривают его не в качестве альтернативы другим методам, а неперемного предопределяющего, предваряющего звена прочих методов, в то время как представители бихевиористского направления в лучшем случае рассматривают самоотчет как некое второстепенное дополнение.

Между тем, субъективный смысл любых ощущений, переживаний, воздействий меняет не только интенсивность и глубину, но само качество переживаний. Незначительные с обычной точки зрения детали воспринимаются как угрожающие, даже катастрофические, доброжелательность как коварство, лечение как издевательство. И так оно и есть для людей с психическими расстройствами. Это их реальная действительность.

Эту простую лежащую на поверхности истину часто игнорируют.

Существо феноменологического метода составляет феноменологическое описание, которое в своем исполнении смыкается с художественными описаниями (см., например, Н. П. Бруханский “Очерки социальной психиатрии”) и восходит к гетевскому пути в науке (К. Свасьян “Гете”. “Феноменологическое познание”).

ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ОПИСАНИЕ

Все еще широко распространено мнение, что описание это нечто простое, что все умеют, и что является фактически исчерпанным для дальнейшего развития методом. Но все обстоит ровно наоборот.

Не имеющее собственного специализированного опыта и феноменологической выучки восприятие обывательски или квазинаучно догматично или прихотливо субъективно. Оно методически недисциплинировано и бессистемно или, наоборот, организовано в соответствии с определенной исповедуемой концепцией и поэтому сразу устремляется за всем, что ей релевантно. Оно лишено главного — табуирования любых концептуализмов на первых этапах непосредственного общения с больным и описания непосредственно данного.

С самого начала опытный взгляд схватывает целое, синдром, а не симптомы, постепенно все более тонко структурируемое и в этом контексте воспринимающий каждую отдельную деталь, а не строящий из элементов целое. Всякая квалификация, как и диагностика, осуществляются не в результате сличения с образцом, как с поразительной наивностью еще 20 лет назад писал Г. В. Морозов в 2-х томном “Руководстве по психиатрии” социалистических стран, относительно “первого этапа любого врачебного диагноза, любой болезни”, ссылаясь на классиков, но совершенно неверно трактуя их и повторяя безнадежно устаревшие неадекватные описания процесса диагностирования.

С самого начала даже самый быстрый предварительный диагноз — это не “диагноз по аналогии”, не сличение с образцом, стандартом, и даже не установление места и расстояния по отношению к идеальному типу, а соответствие соотносительных характеристик по отношению к исполняемой функции, решаемой задаче, преследуемой цели, т.е. гомологические ряды, а не простые аналогии, это “диагноз по гомологии”, т.е. не “суммативное сходство” по числу сходных симптомов, а “структурное сходство” по сходству структурных соотношений в динамике.

Феноменологически фундированный взгляд, т.е. освобожденный, очищенный от предвзятостей всякого рода, увидит ту структуру, которая складывается спонтанно, естественным образом, а не в результате самопроизвольной подгонки под имплицитно при-

³ Исключение составил лишь главный психиатр Смоленской области д-р Дедков.

сутствующий в сознании диагноста или исследователя привычный для него шаблон. Такой шаблон, т.е. определенная предвзятая установка, во всем ищет и находит себе подобное, в силу его невольного навязывания, а не действительного наличия. Отсюда бесконечные порочные круги с ложными наивными самоподтверждениями. Подлинное вчувствование в переживание больного предполагает само-забвение, отрешение от своего “Я”, своих пристрастий и оценок. Это не “мера на свой аршин”, а воссоздание “правды характера” исследуемого или “непосредственно данного”.

Но, как неоднократно повторяет Ясперс, феноменологическая редукция — очищение от предвзятостей — это “очень трудная задача и “тяжелое приобретение после долгой критической работы и часто тщетных попыток в конструкциях и мифологиях”, требующая “все новых и новых усилий”. Более того, феноменологический метод — как первая предопределяющая все прочее стадия исследования — требует “женственного стиля” — бережного отношения к предмету изучения, познаваемого через уподобление. Востребованным делается феноменолог, как особый тип исследователя, пестующий себя в качестве тончайшего и наиболее адекватного “инструмента” познания. Следующая стадия исследования принципиально другая — это эксперимент и теории.

Другим существенным препятствием является неспособность больного внятно выразить свои переживания в силу актуального состояния либо невысокого уровня рефлексии.

Классические психопатологические описания представляют феноменологически фундированные самоотчеты больных с незаурядными способностями такого рода. Это, прежде всего, сами психиатры, как тот же В. Х. Кандинский. В других случаях, это описание феноменологически ориентированных психиатров с высокой эмпатией. Постоянно обогащаемый фонд тонких описаний — важный, не могущий истощиться тип научных публикаций.

Итак, **феноменологические описания** — это бережно непредвзято изложенные конкретные индивидуальные развернутые примеры непосредственных переживаний больных.

Процесс феноменологического описания представляет последовательность следующих этапов:

1) **беспредпосылочное** — и это главное в феноменологии — максимально очищенное на этот момент от всех предвзятостей разного вида и уровня **выслушивание** психиатром аутентичных описаний бо-

льными своих конкретных непосредственных переживаний, ощущений, потока сознания, и их рефлексии⁴ по этому поводу;

2) **“концентрация внимания на том, что в постоянно текущем изменчивом потоке действительно выходит за рамки обычного и поэтому оправдывает наше удивление⁵”, выделив и ограничив его;**

3) **воспроизведение в себе** этих сообщенных переживаний во всей возможной полноте и жизненности в “понимающем прочувствующем представлении”;

4) что требует **акта вчувствования**, эмпатии и понимания этих переживаний;

5) и достигается в результате **свободного варьирования в воображении** их образа, мысленно экспериментируя с которым, ставя в различные положения и сочетания, подвергая разнообразным воздействиям и деформациям в целом и в отношении отдельных сторон до достижения полной и устойчивой ясности (инвариантности) в наглядной образной форме; свободное, но методичное варьирование в воображении при “смотре на...” не нуждается в накоплении опыта и эмпирических обобщениях, т.к. распространяется на воображаемое и вспоминаемое, а не только реальное, и позволяет ухватить сущностные отношения. Это и есть “нечувственное категориальное интуирование” или феноменологическая интуиция;

6) это позволяет четко очерчивать психические состояния в их взаимосвязи (“феноменологические провалы” и “феноменологические переходы”), дифференцировать их (опять-таки наглядно, а не чисто логически), разрабатывая соответствующую максимально физиогномическую терминологию, дающую точное именование (квалификацию), “оставляя без ярлыка то, что не подходит под существующие определения”.

Описания феноменолога рассчитаны на то, что другие “не просто думают вместе с ним, а ... смотрят вместе с ним”, но не сенсорно-зрительно, а понимающе.

Восприятие клинко-психопатологических характеристик у опытного клинициста как правило сопровождается чувством определенной меры (степеней):

непосредственности переживания того, о чем идет речь; что переживается сейчас или сообщается о недавнем или давнем прошлом, т.е. цепочки опосредования различны по длине и числу звеньев;

ясности, очевидности предмета рассмотрения (хорошо ли понял);

надежности его восприятия (хорошо ли увидел, услышал).

⁴ **Рефлексия**, согласно Ясперсу, — “фундаментальный первичный феномен, представляющий обращение переживания всякого на себя и на свое содержание. Вся сознательная психическая жизнь пропитывается рефлексивностью, порождая все опосредованные феномены, но не по отдельности, а в виде подвижной совокупности отношений, которая изменяется вместе с состоянием сознания, и из которой мы извлекаем интересующие нас данные в самом акте их описания”.

⁵ Феноменологический метод высоко ценит **удивление**, способность удивляться там, где другие видят только тривиальность или повод для устранения предмета. Для Гуссерля удивление — это “чудо из чудес”, это “чистое эго” и “чистое сознание” (Г. Шпигельберг).

Клиницист даже может ранжировать для себя психопатологические данные в этих отношениях. Важно ввести это в систему.

Данные всех описаний, измерений, экспериментов и статистической обработки теряют смысл пока нет ясного понимания того, что именно описано и измерено, что именно показал эксперимент. Феноменологическое описание как раз и представляет сущностно-проясненное описание, предельно четкое и ясное в отношении своего смысла. Это проблема адекватности и обоснованности, т.е. валидности предмета описания, которая часто подменяется и ограничивается проблемой надежности.

Феноменологическим является только непосредственное, ясное и надежное.

Техника феноменологического описания выглядит у Гуссерля и других авторов отпугивающе сложно, даже нереалистично для широкого использования. Но на практике это то, что приходит к профессионалам естественным путем в результате опыта, без этих познаний. Достаточно активно любить свое дело и неуспокоенно относиться к каждому больному. Тогда мы видим, что сам предмет психиатрии содействует феноменологическому методу, раскрываясь тем полнее, чем последовательнее ему следуют. Так, в качестве примера фактически целиком феноменологической работы Ясперс приводит монографию В. Х. Кандинского. Поэтому можно было бы начать с того, чем кончил Ясперс свою эпохальную работу “Феноменологическое направление исследования в психопатологии” (1912): “Само собой разумеется, что многие психиатры уже поступают совершенно так и по праву восприняли это как дерзость, если бы им представляли это как новое. Но феноменологическое отношение вовсе не так распространено, чтобы его не нужно было требовать все снова и снова”.

ПОНЯТИЕ “ФЕНОМЕНА”

Понятие “феномена” первоначально отождествлялось с понятием “явления” и противопоставлялось “сущности”. Таково оно, например, у Канта, согласно которому сущности непознаваемы. Однако, начиная с Гуссерля, понятие “феномена” приобретает принципиально другой смысл. То, что имелось в виду под явлениями, как чем-то внешним, поверхностным, скрывающим и искажающим свою подлинную природу, обозначается как “феноменальное”, “феноменистское”, а “феноменологическим” называется неискаженное восприятие предмета в его сущности, первозданности. Способ проникнуть в природу явления на порядок более глубоко, увидеть в явлении его сущностные черты позволяет процедура феноменологического метода.

Если симптомы можно уподобить россыпи отштампованных мелких предметов разного цвета и формы, то феномены отличаются от них так же, как

современная модель атомов от прежнего представления о них как неделимых первоэлементах, — это целый бесконечно сложный мир и каждый — со своей собственной структурой. Так, даже терапевты превратили изначально элементарный симптом сердечной боли в серию так наз. малых синдромов сердечной боли с клинически значимыми структурными различиями. Такой подход, если не устраняет, то постоянно минимизирует размах чисто внешнего поверхностного сходства или омонимичности и, таким образом, неспецифичности симптомов. Там, где традиционный симптоматический подход видит картину нозологически неспецифических симптомов и синдромов, феноменологический подход с выделением и анализом феноменов получает на порядок больше оснований для нозологического диагноза, либо — по крайней мере — для поиска новых опор для него.

В отличие от **симптома**, как индуктивного (обобщенного), элементарного, стандартного одновекторного признака, **феномен** — это уникальное индивидуальное конкретное переживание (Erlebnis, нем.; experiences, англ.), т.е.

сложный физиогномический многовекторный фрагмент целого, повторяющий структуру этого целого⁶;

“единица” сознания и феноменологического анализа, сама по себе структурированная в потоке сознания, на которую мы рефлекслируем и

очищаем в ходе феноменологической редукции;

а в результате “свободного варьирования в воображении” до получения инварианта достигаем прочной полной ясности, наглядности и уверенности, и затем анализируем.

Итак, **феномен** — это явление, прошедшее процедуру феноменологического метода по Гуссерлю. В результате анализа феномена обнаруживается его, на языке современной математики, фрактальная структура, т.е. гомологичная целому, содержащая это целое, первичная, ни к чему не сводимая и не требующая объяснений, выступающая для наших психопатологических целей как сущностное описание и придающее ему статус объективности.

Но все же феномены, согласно Гуссерлю, основываются не столько на антитезе “явление — сущность”, сколько на взаимодополнительной связи процесса конституирования предмета, т.е. акта придания смысла (ноэзиса) и смысла как такового (ноэмы). Устойчивая согласованность ноэтически-ноэматической и интенциональной структур сознания — фундаментальная характеристика феноменов.

“Всеобщими структурами чистого сознания” по Гуссерлю, являются феномены, акты сознания и “по-

⁶ В этом отношении его физической моделью может служить осколок голографической пластинки, тем не менее воспроизводящий целое, а математической моделью — фрактальная структура.

ток сознания”. Структура потока задается фрагментами времени. При исследовании сознания надо “плыть вместе” с потоком, что позволяет воспринять его существенные черты: структуру и форму потока, его текучесть и флуктуации сознания.

ФЕНОМЕНОЛОГИЯ И ПОНИМАНИЕ — НЕ ПРЕДМЕТ ПСИХОЛОГИИ

Фундаментальной ошибкой, характерной для многих старых и новых работ, является восприятие и толкование термина “понимание” как “психологического”. Между тем, понимание относится к самым разным сферам: можно говорить не только о психологическом, но также философском и научном понимании, этическом и эстетическом, логическом, историческом, социологическом и экономическом понимании, физическом и биологическом, антропологическом и психопатологическом и т.д.

“Понимание” как таковое подчиняется законам той сферы, в которой осуществляется, какие цели преследует: педагогические, художественные, медицинские. Поэтому упрек в психологизации, либо просто отнесение понимания к психологии совершенно неуместны.

Если интроспекция была психологическим методом, то **феноменологическое описание относится к сфере общенаучной методологии.**

Поскольку психиатрия соотносится в норме не с психологией, а с антропологией, и представляет не патопсихологию как однослойную науку, а психопатологию как патологическую антропологию, охватывающую все онтологические слои (биологический, психический, духовный), то феноменологическая и антропологически понимающая формы описания наиболее адекватны для нее. Следует различать психологию личности и личность как таковую, составляющую предмет антропологии. Не стоит забывать, что психология и антропология с персонологией выделились из философии, тогда как психиатрия — из единства с невропатологией.

Комментаторы “Клинической психопатологии” Курта Шнайдера — Г. Хуберт и Г. Гросс пишут: “Для психопатологии Ясперса — Шнайдера с самого начала (что часто упускается из виду) было характерно сочетание *феноменологии и понимающей психопатологии*, аналитико-описательного метода с методом генетического понимания. Чересчур объективирующая психиатрия Крепелина была побеждена предложенной Ясперсом и Куртом Шнайдером феноменологией, нацеленной на переживание и способ переживания. Она направлена на выяснение развития переживания, движения и причинных связей психической сферы с помощью интроспекций со стороны пациента, статистического и генетического вчувствования со стороны исследователя... Благодаря взаимообусловленности дескриптивного феноменологического

метода и метода генетического понимания психопатолога, по убеждению Курта Шнайдера, всегда является одновременно дистанцированным и участвующим врачом, который не только наблюдает и констатирует признаки болезни, но и делает самого себя инструментом исследования, пытается проникнуть в сущность и воспроизвести то, как душевное с очевидностью проистекает из душевного. Характерна “феноменологическая установка” Ясперса, когда исследователь путем психопатологического обследования старается понять и описать переживание пациента на основе его самохарактеристик...” Естественно, что метод психологического понимания использовался и Ясперсом и Куртом Шнайдером, но не как основной, а функциональный на своем месте, — как дифференциально-диагностический при необходимости различения психогенных психических расстройств и как психотерапевтический при установлении коммуникации с больным.

ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ШТУДИИ И УЧЕБНИКИ

Сложившаяся система обучения и клиническая практика пропитаны наивным натуралистическим стилем осмысления собственной деятельности с неразвитой рефлексией.

Феноменологический метод предполагает феноменологические штудии, т.е. специальные тренажи в отношении всех звеньев феноменологического метода -соответствующего настроения, максимально чуткого, адекватного восприятия, бережно относящегося к предмету своего описания, феноменологической редукции как отрешения от своих разнообразных, слой за слоем, предвзятостей, и варьирования в воображении.

Феноменологический метод представляет среди прочего отказ от всякого удвоения реальности и “дурной бесконечности”, от разграничения “внутреннего” и “внешнего”, представляемого и реального, т.е. от статуса реального существования. Это делает важным использование феноменологической установки при описании обычных объектов и событий. Тренаж описаний вещей, животных, отдельных поведенческих проявлений и субъективных переживаний.

Важное место занимает тренаж переключения различных установок. Так, например, перевод установки с содержания переживаний на форму осуществления этих переживаний — эффективный способ от мифологии в рамках содержательного аспекта рассмотрения и т.д. В этих тренажах может быть с успехом использован опыт фиксированной установки школы Д. Узнадзе.

Тренаж рефлексии, в частности, интенционального анализа, мотивационного анализа, эйдетического анализа, изложены в монографии Лестера Эмбри

“Рефлексивный анализ. Первоначальное ведение в феноменологию” (М., 2005).

Феноменологические штудии психиатров — это групповые описания видеозаписей консультаций больных, с последующим тщательным пошаговым обсуждением техники этого описания в отношении полноты и меры дифференцированности, соразмерности в частях и деталях, наличия искажений, лексического выбора. Предпочтительность на первых порах видеозаписи связана с возможностью многократного возвращения к по-разному описанным фрагментам. Отдельные проблемы — полнота опроса, конгруэнтность с больным, тренаж эмпатии, для которого есть специальные руководства, разная стилистика ведения беседы, последовательность введения различных тестовых нагрузок.

Мы стоим перед фактом все еще первобытной стадии системы обучения описанию переживаний больных — самой важной, собственно профессиональной, предопределяющей все прочее стадии клинического метода, которая фактически целиком отдана стихийному процессу самообучения в реальной клинической практике под контролем опытных коллег. Этот старый испытанный путь давно требует множества усовершенствований и дополнений, начиная со стиля учебников: “одно дело, когда вначале дана дескрипция, а затем обозначение предмета дескрипции, другое дело, когда вначале дано определение или обозначение, а затем — примеры обозначенного. Первый вариант открывает дополнительные возможности обсуждения “дескриптивного положения дел”, как это называл Гуссерль, второй сводит эти возможно-

сти к минимуму. Феноменология показывает нам, как целесообразно представлять науки в “дескриптивных учебниках” (В. И. Молчанов).

Важнейшей формой обучения являются клинические разборы. Однако, обычно проводимые клинические разборы являются по большей части собственно клиническими (а не клинко-психопатологическими и редко феноменологическими), т.е. акцентирующими и дифференцирующими по преимуществу клинические характеристики: наследственность, возраст, конституцию, различные вредности в ходе развития в преморбидный период, возникновение и течение болезни, реакцию на терапию, динамику социального статуса и т.д. Проводимые нашей Ассоциацией в Преображенской больнице им. В. А. Гиляровского открытые клинические разборы — пример классических клинко-психопатологических разборов, где большое внимание уделяется психопатологическим феноменам, структуре синдрома и синдромогенезу в клиническом контексте. Феноменологические разборы с демонстрацией на практике феноменологического метода проводятся редко, так как требуют значительного энтузиазма и концентрации внимания присутствующих: выдержать 5 – 6 часов кряду утонченной аналитической работы. Такие разборы проводил проф. А. К. Ануфриев. Можно лишь сокрушаться, что вовремя не были сделаны видео- и аудио-записи его и других наших ведущих клиницистов клинических разборов.

Что касается самого главного — реальных клинических примеров феноменологического описания, то мы посвятим этому следующую публикацию.

Феноменология бреда и сверхценных идей в психопатологии Th. Meynert и С. Wernicke

Н. Ю. Пятницкий¹

В статье обсуждается отличное от крепелиновского направление в немецкой психиатрии, представленное Т. Мейнертом и К. Вернике; выделены ассоциативные механизмы бредообразования по Т. Мейнерт и две основные формы бреда по К. Вернике: объясняющий бред и бред отношения; рассматриваются предложенные К. Вернике разделение бреда по сферам сознания и критерии “патологичности” и “нормальности” сверхценных идей.

Первые аргументы против концепции единого психоза — которые вначале мало принимали во внимание — появились у французских психиатров [18]. Вначале А. Bayle в 1822 г., вопреки авторитету Ж. Эскироля, определил паралич и деменцию как выражение одной болезни с хроническими воспалительными изменениями оболочек мозга — прогрессивный паралич. Позже немцы открывают *treponema pallidum* (1905), а японец Noguchi (1913) определяет возбудитель в мозгу паралитиков. Ж.-П. Falret и Ж. Baillarger (1854) описывают циркулярный психоз, Ch. Lasague, Ж.-П. Falret (отец), В. А. Morel (1852 – 1864) — отдельную картину течения систематизированного “бреда преследования” (хотя нозологическая обоснованность последних расстройств уже сомнительнее). При этом В. Morel [28] создает концепцию вырождения и предлагает “этиологическую” классификацию психических расстройств, так что одновременно с “разграничением” стала проявляться обратная тенденция к объединению ряда различных картин психических расстройств к одному “диатезическому” базису. Идеи В. Morel [28] оказываются чрезвычайно влиятельны в Европе вплоть до начала XX века [6, 15]. Вслед за В. Morel французские психиатры [24, 25] делят функциональные психозы на две группы — психозы “дегенерантов” и у просто предрасположенных. В Германии W. Griesinger [14] после работы L. Snell (1865) [32] принимает первичный бред как особое заболевание. Немного позднее Н. Schuele [31] и австриец R. Kraft-Ebing [23], откликаясь на концепции В. Morel, стали подчеркивать, что первичный бред возникает только у дегенерантов. Систематики психических расстройств и Н. Schuele, и R. von Kraft-Ebing включали дегенеративное помешательство. В конце XIX века наибольшей популярностью в Германии и в России пользовался потеснивший Н. Schuele учебник австрийского психиатра R. von Kraft-Ebing [2, 3], в то время как во Франции преобладают воззрения V. Magnan [2].

Е. Краепелин, в 4-ом издании своего учебника (1893) в целом еще придерживаясь классификаций

R. von Kraft-Ebing и Н. Schuele, уже убирает “вторичные состояния слабости” W. Griesinger [15], а в “процессах психического распада” выделяет кататонию, гебефрению (соответствующую *Demence puresse* В. Morel [28]) и *Dementia paranoides* [2]. Для отграничения “естественных” границ психических заболеваний в 5-ом издании своего учебника (1896) Е. Краепелин [22] заимствует у К. Kahlbaum [20] принцип течения заболевания и переносит описанные К. Kahlbaum кататонию и гебефрению (вместе с Е. Hecker [16]) в рубрику “психозы вследствие расстройств обмена веществ” под общим названием “прогрессирующее слабоумие”, определяемое Е. Краепелин как “развитие более или менее глубокого слабоумия при явлениях острого или подострого душевного расстройства”. В прогрессирующем слабоумии Е. Краепелин [22] выделяет 3 формы: 1) *Dementia praecox*, или преждевременное слабоумие (соответствующее, по мнению самого Е. Краепелин [22], гебефрении Е. Hecker), 2) Кататонию и 3) *Dementia paranoides* (с быстрым развитием совершенно нелепых и бессвязных идей преследования и величия со стойкой спутанностью), по клинике напоминающую бред при прогрессивном параличе. В рубрику “конституциональные душевные расстройства” Е. Краепелин помещает “периодическое помешательство” и паранойю 2 типов: комбинированной формы и фантастической. Фантастическая форма соответствует бреду с систематической эволюцией V. Magnan, отдельное существование которого Е. Краепелин не признает и не наблюдает описываемой V. Magnan последовательности развития бреда, а комбинированная форма — “психозам вырождения” V. Magnan.

Психиатрия W. Griesinger на смене веков в Германии была постепенно отменена в дальнейшем постоянно видоизменяющейся систематикой Е. Краепелин [7], о едином психозе во время Е. Краепелин говорили с негативной оценкой [18], С. Jaspers [19] и Н. Gruhle [15] отзывались о W. Griesinger’е свысока.

Но в немецкой психиатрии существовало и другое направление. На границе с неврологией психиатрия сделала большой вклад в отграничение таких болезней, как хореза Гентингтона, болезнь Пика и Альцгей-

¹ Научный Центр психического здоровья, Москва.

мера. Австриец Th. Meunert [27], которого впоследствии упрекали в создании “мифологии мозга” [2], разработал начала “неврологической” систематики психопатологических расстройств. Все психопатологические симптомы Th. Meunert делит на явления “раздражения” (Reiz) и “выпадения” (Ausfall); бредовая идея и аффекты, таким образом, являлись симптомами раздражения интракортикальных процессов, некоординированные оборонительные движения при аффекте тоски обуславливались субкортикальной иррадиацией. С точки зрения Th. Meunert [27], цепи идей, входящие в состав бреда, и развивающиеся параллельно с ненормальными настроениями, имеют основание в физиологических ложных суждениях об окружающем непонятном мире — суждениях, “укоренившихся в нас с детства”. Так, ребенок видит во всех предметах какую-то связь с его индивидуальностью, и только расширение опытности постепенно суживает этот бред. Не менее легко развивается у ребенка бред преследования, страх перед неизвестными явлениями. Биологическое значение бредовых идей — охрана от враждебных стихий, идеи величия помогают человеку агрессивно подчинять себе природу с целью самосохранения. Основной механизм игры бредовых идей в состоянии спутанности Th. Meunert видит в побочном возбуждении ассоциаций по созвучию слов и метафорических побочных ассоциациях. Для выражения своего тягостного настроения больной прибегает к тем представлениям, с которыми эти настроения ассоциированы, например, с идеями преследования, и объясняет этими представлениями свое настроение. Разница между здоровым и душевнобольным, по Th. Meunert [27], лишь в том, что здоровый лишь сравнивает, не идет дальше метафор, а больной утверждает. Содержание бредовой идеи есть не более, как побочная ассоциация, которая не была бы обнаружена при правильном течении мыслей. Ненормальность ее состоит лишь в ее обнаружении, и это обнаружение есть “симптом раздражения”. Причина, в силу которой побочная ассоциация из скрытого состояния переходит в явную форму бредовой идеи, кроется в “ослаблении корковой функции”. Слабость “главной мысли” вызывает — уже как симптом “раздражения” — появление над уровнем сознания побочных представлений. Таков механизм бредообразования при галлюцинаторной спутанности и ипохондрическом бреде. Галлюцинации своими импульсами и содержанием как бы насильственно вызывают отрывочную цепь идей (галлюцинаторная спутанность). Подобное же объяснение применимо, по Th. Meunert [27], и к бредовым идеям, исходной точкой которых служат ипохондрические ощущения. Больная, ощущает, например, вздутие живота. С ощущением вздутия живота сочетается побочное представление об общем увеличении ее тела: больная говорит, что она гигантского роста, что она может достигнуть

облаков, что она может натворить там дел, для предотвращения этого ее могут умертвить.

Механизм происхождения хронических бредовых идей — *idees fixes* — на почве бреда преследования и бреда величия, согласно Th. Meunert [27], иной, чем при галлюцинаторной спутанности и ипохондрическом бреде: здесь главную роль играет побочное представление, что собственные ощущения больного делаются известными другим людям. Смутные вначале бредовые идеи (кроящиеся в человеческой натуре) приобретают силу представлений, направленных к определенной цели, и эти представления всегда готовы сочетаться с ложными наблюдениями, которые больной принимает за действительные события. Запас вспомогательных представлений для своих бредовых умозаключений больной находит в обширном мире побочных ассоциаций.

Наиболее выдающимся продолжателем идей Th. Meunert в Германии был описавший сенсорную афазию невролог и психиатр Carl Wernicke (1848 – 1905), по мнению некоторых исследователей [26], равнозначный по масштабам E. Kraepelin’у. C. Wernicke создал на рубеже XIX – XX веков свою механистическую и анатомическую теорию психических заболеваний, сходную с теорией английского невролога J. H. Jackson [17], но уступавшей ей за счет недостатка функциональных принципов [26]. C. Wernicke [33, 34] рассматривал психические заболевания как очаговые заболевания головного мозга. Подобная интерпретация эндогенных психозов осталась у C. Wernicke очень абстрактной и неубедительной — по сравнению с его вкладом в психопатологию и описанием новых синдромов [18]. C. Wernicke не признавал дихотомического крепелиновского деления функциональных психозов на маниакально-депрессивное помешательство и *dementia praecox*, а стремился отграничивать различные клинические картины психозов. В современных отечественных руководствах по психиатрии только лишь Г. В. Морозов [5] оказывает психопатологическим разработкам C. Wernicke достойное внимание.

Описанная C. Wernicke [34] “сеюнкция” — разрыхление ассоциаций и распад личности соответствует несколько позже описанным E. Bleuler [10] базисным расстройствам при шизофрении, хотя сеюнкция была для C. Wernicke скорее основным расстройством в большинстве психопатологических феноменов и соответствовала более или менее избирательному поражению нервных путей.

В построение своей психопатологической системы C. Wernicke [34], как и W. Griesinger [13], (а позже, кстати, и А. В. Снежневский [9]), заложил принцип психической рефлекторной дуги. Нервный путь *sA* C. Wernicke предложил назвать психосенсорным, *Zm* — психомоторным, путь *ZA* — интрапсихическим. При классификации психических расстройств C. Wernicke исходил из пониженной возбудимости,

повышенной возбудимости, и извращенной возбудимости высшей психической активности.

Таблица С. Wernicke [34]

Психосенсорная	Психомоторный	Интрапсихическая
Анестезия	Акинез	Афункция
Гиперэстезия	Гиперкинез	Гиперфункция
Парэстезия	Паракинез	Парафункция

С. Wernicke [34] предложил разделять также 3 различных области сознания: личности, внешнего мира и телесности, и для обозначения этих областей сознания он предложил, соответственно, термины “аутопсихический”, “аллопсихический” и “соматопсихический”. С. Wernicke [34] говорил и о разных степенях недостаточности критичности к болезни, включая полное отсутствие критики с наличием фиксированных бредовых представлений, относящихся к группе идей объясняющего бреда (Erklärungswahnideen). В целом, С. Wernicke полагал, что каждый острый симптом болезни может быть источником объясняющего бреда и развивал, таким образом, идеи W. Griesinger [13] и, отчасти, Th. Meynert [27], о механизмах бредообразования. Ниже приведен пример “соматопсихического” объясняющего бреда.

Клиническое наблюдение С. Wernicke: У больного имеется ощущение телесного изменения — голова больного ударами молотка якобы изуродована — лицо сдвинулось вниз, крышка черепа ушла вверх, а вся голова стала шире. Больной колебался между 3 возможностями — его хотят свести с ума и устранить, другая — его испытывают и хотят подготовить к лучшей профессии, третий вариант — его так покалечили для развлечения других людей. Больной не сомневается в одном — что против него существует заговор.

Близко к “аутопсихическим” идеям объясняющего бреда по С. Wernicke [34] относится феномен “аутохтонных идей”. Больные замечают появление чуждых им, им не принадлежащих, т.е. не обычным путем ассоциации возникающих, мыслей. Аутохтонные идеи близки также ощущаемым как помеха так называемым навязчивым представлениям, но последние отличаются от аутохтонных тем, что они никогда не ощущаются чуждыми, не принадлежащими личности, и вследствие этого не имеют такого “злосчастного” значения для всей душевной жизни, как аутохтонные мысли. Расстройство ассоциаций, обусловленное аутохтонными идеями, многими больными ощущается еще мучительнее, чем телесные боли. Аутохтонные идеи являются источником “объясняющего” бреда (С. Wernicke наблюдал только одного больного с аутохтонными идеями без объясняющего бреда): почти всегда эти “чужие” мысли бывают “сделаны”, “вложены”, или “вытянуты”. Набожные мысли вкладываются богом, злые — дьяволом и т.п. По С. Wernicke,

феномен звучания мыслей, (“Gedankenlautwerden” [12]) — самая частая идея объясняющего бреда.

Элементарный симптом для начала развития аллопсихических идей объясняющего бреда — обманы чувств — как галлюцинации, так и иллюзии (определяются по схеме Вернике как психосенсорные гиперэстезии и парэстезии). Объяснение происходит обычно благодаря принятию существования подручных средств, которыми пользуются враги и преследователи, в редких случаях друзья и благодетели. Может развиваться “физикальный” бред преследования.

Галлюцинации и “аутохтонные” идеи (при последних сеюнкция происходит в интрапсихической части рефлекторной дуги) клинически стоят рядом с друг другом; между ними, с точки зрения С. Wernicke, существуют переходы. Стадия аутохтонных мыслей переходит в слышание “голосов”. Иногда сами больные не в состоянии определить, слышат ли они голоса или ощущают только мысли. Такая неуверенность больных встречается очень часто. Галлюцинации можно понимать иногда как последствие происшедших болезненных процессов; таким образом, промежуточная стадия выздоровления, в которой есть только галлюцинации и бред отношения, представляет собой, по С. Wernicke [34], резидуальный галлюциноз.

Паракинетические и акинетические двигательные симптомы ведут к особенному роду представлений объясняющего бреда, занимающих промежуточное место между аутопсихическими и соматопсихическими.

Так, одна старая больная объясняла, что она должна вертеться на одной ноге, поскольку она — земной шар и должна вращаться.

Акинезы бывают обычно психосенсорного происхождения, в том числе и парциальные. Например, мутизм развивается при ощущении отсутствия языка, или язык “раздувается, парализуется, засыхает”, часто подобные ощущения могут распространяться на губы. Ощущения остановки сердца, невыносимых болей, остановки дыхания, застоя крови в жилах — это все явления, по С. Wernicke, относящиеся к психосенсорным феноменам.

Не только психотические симптомы могут давать повод к объясняющему бреду, но и нормальные процессы в организме, и какие-либо функциональные расстройства. Но в этом случае объясняющие бредовые представления не имеют самостоятельного значения, а встречаются в сочетании с другими бредовыми представлениями. Из нормальных процессов следует упомянуть сон. Глубокий сон, например, может означать, что больным специально дали наркоз, с тем, чтобы подвергнуть их каким-либо манипуляциям.

С. Wernicke [34] вслед за В. Х. Кандинским [1, 21] — хотя и умалчивая о своем русском предшественнике — подчеркивает насильственный характер императивных галлюцинаций и объясняет его сеюнкцией. При этом С. Wernicke полагал, что представления

объясняющего бреда возникают в форме голосов и содержание голосов соответствует содержанию объясняющего бреда.

Другая форма бреда, описываемого С. Wernicke [34] — бред отношения (*Beziehungswahn*). Он трактуется его образование эмоциональным, чувственным акцентированием (*Gefuehlsbetonung*) — из-за душевной болезни — самого по себе нормального восприятия органов чувств. Такой эмоциональный акцент на самом по себе нейтральном восприятии ведет к тому, что среди всевозможных толкований предпочитается относящееся к собственной персоне (“болезненное отнесение к себе” С. Neisser² (цит. по [15]), что и приводит к происхождению бредовых представлений отношения. Бред отношения — как, например, преследования, является “сборным именем для бредовых представлений, которые закономерно связаны с актом восприятия, и выступают с ним одновременно, но акт восприятия состоит в самой его фальсификации”.

Пример: идущий по улице обычно наблюдает передвижения других людей безотносительно к нему. Душевнобольной с бредом отношения сделает наблюдение, что из-за него люди останавливаются, отступают в сторону и пр., если люди говорят, то говорят о нем, случайные взгляды относятся к нему. Восприятие верно, болезненным является отнесение к себе.

Условия для происхождения бреда отношения можно найти и в области здоровой жизни: абуриенту, впервые надевшему фрак, кажется, что все проходящие смотрят на него, другой пример — Раскольников у Достоевского, которому после совершения убийства кажется, что все его встречи и разговоры, сами по себе нейтральные, имеют отношение к его преступлению — такие феномены по С. Wernicke можно обозначить как “представления отношения”, или “физиологический бред отношения”. Модус его происхождения аутопсихический. Это аффективное состояние аутопсихической растерянности. Наступившее изменение содержания сознания воспринимается как нечто чуждое, новое переживание наталкивается на трудности ассоциации. Существует очерченный бред отношения (*zirkumskripten*) аутопсихического происхождения — образуется в определенной предпочтительной области представлений. Готовящийся бред отношения мы встречаем тогда, когда больные полагают, что процессы внешнего мира, которые они видят, или слышимые ими звуки имеют отношение к их мыслям. Вместо действительных чувственных впечатлений в основе бреда могут лежать оптические галлюцинации или фонемы, и часто присоединяется представление объясняющего бреда о звучании мыслей. По С. Wernicke [34], можно говорить об аллопсихическом бреде отношения, когда сознание внешнего мира изменено, о соматоп-

сихическом бреде отношения — когда нейтральные восприятия связываются с субъективным восприятием болезненных ощущений или прочих изменений в собственном теле. От соматопсихического объясняющего бреда бред отношения отличается особенным эмоциональным акцентом на самом по себе нейтральном чувственном восприятии.

Клиническое наблюдение: молодой человек, убивший своего отца из-за того, что был на него озлоблен. Озлобленность его основывалась на наблюдениях, которые он описал следующим образом. Больной часто ссорился с отцом, когда они вместе садились за стол. При этом часть родственников принимала сторону больного, другая часть — его отца. Всегда, когда отец стучал по столу, больной приходил в состояние сильного полового возбуждения. При работе в поле появление отца также приводило к половому возбуждению. Уже один вид отца был связан с болезненным эмоциональным тоном, в этом случае связываемым с половым возбуждением. Так называемый ипохондрический бред преследования происходит благодаря подобным соматопсихическим бредовым представлениям отношения.

С. Wernicke [34] выделяет “ретроспективный объясняющий бред”: измененное содержание сознания из-за потребности причинности должно быть приведено в соответствие с предшествующим содержанием сознания.

Пример — пациент, который много лет свои слуховые галлюцинации критически оценивал как болезненное явление, начинает говорить, что уже вначале это было гипнотическое влияние.

С. Wernicke [34] понимал развитие такого бреда как реакцию нормально функционирующего мозгового механизма на данное содержательное изменение, а не как болезненный процесс. Предметом иного толкования могут быть случайные события прошлого, враждебные поступки толкуются как доброжелательные; если поправкам подвергаются не только суждения и умозаключения, но и картины воспоминаний прежних восприятий — тогда С. Wernicke [34] называет этот феномен “ретроспективным бредом отношения”. По С. Wernicke [34], этому феномену есть аналогия в нормальной душевной жизни: например, когда вы с опозданием вспоминаете, как будто вы встречали своего знакомого в тот момент, когда были внутренне чем-то заняты и его не замечали. Эта запаздывающая идентификация может быть как верной, так и ложной, и в нормальном случае это обстоятельство принимается в расчет.

В случае душевной болезни пациент, например, вспоминает, что в детстве с ним заговорил офицер, этот офицер, как он с запозданием вспоминает, был кайзер Вильгельм или еще какая-нибудь популярная личность. Пациент также вспоминает, как в это же время учитель в школе спрашивал пациента, кто его отец и сопровождал вопрос многозначительным взглядом — восприятие ложное даже в воспоминании.

² Следует отметить, что это свойство бреда отмечал ранее и W. Griesinger [13].

С. Wernicke подчеркивает, что ретроспективный бред отношения надо отличать от ложных воспоминаний — конфабуляций — воспоминаний о событиях, которые никогда и не происходили (отличаются от лжи в том, что больной в их истинности полностью убежден).

Бред объяснения (грубый механизм) возникает обычно быстро, через бессознательные процессы умозаключений, с элементарным насилием прорывается в сознание, ретроспективный бред объяснения развивается медленно (тонкий механизм) — через сознательную работу мысли больному становится “все ясно”. Бред объяснения и запоздавшая коррекция — два фундаментальных симптома систематизации — неотъемлемая часть паранойяльных состояний. Представления объясняющего бреда, как и запоздавшая коррекция, с точки зрения С. Wernicke [34], являются нормальными проявлениями деятельности сознания, “реактивными” проявлениями (т.е. вторичными), хотя и психотическими симптомами и противопоставляются прямо психотическим симптомам — галлюцинациям, бреду отношения, ретроспективному бреду отношения и, наконец, аутохтонным идеям (симптомы “раздражения”). Навязчивые представления являются пограничным состоянием душевного расстройства, и — по мнению С. Wernicke [34] — в отличие от С. Westphal [35] — только в исключительных случаях являются существенным элементом параноических состояний.

С. Wernicke вводит первым понятие сверхценных идей еще в 1892 г. [4], отделяет его от феномена бреда, преформируя понятие “идеи фикс”. В дальнейшем мы приводим концепцию С. Wernicke сверхценных идей, ориентируясь на второе, переработанное издание его “Основ психиатрии” 1906 г. (пятнадцатая лекция):

Близко к симптомам “раздражения” стоят сверхценные идеи, родственные навязчивым представлениям и аутохтонным мыслям. От аутохтонных идей сверхценные резко отличаются тем, что сам больной не судит о них как о чуждых проникновениях в его сознание, наоборот, больные видят в них выражение их собственной сути, и в борьбе за эти идеи они борются, собственно, за свою личность. Несмотря на то, что эти идеи часто переживаются мучительно, больные жалуются, что ни о чем другом они не могут и думать.

От навязчивостей сверхценные идеи отличаются тем, что они, как нормальные и оправданные, видятся совершенно объяснимыми по образу происхождения. (Навязчивые представления оцениваются как необоснованные и часто прямо как бессмысленные).

С. Wernicke [34] определяет сверхценные представления как воспоминания о каком-либо особенно аффективно заряженном переживании или о целом ряде взаимосвязанных переживаний. Согласно С. Wernicke, к развитию сверхценных идей могли бы привести, например, следующие события: открытие

того факта, что при разделе наследства субъекту досталась пренебрежительно малая часть; известие о самоубийстве доброго знакомого; смерть супруга; восприятие стареющей девицы знака внимания со стороны мужчины; вид очищающегося от вшей человека; несправедливо ощущаемая оценка начальства. Аффект может быть весьма различного оттенка — гнев или досада, печаль или отвращение или сексуальное возбуждение. Почти любое событие может привести к развитию сверхценной идеи, это не зависит от типа аффекта. С. Wernicke подчеркивает, что существуют сверхценные идеи, принадлежащие норме, но так определяющие поступки индивидуума, что они получают болезненный отпечаток. “Кто после потери состояния, осуждения на унизительное наказание, смерти любимого человека совершает самоубийство — действует под влиянием сверхценной идеи, и мы определяем такой образ действий как аномальный, хотя это и не сводится к душевной болезни”. В каждом отдельном случае следует установить, идет ли речь о болезненной сверхценной идее или о сверхценной идее в рамках здоровья. Этот вопрос зависит от того, является ли достаточным мотив для доминирующего аффекта, связанного с воспоминанием (1). Но этот критерий не действует в случае кверулянтов — часть этих больных действительно в начале бывает осуждена несправедливо и имеет достаточно оснований возмущаться. Надежнее является критерий (2), что в случае болезненной сверхценной идеи она не является единственным симптомом, а к ней быстро присоединяется целый ряд других психотических симптомов. Как раз для таких случаев характерен очерченный бред отношения, а позже может присоединиться цепь объясняющих бредовых представлений “различной длины” и аналогичных вторичных симптомов.

Клиническое наблюдение С. Wernicke. 61-летний пенсионер основанием для своего нахождения в психиатрическом отделении считает “приставания”, которым он подвергался вне клиники. В отделении он совершенно свободен от “приставаний” и хорошо себя чувствует в течение 4 лет. Предпринимались попытки его выписать, но вследствие тех же самых “приставаний” вмешивалась полиция, и его снова госпитализировали. “Причиной” этого был пациенту лишь по имени знакомый человек, живший по близости и иногда встречавшийся ему на улице. Однажды пациент заметил, что этот человек остановился и ждет его, но при этом делает вид, что рассматривает окна. Пациент из-за этого перешел на другую сторону улицы, но в следующий раз увидел того же человека с еще одним, с которым те вместе обсуждали больного, хотя разговора пациент не слышал. Он подошел к обоим вплотную и спросил: “Что вы от меня хотите?”. Затем он направился к своей квартире и при этом заметил, что оба за ним следуют. Войдя к себе, из окна он помахал им палкой и пригрозил: “Только поднимитесь, я вам покажу!” Следующая встреча с ними кончилась тем, что оба господина пошли за ним до дома, узнали его имя и сообщили полиции. Таковы были обстоя-

льства его первой госпитализации. С. Wernicke установил тогда, что бред отношения касался только одного определенного господина, плотника, и спросил у пациента, почему этот тип стал к нему приставать. Тот пояснил, что плотник является братом одного его знакомого, который 6 лет тому назад вместе с самим пациентом был в гостях у торговца вином. За дочерью этого торговца пациент тогда ухаживал и даже делал предложение, но прекратил с ней общение, когда узнал, что ее отец находится в тяжелых финансовых обстоятельствах. Когда плотник говорил со своим знакомым, он тому, вероятно, сказал, что “вот идет прохвост, который бросил порядочную девушку”. Тщательное наблюдение и обследование в дальнейшем не позволило обнаружить другие психотические симптомы, кроме того, что пациент остался уверен в истинности с ним происходившего; по его желанию он был выписан через несколько недель. Но скоро больной поступил снова, и это повторялось. “Приставания”, которым он подвергался вне госпиталя, стали более многочисленными, но все сводилось к тому же плотнику, который за это время рассказал неллицеприятную историю о пациенте и другим людям.

Разбор С. Wernicke: Типичный случай очерченного аутопсихоза, связавшего сверхценную идею вначале с совсем очерченным, а затем расширившимся бредом отношения, причем бред в госпитале, где пациент постоянно встречался с незнакомыми людьми, ни разу не проявился. Основа для сверхценной идеи и бреда отношения одна — не совсем порядочный поступок у в остальном добропорядочного пациента. Можно предполагать, что пациент во время первой встречи как раз был занят своим ранним переживанием и ощущал его как порочащее “пятно”. Взгляд, выжидательная позиция человека, которого он встретил, привели к стойкой ассоциации с в тот момент доминирующим — фальсифицированным — не по содержанию, а по важности — содержанием мыслей.

К возникновению сверхценной идеи приводят такие переживания, которые особенно тяжело ассимилируются: новое в сознании испытывает трудности сочленения с прежним содержанием сознания. Таких переживаний хватает и в здоровой жизни. Поэтому требуются особые условия для выраженности сверхценности до болезненного характера. В норме есть противоположные представления, ведущие постепенно к коррекции сверхценности. При болезненной сверхценности эти противоположные представления оказываются недоступными (3), и одновременно возникает клинический признак бреда отношения (соответственно гипотезе “раздражения” С. Wernicke [34]).

Вредоносность, обуславливаемая сверхценностью, следует искать и в особо высокой степени аффекта, сопровождающего переживание, что может являться еще одной (4) характеристикой болезненной сверхценной идеи.

Стабильная, малоизменчивая картина болезни из-за своей парциальности заслуживает старого названия фикс идеи. В большинстве случаев к сверхцен-

ной идее и бреду отношения добавляются представления объясняющего бреда, в своей экстенсивности способные нарастать и далее. Затем возникают “запаздывающая корректура” и различные формы “ложных воспоминаний” — и появляется прочное бредовое здание, чье сложное содержание не соответствует простой и часто незначительной причине происхождения и обладает свойством ее прикрывать. С. Wernicke тогда полагал, что эти случаи уже не поддаются излечению. Напротив, когда объем заболевания ограничивается первыми двумя психотическими элементами, излечение возможно под постепенном выступлении мощных противоположных представлений (так, сама по себе госпитализация кверулянта ведет к осознанию им того, что его считают “психбольным” и что у него будет опекун, и составляет мощное лечебное противоположное представление).

“Соответственно содержанию сверхценной идеи могут существовать бесчисленные варианты этой, впрочем, благоприятной формы хронического аутопсихоза”. Но сверхценная идея может быть и начальной стадией острого психоза, частью симптоматики при меланхолии (дифференциальный критерий меланхолии — отсутствие очерченного аутопсихического бреда отношения). Она может вырастать из психопатической основы, но это, по С. Wernicke [34], необязательно.

Наконец, С. Wernicke [34] описывает и еще один характерный симптом, связанный с сверхценной идеей — “негативную фальсификацию воспоминаний” (5). Отдельные поступки и представления, которые имели место при видимой ясности сознания, из памяти стираются, в то время как события во временном соседстве помнятся с точностью. Это явление объясняют два признака: поступок происходит в состоянии высоконапряженного аффекта и существует связь с определенной сверхценной идеей, в том смысле, что он является выражением последней или кажется ею мотивирован, или он служит для противостояния ей и ослабления. Хотя процесс запаздывающей корректуры воспоминаний имеет в себе нечто нормальное, он относится, согласно С. Wernicke, к качественной форме фальсификации воспоминания, а негативная фальсификация воспоминаний (или “субтрактивная”) — к количественным расстройством памяти.

Запаздывающая корректура, как и представления объясняющего бреда, основывается на непатологических процессах.

К теме сверхценных идей С. Wernicke возвращается еще раз в двадцать второй лекции. При этом он делает акцент на значении частого повторения, порой намеренного упражнения хода мыслей — “процесса, которому придается большое значение при воспитании” — для образования сверхценной идеи. Это “прокладывание пути” идет рука об руку с аффективной окраской представления.

По С. Wernicke [35], профессиональная деятельность может вести к сверхценности определенных представлений: опытный психиатр сразу заметит непорядок, прогуливаясь по больнице, без сознательного усилия; скульптор обратит внимание на форму, портной на костюм, сапожник на сапоги, незамужняя девушка на кольцо на пальце мужчины.

Повышенная возбудимость для определенных чувственных раздражителей зависима от повышенной важности/ценности определенных сложных психических процессов. Главенствование определенных представлений и аффекта облегчает восприятие соответствующих определенных чувственных впечатлений (глубоко спящая мать пробуждается от малейшего звука ребенка — но спит при всяком другом шуме — “частичный интрапсихический гиперметаморфоз”³). Сверхценность представлений и окраска аффективного заряда — общая основа для иллюзий.

Аффект меняет нормальную ценность представлений — одни представления становятся сверхценными, другие — малоценными. Сверхценные представления обладают свойством легче возбуждаться с периферии, малоценные — тяжелее, нежели соответствует норме.

Например, в отдаленном стволе дерева видится разбойник, в болтающейся простыне — привидение — сверхценность заряженных аффектом представлений “бандиты” и “привидения” влияет на облегчение вторичной идентификации⁴, малоценность картин воспоминаний в других областях чувств или в этой же области чувств затрудняет корректуру. Таким же образом, по С. Wernicke, из сверхценных представлений с усилением “симптомов раздражения” могут образовываться галлюцинации.

Аффект для сверхценных представлений может быть другой природы, или — с тем же эффектом — индивидуальные ассоциативные процессы могут обуславливать сверхценность представлений.

Диагностически С. Wernicke [34] не признает параною как отдельную нозологическую единицу и предполагает за этим термином сборную группу различных хронических психозов. Под параноическими состояниями С. Wernicke понимал хроническое душевное расстройство с болезненным изменением содержания сознания⁵, “ложное содержание сознания при хорошо сохраненной деятельности сознания”.

³ Понятие “гиперметаморфоз” ввел Н. Neumann [29].

⁴ С. Wernicke, автор сенсорной афазии, обозначает термином “первичная идентификация” узнавание образов звучащих слов на основе сохранной функции проекционного поля коры, “вторичной идентификацией” — узнавание связанного со словом понятия на основе функции ассоциативных путей и соответствующего понятийного центра.

⁵ Подобное деление на содержание сознания и деятельность сознания встречается еще ранее, например, у Н. Schuele [31].

Он полемизирует с V. Magnan [24, 25], также не принимая его деления на хронический бред преследования с систематической эволюцией и психозы у “дегенерантов”, хотя отмечает, что у “дегенерантов” встречаются преимущественно те симптомы, которые либо остаются отдельными — типа сверхценных идей, либо достигают малой степени выраженности, так что возникает вопрос, а можно ли вообще рассматривать такого пациента как душевнобольного. По наблюдениям С. Wernicke [34], очерченный аутопсихоз и сверхценные идеи развиваются не только у “дегенерантов”. Кроме того, сам факт психоза не является доказательством дегенерации.

В случае хронических психозов так называемый первичный бред преследования в смысле Griesinger’a, с точки зрения С. Wernicke [34], развивается либо из бредовых представлений отношения, или как объясняющий бред, т.е., по мнению С. Wernicke, вторично. Другого способа происхождения бреда преследования для С. Wernicke не существует. С. Wernicke [34] полагает, что бреду величия также предшествует либо бред преследования, либо соматопсихическое содержательное изменение, ипохондрическое чувство счастья, локализующееся как чувство страха и порой им сменяющееся, в области груди. Часто устанавливается связь с процессом дыхания, которое описывается как особенно легкое. Другой источник — бред отношения, часто присоединяющийся к сверхценным идеям, или к ипохондрическому чувству счастья.

Для “примордиального” бреда преследования С. Wernicke находит немного места только при острых психозах, при которых наблюдаются болезненные изменения деятельности сознания. Изменение содержания сознания при острых психозах менее фиксировано и длительно, чем при хронических. Идеи объясняющего бреда в острых психозах вторичное явление. Есть и другие источники бредообразования при острых психозах, которые так же, как и бред объяснения, присоединяются к области нормальной душевной жизни.

Однако, при наличии растерянности и недостатка ясности сознания — как раз при острых психозах — С. Wernicke [34] признает возможность примордиального бреда в смысле W. Griesinger [14], когда причудливые идеи выявляются без критической позиции и попыток объяснения. В качестве примера С. Wernicke описывает сноподобные переживания пациентов (сноподобное галлюцинирование), сноподобное помрачение сознания⁶:

Пациент С. Wernicke наблюдает сцены из других времен и видит своего отца во французской униформе

⁶ Современник С. Wernicke E. Regis [30] во Франции описывает аналогичные состояния под названием *delire onirique*, в немецкоязычной литературе, задолго до С. Wernicke, W. Griesinger [13] и Н. Schuele [31] писали о сноподобном механизме бредообразования.

маршала на эшафоте, слышит крик палача, видит толпу и не сомневается в действительности. На замечание С. Wernicke, что отец пациента не жил во времена французской революции, больной отвечает, что тогда, когда видел картины, верил в то, что его отец и другие лица жили и ранее в разное время. Оказалось, что пациент верил до психоза в существование своей прежней жизни.

Вышеописанный пример С. Wernicke называет бредообразованием “через заключение аналогии” (Analogieschluss), что требует относительно упорядоченного хода мыслей.

Другой источник бреда — “отвлечение внимания внутренними процессами” (например, пациент внезапно видит накрытый перед ним стол, который он не замечал, поглощенный галлюцинациями) — может вести к различным объясняющим бредовым представлениям: например, волшебство.

Третий механизм бредообразования по С. Wernicke — “болезненное образование новых ассоциаций” (например, “палец пациента означает врача”, а также случай вышеописанного соматопсихического бреда отношения).

Все три механизма встречаются и при хронических психозах.

С. Wernicke находил в некоторых случаях и связи между содержанием бреда и его структурой. Так, например, по С. Wernicke [34] бред ревности пьяниц характеризуется очерченным аутопсихозом на основе сверхценной идеи в сочетании с “на тот же пункт направленным” бредом отношения. При соматопсихозе или ипохондрическом психозе страха может развиваться объясняющий бред, благодаря которому патологические телесные сенсации — “психосенсорные гиперестезии и парестезии” приобретают фантастическое толкование.

Сущность психоза вообще С. Wernicke [34] видел в дезориентировке: “Нет такого душевнобольного, который бы не был каким-то образом дезориентирован”. Все болезненные изменения содержания сознания могут быть сведены к понятию дезориентировки. В острых психозах дезориентировка связана с живым аффектом растерянности⁷, его различные оттенки выражаются в соматопсихической, аллопсихической, аутопсихической и моторной форме. Аффект растерянности С. Wernicke [34] рассматривал как реактивное явление вследствие расстройства вторичной идентификации, связанного с ошибочной ориентировкой. При хронических психозах может наблюдаться только в случае острых экзacerbаций. Аффект, однако, может отсутствовать либо вследствие очень расширенной дезориентировки, либо из-за снижения способности мощной реакции на острые расстройства идентификации при дефектных состояниях (прогрес-

сивный паралич, гебефрения). Симптом, который часто бывает связан с растерянностью, но все же отличен от нее и является следствием аутопсихической дезориентировки, С. Wernicke [34] называет “транзитивизмом”. Этот описанный С. Wernicke феномен основывается на том, что больные с отсутствием всякого психического чувства своей болезни, настолько изменены во всем своем мышлении и чувствовании, что предположение идентичного хода мысли, которое дает способность верно понимать поведение других людей, им недоступно. Поведение близких кажется им странным, непонятым, чуждым, так что больной начинает догадываться, что те, должно быть, душевнобольны. Особенно обостренно феномен транзитивизма может выступать на той стадии острых психических заболеваний, когда собственно психотические⁸ симптомы еще не появились: больной ведет своих родственников к врачу, считая их душевнобольными.

С. Wernicke описал также двигательный психоз (Motilitaetspsychose), психоз страха (Angstpsychose); очерченную ипохондрию; галлюциноз пьяниц; старческую пресбиофрению; хронический галлюциноз (своеобразная клиническая картина которого сопоставима с предшествующими описаниями В. Х. Кандинского [1, 21] и последующими G. Clerambault [11]), соматопсихоз, о психопатологической актуальности которого напомнила недавняя публикация А. Б. Смулевич и соавт. [8]. Обсуждение этих психопатологических картин выходит за рамки, обозначенные настоящей статьей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кандинский В. Х. О псевдогаллюцинациях (1890). — Медгиз, Москва, 1952.
2. Каннабих Ю. В. История психиатрии. — Государственное медицинское издательство, Ленинград, 1928.
3. Корсаков С. С. Курс психиатрии. — Издание второе (посмертное), переработанное автором. Том 1-й. -Типо-литография В. Рихтер, Москва, 1901.
4. Морозов В. М. К вопросу о сверхценных идеях (1933). В кн.: Избранные труды. — Media medica, Москва, 2007. — С. 91 – 104.
5. Морозов Г. В. Основные синдромы психических болезней. В кн.: Руководство по психиатрии в 2-х томах (под ред. Г. В. Морозова), Медицина, Москва. — 1988. — Том 1. — С. 85 – 179.
6. Наджаров Р. А., Шевчик Г. Основные направления в психиатрии: краткий исторический очерк. В кн.: Руководство по психиатрии в 2-х томах (под ред. Г. В. Морозова), Медицина, Москва. — 1988. — Том 1. — С. 24 – 31.
7. Пятницкий Н. Ю. К итогам развития немецкой классической психиатрии // Российский психиатрический журнал, 2001. — № 1. с. 28 – 31.
8. Смулевич А. Б., Волель Б. А., Сыркин А. Л., Львов А. Н. Соматопсихоз (козностезиопатические расстройства психотического регистра) // Психиатрия. — 2007. -№ 3. — С. 7 – 14.

⁷ Приоритет в описании аффекта растерянности отдадут обычно С. Wernicke, хотя есть указания, что немногим раньше это сделал J. Seglas [5]).

⁸ Здесь имеются в виду бред и галлюцинации.

9. *Снежевский А. В.* Клиническая психопатология. В кн.: Руководство по психиатрии (под ред. А. В. Снежевского). — Медицина, Москва, 1983. Том 1. — С. 16 – 93.
10. *Bleuler E.* Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien. In: Handbuch der Psychiatrie (Herausgeb. von G. Aschaffenburg). — Spez. Teil. — 4. Abt., — 1. Haelfte. — Deuticke.-Leipzig — Wien, 1911
11. *Clerambault G. G.* L'automatisme mental. (1919 – 1927). Les Empecheurs de Penser en Rond, Edite par les Laboratoire Delagrangue, Paris, 1992. — p. 33 – 39.
12. *Cramer A.* Die Halluzinationen im Muskelsinn bei Geisteskranken. — Freiburg, 1889.
13. *Griesinger W.* Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten fuer Aerzte und Studierende. -Zweite Auflage. Verlag von Friedrich Wreden. — Braunschweig. — 1861.
14. *Griesinger W.* Vortrag zur Eroeffnung der psychiatrischen Klinik zu Berlin. Am 2. Mai 1867. Archiv fuer Psychiatrie und Nervenheilkunde. — 1868. — Band I, Heft I. — S. 143 – 158.
15. *Gruhle H. W.* Geschichtliches. In: Handbuch der Geisteskrankheiten. (Herausgeb. von O. Bumke). Neunter Band. Spezieller Teil V. — Die Schizophrenie. — Verlag von Julius Springer, Berlin. — 1932. — S. 1 – 30.
16. *Hecker E.* Die Hebephrenie. Ein Beitrag zur klinischen Psychiatrie. Virchows Arch. path. Anat. Physiol. klin. Medizin. — 1871. — 52. — 1 – 3. — 394 S.
17. *Jackson J. H.* The factors of insanities (1894). In: Selected Writings of John Hughlings Jackson (Edited by J. Taylor). Volume Two. — Hodder and Stoughton Limited. -London. — p. 411 – 421.
18. *Janzarik W.* Themen und Tendenzen der deutschsprachigen Psychiatrie. Springer — Verlag, Berlin — Heidelberg — New York, 1974.
19. *Jaspers C.* Allgemeine Psychopathologie. -Zweite Auflage. — Springer Verlag, Berlin — Heidelberg, 1923.
20. *Kahlbaum K.* Die Gruppierung der psychischen Krankheiten und die Einteilung der Seelenstoerungen. Verlag von A. W. Kafemann, Danzig, 1863.
21. *Kandinsky V. K.* Kritische und klinische Betrachtungen im Gebiet der Sinnstaeuschungen. — Berlin. — 1885.
22. *Kraepelin E.* (Psychiatrie. — 5. Auflage. 1896) Психиатрия. Учебник для студентов и врачей (перевод врачей больницы Св. Николая Чудотворца: М. В. Игнатьева, Л. Г. Оршанского, П. И. Павловского и др. с немецкого пятого, совершенно переработанного издания) Часть вторая. — С-Петербург, 1898.
23. *von Kraft-Ebing R. (Крафт-Эбинг Р.)* Учебник психиатрии на основании клинических наблюдений для практических врачей и студентов. (пер. А. Черемшанского с 5-го издания сочинения: Lehrbuch der Psychiatrie auf klinischer Grundlage 1893 г.) — Третье русское издание. — Издание К. Л. Риккера, С.-Петербург, 1897.
24. *Magnan V. (Маньян В.)* Клинические лекции по душевным болезням (1893). — Издательство психиатров 67-ой Московской больницы. — ТОО “Закат”, Москва, 1995.
25. *Magnan V., Legrain M. (Маньян, Легрэн)* Вырождающиеся (пер. с французского Ю. В. Португалова Les Dégénérés, 1895). — Склад издания у К. Л. Риккера. — С.-Петербург, 1903.
26. *Mayer-Gross W., Slater E., Roth M.* Clinical Psychiatry. Third Edition. — Bailliere, Tindall@Cassell. — London, 1969.
27. *Meynert Th.* Психиатрия. Клиника заболеваний переднего мозга, основанная на его строении, отправлениях и питании (перев. М. Ю. Лиона под ред. П. И. Ковалевского). — Типография Зильберберга, Харьков, 1885.
28. *Morel B. A.* Traité des maladies mentales. — Librairie Victor Masson. — Paris. — 1860.
29. *Neumann H.* Lehrbuch der Psychiatrie. -Enke, Erlangen, 1859.
30. *Regis E.* Précis de Psychiatrie. Sixieme Edition, entierement revue et corrigé. Librairie Octave Doin, Gaston Doin, Editeur, Paris. — 1923.
31. *Schuele H. (Шюле Г.)* Руководство по душевным болезням (перевод Д. Г. Фридберга). Издание врача Б. Хавкина. — Харьков. — 1880.
32. *Snell L.* Ueber Monomanien als primaere Form der Seelenstoerung. Allgemeine Zeitschrift fuer Psychiatrie. — 1865. — 22, — S. 368 – 381.
33. *Wernicke C.* Grundriss der Psychiatrie in klinischen Vorlesungen. Erste Auflage. Verlag von Georg Thieme Leipzig, 1900.
34. *Wernicke C.* Grundriss der Psychiatrie in klinischen Vorlesungen. Zweite revidierte Auflage. Verlag von Georg Thieme, Leipzig, 1906.
35. *Westphal C.* Ueber die Verruecktheit(1878). In: Gesammelte Abhandlungen (Herausgeb. von A. Westphal). — Verlag von August Hirschwald. — Berlin. — 1892. — Erster Band. — S. 388 – 392.

Нервная булимия и компульсивный гемблинг

Консилиум возглавляет проф. А. О. Бухановский
(27 августа 2008 г., Ростов-на-Дону),
врач-докладчик В. А. Солдаткин

Уважаемые коллеги, вашему вниманию представляется пациентка П., 27 лет, находившаяся на обследовании в лечебно-реабилитационном научном Центре “Феникс” с 11.8.08 по 27.8.08.

Анамнез. Наследственность отягощена по материнской линии алкоголизмом, онкопатологией, артериальной гипертензией; у всех женщин по линии матери отмечалось выраженное конституциональное ожирение. По линии отца наследственность отягощена психическим расстройством (страдала двоюродная бабушка), повлекшим госпитализацию в психиатрический стационар.

Пациентка родилась 25.08.80 г. от второй беременности, вторых родов. Известно, что за несколько месяцев до беременности мать лечилась высокими дозами антибиотиков (по поводу аппендикулярного инфильтрата); беременность была неожиданной, и мать “сомневалась в целесообразности ее сохранения”. Беременность протекала с патологией, мать несколько раз госпитализировалась для профилактики невынашивания. Вроде бы, устанавливался диагноз “кардионевроз”, проводилась терапия. Роды в срок, длились 3 часа, без осложнений. Родилась с весом 3200 г, ростом 50 см; закричала сразу. Из роддома выписана в срок.

В росте и развитии не отставала. До 1 года находилась на естественном вскармливании. По описанию матери, в детстве была “живой, шустрой, веселой”. Родительскую семью пациентка описывает следующим образом: мать “истеричная, конфликтная”, отец “спокойный, флегматичный, живущий по принципу “моя хата с краю”. Мнение отца в семье было незначимо. Отца пациентка любила больше, жалела и демонстрировала ему большую симпатию. Считает, что к брату родители относились более нежно, не считает эти переживания значимыми для того периода, отрицает внешние проявления ревности.

Детский сад пациентка посещала с 3 до 7 лет; чувствовала себя в детском коллективе довольно комфортно, уверенно, что объясняет тем, что “мать довольно много занималась с ней дома”. Охотно участвовала в утренниках, демонстрировала хорошую память, воспитатели пророчили ей “общественные”

профессии. В детском коллективе была “царицей” — “любила внимание, стремилась играть первые роли — и это ей удавалось благодаря хорошему развитию, начитанности”. Со слов самой пациентки, в детстве была “впечатлительной, не очень общительной”. Наиболее комфортно было “нахождение самой с собой: любила рисовать, складывать мозаику, кубики”. Общалась с другими детьми, но всегда себя чувствовала “несколько от них отличающейся: терпеть не могла их злости, насмешек над более слабыми”.

Со слов пациентки, в семье “всегда было принято много есть”. В периоде 3 – 7 лет пациентка описывает себя как “пухленькую”, в 7 лет несколько похудела, была стройной, а с 8 лет вновь начала заметно набирать вес. Проблема большого количества съедаемой пищи и избыточного веса всегда была актуальной для пациентки. Эта проблема подчеркивалась тем обстоятельством, что мать пациентки всегда была полной, и у пациентки это вызывало “отвращение”. Помнит, что до 5 лет купалась вместе с матерью и формы ее тела вызывали яркие неприятные чувства. Отчетливая неприязнь к матери присуща пациентке с возраста 5 лет; а с 12 лет, по словам больной, это чувство перешло в “ненависть”, что сохраняется до настоящего времени. Объясняет такое свое отношение тем, что с самого раннего детства слышала от матери постоянные упреки в свой адрес, критику любых действий (например, мать каждый раз ее смех называла “ржанием лошади”). Мать часто называла ее “некрасивой”. Одним из способов релаксации, отдыха и получения удовольствия у девочки было “включить телевизор, забраться под одеяло, и есть, есть, есть”.

В школу пошла в 7 лет (1987 г.). Адаптировалась легко, учиться нравилось. Проявляла склонность к гуманитарным предметам. Была одной из лучших учениц класса. Хорошая учеба, по словам пациентки, позволяла уйти от неприятных переживаний, связанных с домашними конфликтами и затруднениями в общении со сверстниками. Дома продолжались упреки в том, что она “все делает не так, как надо, что она ничемная, некрасивая”; ее никогда не отпускали гулять, что вызывало протест. С ровесниками же общение затруднялось тем, что “чувствовала себя не такой,

как они: не могла глумиться над другими”. Близких друзей не было, не было и единомышленников, но “интуитивно понимала, что наперекор идти нельзя, поэтому демонстрировала лояльность”. Обществу несколько мешала и насаждаемая матерью позиция, сформулированная следующим образом: “мы — интеллигентная семья, а кругом все ...”. Не считает, что в школе вела себя высокомерно, но именно это качество в ней подчеркивали все знакомые.

Будучи полной, испытывала дискомфорт от того, что не привлекала внимание мальчиков. Для снижения веса и большего чувства защищенности занималась карате (с 10 до 14 лет). Однако, занятия спортом не приводили к снижению веса. С 15 лет начала ограничивать себя в еде, и это привело к заметному успеху.

Менархе в 16 лет, цикл устанавливался долго (перерывы между менструациями по полгода). К 18 — 19 годам цикл более-менее установился, однако оставался нерегулярным. Пубертатный период протекал с реакциями оппозиции, эмансипации, группировки. Вследствие доминирующей гиперпротекции матери “могла вырваться к подругам крайне редко, если же это удавалось, то это был настоящий праздник”, который, как правило, сочетался с принятием больших доз алкоголя. Пьянела медленнее других.

Ведущий. *Уточните, когда была первая проба алкоголя, как проявлялось опьянение?* — В 16 лет. В компании пациентка употребила более литра вина, состояние было субъективно приятным. С самого первого раза ее отличала высокая толерантность.

Со слов матери, пубертатный период проходил очень сложно — “трудно было найти общий язык, всегда была в оппозиции, “коллекционировала” обиды и с упоением их потом смаковала”.

В 15 лет по инициативе родителей перешла в лицей и столкнулась с тем, что знания других учеников оказались значительно выше. Выяснилось, что она “совсем не знает точных предметов”, почти не понимала объяснения учителей. Окончила лицей с большими трудностями. В этот период единственное, что радовало пациентку, было улучшение внешнего вида: весила около 60 кг (при росте 180 см), заметно изменила имидж, хорошо выглядела.

В 17 лет поступила в ВУЗ на исторический факультет. Учеба была интересной, занималась достаточно успешно.

В 17 лет — первый сексуальный опыт. Через непродолжительное время после этого (со слов пациентки, через 3 — 4 месяца) занялась проституцией. Объясняет это следующим образом: “в этот период, похудев, хорошо выглядела. Стала свободнее, вырвавшись из дома и став студенткой. Неожиданное и очень приятное внимание мужчин внезапно открыло двери в тот мир, о котором даже не догадывалась: мир красивых вещей, роскоши, богатства. Нравилось внимание, по-

лучала удовольствие от секса, а когда поняла, что может еще и зарабатывать, — долго не колебалась”.

В тот же период — первые пробы употребления психоактивных веществ. Впервые покурила коноплю в 17 лет. Курение конопли смешливости не вызывало, ощущала “увеличение глубины своих мыслей — сама уставала от собственных размышлений”. Несколько раз пробовала кокаин, амфетамины. Наиболее “привлекательным” оказался опиий-сырец, который принимала энтерально (заваривая). Прием опиия вызывал ощущение приятной расслабленности, отстраненности от проблем. Употребляла опиий в общей сложности 8 — 10 раз.

В 19 лет познакомилась с будущим мужем, который знал о ее занятии проституцией, однако это “не было для него серьезной проблемой”. Его лояльное отношение к этому даже оскорбляло пациентку, которая считала это проявлением его “не очень сильной любви”. Сама же полюбила сильно, ярко. Это чувство сочеталось с осмыслением “неправильности того пути, по которому шла: разобралась, что увлеклась мишурой, что те деньги, которые заработала, не дают счастья”.

В 2000 г. вышла замуж. Обретение новой устойчивой связи, любви привело к появлению чувства “успокоения, умиротворения”, снижению самоконтроля в отношении еды и началу заметного нарастания веса.

В декабре 1999 г. возникла первая беременность, завершившаяся медицинским абортom по желанию пациентки. Через 2 месяца — повторная беременность. Беременность протекала с токсикозом, угрозой преждевременного прерывания, несколько раз была госпитализирована. Настроение было лабильным с преобладанием сниженного, часто плакала. Отмечалось заметное повышение аппетита, выраженное увеличение веса (на 50 кг). В ноябре 2000 г. родила дочь.

Третья беременность — в 2002 г., протекала легче, чем предыдущая. Родила сына. Четвертая беременность — в 2005 г., завершилась самоабортom в сроке 7 недель. Пятая беременность завершилась рождением сына в феврале 2006 г.

Сразу после развития первой беременности возникли существенные проблемы в интимных отношениях пациентки и ее мужа. Внимание его привлечь не удавалось, ощущала, что он потерял к ней интерес. Неоднократно замечала, что он имеет несколько необычные отношения с другими мужчинами. После очередного скандала, вызванного отсутствием секса на протяжении нескольких месяцев, муж признался, что имеет сексуальные отношения и с мужчинами, и с другими женщинами. В дальнейшем началась упорная борьба пациентки за внимание мужа, терять которого не хотела потому, что “любила его, не хотела оставлять детей без отца, да и сама была материально зависимой от него”. Выполнила 3 пластические операции, чтобы стать физически привлекательной.

А. Я. Перехов: *Операции на лице?* — Нет, на теле — липосакцию и пластику молочных желез.

Интенсивно занималась спортом, чтобы поддерживать стройность фигуры. Все усилия были тщетными, отношения становились все более напряженными. Со слов пациентки, муж “различными способами добивался ее рыданий, истерик, после чего выглядел довольным, и отношения на время улучшались”. Муж неоднократно избивал ее. В 2006 г. получила ЗЧМТ (сотрясение). Происходящее настолько “снизило самооценку пациентки, что не могла ни с кем общаться, с трудом выходила на улицу, не решалась спросить время у незнакомого человека”. Испытывала подавленность, безрадостность. Суточной ритмики не отмечалось, сон не нарушался. Все переживания были подчинены психотравмирующей ситуации. Сознательно терпя унижения, высказывала мужу предложение жить вдвоем — с его любовником или любовницей. Следует отметить, что с 2004 – 2005 гг. бизнес мужа пациентки стал успешно развиваться, он стал намного больше зарабатывать.

Тщетность попыток наладить отношения с мужем привели к “ощущению краха”. Мучительно переживала свою несостоятельность: считала себя плохой матерью, поскольку не уделяла достаточно внимания детям (с ними круглосуточно находится няня), негативно оценивала карьерный путь (не смогла получить высшего образования, так как оставила ВУЗ, а купленный в последующем диплом морального удовлетворения не приносил), плохой супругой (не удержала мужа). Тщетно пыталась самореализоваться, однако бизнес-проекты были рискованны и неуспешны. Непродуманно согласилась с предложением подруги о совместной рискованной операции по доставке товаров из-за границы, что привело в декабре 2007 г. к возбуждению уголовного дела (в настоящее время находится под следствием, ожидает суда). В январе 2008 г. приняла решение расстаться с мужем и формально с ним разъехалась, однако неожиданно после этого отношения (включая сексуальные) стали даже лучше. Однако, именно с января 2008 г. четко обозначились 2 проблемы, которые и привели пациентку к обращению за помощью: неконтролируемый прием пищи и азартная игра.

В отношении игры следует отметить следующее. Впервые сыграла в рулетку в 2006 г. Игра оставила положительное впечатление (в первую очередь понравилась атмосфера казино, ощущение роскоши и свободы). В дальнейшем посещала казино редко (чаще от скуки или при возникновении конфликта с мужем, чтобы отвлечься от неприятностей). На протяжении первого года всегда играла в компании, нерегулярно. Отмечала, что в казино не хочется ни есть, ни пить, что также служило дополнительной мотивацией у пациентки, стремившейся похудеть. Заметная трансформация игрового поведения произошла летом-осенью 2007 г. Стала отмечать исчезновение воз-

можности наиграться, уменьшился количественный контроль, стала проигрывать намного больше первоначально отведенной суммы. Существенно возросли проигрыши. Ставки пациентки оставались неизменными, но возросла экспозиция (время) азартной игры. Происходил рост толерантности по экстенсивности — добавлялись новые виды азартной игры в казино. Летом 2007 г. специально поехала во Францию, чтобы поиграть в Монте-Карло, однако, прилетев в Ниццу, в первый же день проиграла почти все деньги в ближайшем казино (оставшиеся дни провела впроголодь, но домой не вернулась).

С января 2008 года сформировалась отчетливая потребность в азартной игре с мощным малоподвластным воле влечением. Играла систематически (всегда, когда были деньги).

Со слов пациентки, деньги уже не являлись основным мотивом игры — хотела уйти от постоянного сильного душевного напряжения, неприятных размышлений о нескладывающейся жизни. Если в начале 2008 г. этот механизм срабатывал всегда, то с течением времени пациентка стала отмечать, что даже напряженная игра уже не позволяет отвлечься от конфликтных ситуаций. Играла почти всегда трезвая, поскольку давно обнаружила, что прием даже небольшой дозы спиртного резко нарушает контроль. Пациентка называет баланс азартной игры за 2008 г. в виде проигрыша около 120 тыс. руб. (это вызывает сомнение, поскольку только во Франции за один вечер она проиграла более 5 тысяч евро).

В отношении проблемы пищевого поведения пациентка сообщает, что с осени 2007 г. стала отмечать учащение периодов поглощения необычно большого количества пищи. Эти эпизоды чаще развивались после выраженных и тяжелых конфликтов. С января 2008 г. эпизоды заметно участились, приобрели регулярность (с весны 2008 г. — практически каждый день). Стала вызывать рвоту (после совета подруги) с двумя целями: облегчить общее самочувствие после приема громадного количества разнообразной пищи и с целью предотвращения нарастания веса. Последние полгода стали появляться и нарастать эпизоды, состоящие из нескольких частей, с 2 – 3 рвотами. В межэпизодный период испытывала желание есть, которое реализовывалось либо при развитии конфликта (в состоянии эмоционального напряжения), либо при воздействии специфического “раздражителя” — в виде тех продуктов, которые любила. Борьба мотивов, которая существовала в межэпизодном периоде, исчезала сразу, как только начинала принимать пищу; влечение становилось неконтролируемым, останавливалась только тогда, когда съедала все, или при физической невозможности продолжать прием пищи. Приступы чаще развивались вечером. За последние 8 месяцев поправилась на 12 кг.

Последние полгода заметно участилось употребление алкоголя. Заметила, что алкогольное опьянение

несколько изменилось: “раньше сколько бы ни выпила, понимала, что пьяна, и контролировала свое поведение, а теперь эта способность исчезла”.

Последние полтора месяца интенсивность всех описанных проблем заметно возросла, что и привело к обращению в наш Центр за помощью.

Во время обследования объективные сведения собрана от мужа, который неохотно пришел на встречу к врачу. Не считает проблемы пациентки серьезными — “с жиру бесится, от нечего делать”. Сообщил, что “давно оставил бы ее и забыл о ней, если бы не дети, которых любит”. По словам мужа, “придумал легенду о гомосексуальности, чтобы она от него отстала, но даже это не помогло”. Характеризует ее как “взбалмошную, истеричную, капризную, давящую”. Отмечает, что она “неуспешна во всех начинаниях — как мать, жена, предприниматель”. Не заинтересован в работе с семейным психотерапевтом.

Мать прибыла на беседу после нескольких приглашений, неохотно. Проблему видит в психологическом состоянии дочери, в особенностях ее характера (максимализм, категоричность, непластичность, затруднения в самоутверждении и самореализации), о ситуации с неконтролируемым приемом пищи и азартной игрой ничего не знает. Сообщает о том, что на протяжении последних лет является для дочери “объектом для вымещения старых обид”, однако “терпит это, так как если она устранилась, как это сделали отец, брат и муж, то дочь просто останется в полной изоляции”. Считает важнейшей причиной происходящего семейные проблемы пациентки — “она всегда мечтала о возвышенном, романтическом союзе, а мужу нужен дом как место, где он может просто отдохнуть после активно прожитого дня, ее порывы к романтике его раздражают”. Формально согласна на работу с семейным психотерапевтом, однако к возможным результатам такой работы относится скептически.

Соматический статус. Гиперстенического телосложения, несколько повышенного питания. Кожные покровы и видимые слизистые обычного цвета. Периферические лимфоузлы не увеличены. Сердечные тоны — ясные, ритмичные. В легких при аускультации — везикулярное дыхание. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, безболезненна при пальпации. Край гладкий. Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицателен с 2-х сторон.

Неврологический статус. В классической и сенсibilизированной пробе Ромберга устойчива. Пальце-носовую пробу выполняет точно. Тремора нет. Сухожильные рефлексы живые, симметричны. Патологических рефлексов и нарушений чувствительности нет.

Психический статус. Сознание ясное, правильно ориентирована во всех видах. На беседы приходит охотно, вовремя. Сидит в позе, демонстрирующей некоторое пренебрежение; напряжена, на вопросы отве-

чает с латентной паузой, при этом сохраняется ощущение некоторого удивления происходящим. Иногда, при обсуждении особо значимых тем, “забывает” о выбранной модели поведения, становится более открытой, смотрит в глаза собеседника, проявляет живые эмоции. Большую часть времени беседы скованна, на лице — застывшее индифферентное выражение. Речь ускорена по темпу, голос эмоционален, хорошо модулирован. Словарный запас хороший.

Жалобы предъявляет на невозможность самостоятельно справиться с влечением к еде и азартным играм. В отношении еды поясняет, что почти каждый день возникает мощное, малоподвластное воле, стремление съесть большое количество пищи. Обычно это влечение активизируется после конфликтов или при виде любимой еды. Начав есть, уже не может остановиться. Испытывает в процессе еды состояние комфорта и удовлетворения, борьбы мотивов, как и попыток остановить прием пищи, практически нет. Принимает пищу до появления физического дискомфорта (“хотела бы продолжать еду, но физически не могу”), и тогда вызывает рвоту, приносящую облегчение. Рвота также служит действием, снимающим “страх того, что съеденная пища останется в организме в виде жира”. После рвоты может продолжать прием пищи, снова до максимально возможного объема. На протяжении одного эпизода вызывает рвоту до 2 – 3 раз. После окончания эпизода сожалеет по поводу произошедшего, иногда испытывает чувство вины.

В отношении азартной игры поясняет, что “стремление заработать легкие деньги уже давно не имеет первостепенного значения”. В зале казино “появляется возможность отвлечься от тягостных переживаний, обо всем забыть”, “во время игры не хочется есть”. Желание играть возникает после эмоционально напряженных событий и при появлении свободных денег. Во время игры испытывает ощущение эмоционального подъема, приятное напряжение, собранность, общую мобилизацию. Между тем, стала отмечать, что в последние месяцы игра уже не так полно, как раньше, позволяет отвлечься от проблем, продолжает размышлять о них, даже делая ставки. Отмечает исчезновение контроля над игрой — проиграв взятую с собой сумму, едет за деньгами, “которые точно трогать нельзя; потом приходится просить их у мужа, что осложняет и без того натянутые отношения”.

Считает основной целью обращения стремление “разобраться, что с ней происходит”. Более значимой проблемой считает неконтролируемый прием пищи, поскольку “набрала за последнее время много килограммов, и это может негативно сказаться на устройстве ее личной жизни”. В январе 2008 г. “окончательно поняла, что не создаст такой семьи, как мечтала, с бывшим мужем, и собирается найти другого человека, начать новую жизнь, а для этого надо выглядеть хорошо”. Интересуется возможностью “раз и навсегда решить вопрос с едой”. Несмотря на продолжаю-

щее следствие по уголовному делу, этой темой почти не интересуется — “не удалось решить вопрос на досудебном этапе — ну так тому и быть...”.

Предполагает, что все происходящее с ней — проявление душевного расстройства, вызванного стрессорными событиями последних лет. Настроена на лечение, но его приоритетом видит “быстрое, за пару недель, снижение веса”.

Заключение психолога (канд. психол. наук, доцент О. К. Труфанова, 23.8.08). Испытуемая предъявляет жалобы на игровую зависимость, булмию. Физическое самочувствие оценивает как “прекрасное — хороший сон, аппетит”. Связывает свои проблемы с расставанием с мужем; в браке трое детей. Отмечает рассеянность — хуже стала водить машину. Проблемы с мужем не раскрывает, ограничивается намеками и ссылками на “проблемы”. Результатами тестирования не интересуется. Память и активное внимание без признаков отклонения от хорошей нормы. Мыслительные операции сохранены; уровень обобщений высокий.

Личностные особенности (ММПИ). Размах профиля — за пределами нормы. Код профиля: 4 287 -2:20:11. Стремление подчеркнуть особенности своего характера и наличие проблем. Преобладание мотивации достижения успеха. Поведение мотивировано внутренней убежденностью и собственным видением проблемы. Стремление дать ситуации свое собственное объяснение, не всегда совпадающее с общепринятым. Недостаток гибкости и готовности идти на компромиссы. В актуальном состоянии — сниженный фон настроения, недостаток активности и жизненного оптимизма. Стремление к доминированию, настойчивость со склонностью к риску. Независимость суждений. Амбициозность. Высокое противодействие внешнему давлению. Недостаток эмоциональной зрелости; стремление идти на поводу сиюминутных побуждений (высокая 4 шкала), пренебрежение к общепринятым нормам и правилам. Импульсивность, спонтанность в поступках; недостаточный интеллектуальный контроль над эмоциями. Внутренний конфликт (2 – 4 шкалы) — противоречивое сочетание, что является основанием для дезадаптации (алкоголизация, наркотизация и т.п.).

Результаты дополнительных исследований.

➤ МРТ ГМ (20.08.08). Признаков структурных изменений головного мозга не выявлено.

➤ РЭГ (12.08.08). В обоих бассейнах пульсовое кровенаполнение в норме, тонус артерий среднего калибра повышен, венозный отток в норме.

➤ ЭЭГ (заключение главного эпилептолога Ростовской области В. С. Коваленко. 12.08.08): запись носит полиморфный, дизритмичный, мозаичный характер. Отсутствует регулярный сформированный паттерн. Обращает внимание наличие политопных функциональных очагов-фокусов в различных обла-

стях мозга: левой лобно-височной и правой височной, функционирующих в собственном режиме.

➤ Суточная экскреция катехоламинов (14.08.08): уровень экскреции ДОФА, дофамина, норадреналина и адреналина в границах нормы.

➤ Серотонин крови (13.08.08.): свободный — 0,03 мкмоль/л (норма 0,06 – 0,19 мкмоль/л), общий — 0,52 мкмоль/л (норма 0,45 – 0,77 мкмоль/л) и тромбоцитарный — 0,49 мкмоль/л (норма 0,35 – 0,74 мкмоль/л).

➤ Гормоны щитовидной железы, репродуктивной системы (12.8.08.) — в пределах нормы.

➤ Литий крови (12.08.08.) меньше 0,2 мэкв/л.

➤ ВИЧ, КСР на сифилис (12.08.08) — отр.

➤ ОАК, ОАМ, БАК (12.8.08.) Без патологии

➤ Маркеры вирусных гепатитов (12.08.08.) Не обнаружены.

➤ ЭКГ (12.8.08.) Умеренная синусовая брадикардия (ЧСС 57)

Консультации специалистов:

➤ Терапевт (Е. В. Антипова) 22.8.08. Соматической патологии не выявлено.

Вопросы к врачу-докладчику.

А. Я. Перехов: *Меня интересует Ваше мнение в отношении аффективных колебаний. У пациентки имеются аффективные колебания, или расстройства, возможно субсиндромальные?* — На мой взгляд, клинически отчетливой депрессии как синдрома не сформировалось, это были больше эмоциональные колебания, и в целом преобладал дистимический фон настроения, сниженный, но не достигающий уровня депрессии. — *Это психологическое состояние, как реакция на что-то?* — Признаков эндогенности я не вижу, зато заметны четкие признаки Ясперса: все зависело от конфликта, от происходящего, переживания отражали суть конфликта. — *В период жизни с 17 до 19 лет какая аффективная составляющая была у неё? Она не говорила, что это был какой-то подъем, самый лучший период её жизни?* — Да, это был один из самых хороших периодов её жизни, период, когда она считала себя свободной, испытывала прилив сил и энергии. Она говорит, что это хороший период, потому что реализовывались многие её планы, она открывала для себя новое. — *Как она объясняет легкость ухода от наркотиков и алкоголя?* — Она объясняет это тем, что в её жизни появилась цель, которая всегда была значимой: яркая, сильная любовь с перспективами создать семью. — *В заключении психолога отражен акцент профиля ММПИ на четвертую и вторую шкалу. Как это интерпретировать?* — Наверно, нам стоит услышать мнение психолога на эту тему.

Психолог И. В. Баранова: На первый взгляд, профиль СМИЛ с доминирующей 4-й шкалой свидетельствует, как минимум, об акцентуации аффективно-возбудимого типа; при этом высота подъема довольно высока, что не исключает и более выраженной

дезадаптации (психопатический тип реагирования с доминированием слабо- и совсем неконтролируемых импульсивных действий). Однако следующий за пиком по 4-й шкале подъем трех шкал (2, 8 и 7) обнаруживают прямо противоположные тенденции (пессимистичность, замкнутость, тревожность, заниженную самооценку). Налицо выраженная противоречивость личностных радикалов и указание, в первую очередь, на неустойчивость психологических защит, нестабильность ядра личности. Хочу пояснить, что я работала с пациенткой в режиме психологической коррекции на протяжении 5 последних лет. — *Что Вы можете добавить в связи с этим?* — К психотерапевту она обратилась по рекомендации своего лечащего врача (врач женской консультации), однако все эти пять лет она вела себя психотерапевтически нестабильно — то исчезала, то возвращалась. Стойкий рабочий альянс формировался с трудом и оставался крайне неустойчивым. Несколько раз к психотерапевтическим встречам приглашался и супруг пациентки с целью попыток семейной терапии, однако также без особого эффекта — как правило, работа после таких встреч на какое-то время прерывалась, с тем, чтобы вновь возобновиться индивидуально и всякий раз спонтанно. Так, летом 2006 г. пациентка в очередной раз неожиданно прекратила работу со мной, хотя по наблюдениям её состояние было далеко не стабильным (чего мы всякий раз стремились достичь). Только спустя два года она на очередном сеансе призналась, что пережила тогда подозрение о “заговоре” за её спиной между её мужем и терапевтом.

Основной целью коррекции было укрепление и стабилизация самооценки пациентки, а также установление причинно-следственных связей между содержанием её жизненных целей и достигаемых результатов (в соответствии с принципом реальности). Это был основной вектор: большая целостность образа “Я”, относительно большая автономия, критичность самооценки. В целом, по итогам пятилетней, набегам, работы, с моей точки зрения можно отметить относительно положительную динамику в интернальности пациентки, т.е. принятие большей ответственности за то, что с ней происходит. В настоящее время пациентка выражает мысли о том, что ей надо брать всю ситуацию в собственные руки, попытаться устроить собственную жизнь. Насколько эта мотивация будет устойчива, я прогнозировать не могу. В июле 2008 года, после признания пациентки в неконтролируемой игре и булимии, я стала инициатором обращения её в Центр.

В. А. Солдаткин: Я тоже хочу отметить, что в последнее время пациентка говорит о положительной психологической динамике. Больше ясности в понимании происходящего, более верная оценка — это её слова. Это разительно сочетается с нарастанием и углублением двух мощных проблем — булимии и патологического гемблинга. У меня сложилось впечатле-

ние, что когнитивное, сознательное понимание необходимости этой автономии сочетается с невозможностью её обеспечения, что и вызвало эти проблемы.

А. О. Бухановский: Какие задачи психокоррекции Вы ставили, и какими методами пользовались? **И. В. Баранова:** Восстановление большей адекватности самооценки и выработка паттернов осознанного контролируемого поведения, выстраивание более реалистичных отношений с близкими. Методы: преимущественно аналитически ориентированные — конфронтации, интерпретации, интерпретации переноса, толкования сновидений. — Обсуждение конфликтов, их генеза проводилось? — Да.

БЕСЕДА С ПАЦИЕНТКОЙ

А. О. Бухановский — Здравствуйте! У нас сегодня финальное совещание, итоговое обсуждение проблем, с которыми Вы обратились. Назовите, пожалуйста, три главных признака, которые больше всего мешают Вам в жизни? — *Я много ем, из-за этого я полнею; проигрываю деньги; третье, я даже не знаю.* — То есть, Вы можете выделить только два основных признака? — *Да.* — Вы говорите, что “много едите и полнеете”, Вас волнует только полнота в результате объедания? — *Да, я понимаю, что в результате, в будущем, я буду из-за этого иметь проблемы со здоровьем. Но из-за молодости пока я этого не ощущаю, поэтому пока только волнует полнота.* — Вас волнует только полнота и перспективное состояние здоровья. Сам процесс переедания Вас никак не волнует? — *Это неприятное состояние, то есть, если я переела, мне не хочется ни с кем общаться, мне не хочется ехать на тренировку, мне неудобно что-либо делать, кроме как лежать на диване.* — Это происходит в процессе еды? — *Да.* — А больше Вас здесь ничто не беспокоит? — *Нет, наверное.* — Если это Вас волнует и беспокоит, почему Вы не прекратите кушать, или не будете кушать, как Вы хотели? Ведь каждый человек творец своего поведения, режиссер, сценарист, исполнитель. Почему Вы не кушаете столько, сколько Вам кажется правильным? — *Не знаю. Даже когда я ем, мне это нравится и мне хочется еще и еще.* — Просто нравится, или перестаете руководить своим поведением? — *Я перестаю руководить своим поведением.* — А то, что Вы перестали руководить своим поведением, и поведение диктуют Ваши желания, влечения, диктует нечто, с чем Вы не можете справиться, что вы становитесь “марионеткой”? — *Да.* — Вы поставили это на последнее место. Ведь, наверное, основа именно это? — *Пока Вы так не поставили вопрос, я об этом не задумывалась.* — А в играх, которые Вас беспокоят, Вас волнует только материальный проигрыш? — *Меня больше волнует то, что я потеряла контроль над собой. Когда играешь, происходит поединок между мной и казино, и то, что ты проигрываешь, ты позволяешь им себя*

одурачить. — Когда Вы идете в казино, Вы понимаете, что это бизнес, который живет по своим законам, и Вы должны проиграть, особенно при частом, длительном посещении? Бизнес никак не может проиграть, здесь нет никакого соревнования, он всегда должен остаться в выигрыше. Вы обречены на поражения, Вы об этом думали? — *Думала.* — Почему Вы не прекратили посещать казино? — *Потому, что изначально, когда я еще не попала в эту зависимость, я ходила туда проводить время с расчетом потратить там определенную сумму денег. И каждый раз, приходя туда, даже сейчас, я планирую потратить определенную сумму денег, — я готова заплатить как за ужин в ресторане или за еще что-нибудь. Раздражает меня, когда я начинаю тратить больше.* — Вы же всегда тратите больше. Вы теряете контроль за количеством трат, правильно? — *Да.* — У нас так и называется симптом — потеря количественного контроля, это признак болезненного расстройства. Что Вам мешает не заходить в казино? Вы знаете, что каждый раз, когда Вы заходите, это не просто времяпрепровождение, это всегда проигрыш; что Вы не сможете внутри казино удержаться от того, чтобы не начать играть, а начав, Вы не сможете контролировать количество проигранных денег и соответственно Вы их все оставите в казино. — *Возможно, дело в том, что когда-то было время, когда я не теряла контроля, и сейчас каждый раз, когда я захожу, я надеюсь, что я смогу себя контролировать.* — Скажите пожалуйста, перед тем как Вы идете в казино, как Вы принимаете решение? — *По-разному, иногда хочется пойти отыграться. Иногда бывает время, например, когда я уже не могу пойти на тренировку по каким-либо причинам и есть с собой свободная сумма денег, я понимаю, что их я могу потратить.* — Какие еще есть условия, поводы, чтобы Вы могли пойти в казино? — *Наверное, больше никаких.* — Скажите, а неприятности как-то провоцируют Вас? — *Раньше да, сейчас нет.* — Чем-то различаются ситуации, когда Вы идете отыгрываться в казино, или когда Вы располагаете свободным временем и хотите обеспечить свое времяпрепровождение? — *Да, когда я иду провести время, я беру определенную сумму денег, не беру кредитные карты, снимаю золото. Я понимаю, что когда я начну проигрывать, мною может овладеть состояние, когда я тупо сниму что-либо с себя и поеду заложу, продолжу играть. Чаще всего в таком случае, если я проиграла, я не расстраиваюсь, не злюсь, не раздражаюсь.* — Когда Вы больше проигрываете, когда играете несколько дней подряд, или когда один день? — *Когда я перед этим выигрывала. То есть, это не зависит от того, сколько дней я играю. Бывали случаи, когда я ежедневно в течение двух недель, приезжая играть в казино на 15 минут, выигрывала, но потом начинаешь терять контроль и можешь за раз все проиграть.* — Были такие случаи, когда Вы приезжали на 15 минут, выигрывали и сразу уезжали?

— *Да, это когда была ответственность перед другим человеком, тогда я не могла не прекратить игру и не выйти. Когда я выиграла, у меня еще оставалось время, но я боялась продолжать. Мне нравилось, что я выигрываю.* — Сколько раз такое случилось за последний год? — *Это было в июне этого года.* — А перед этим когда? — *Такого больше не было.* — В какое время суток Вы чаще ходите в казино? — *Раньше, когда я была не занята, ходила днем. Сейчас, когда я работаю, я хожу вечером.* — А дети с кем остаются? — *Когда детей оставляю с няней, тогда я могу запланировано поехать, и если мне повезет, то я могу там задержаться допоздна.* — А было так, что Вы детей оставляли одних, без присмотра? — *Нет, такого не было.* — Скажите пожалуйста, что у Вас происходит со спиртным? Вы как проблему это не назвали, Вас это не волнует? — *Нет.* — Вы употребляете спиртное? — *Да.* — Как часто? — *По-разному, но в последнее время у меня период, я не хочу пить. За последние 3–4 месяца выпивала, когда ездила к друзьям в Санкт-Петербург.* — А во время игры Вы выпиваете? — *Нет, я не пью когда играю.* — А бывают периоды, когда Вы воздерживаетесь от игры? Когда Вы несколько месяцев не ходили в казино? — *Да.* — В этот период выпивка учащается? — *Мне кажется, от этого она не зависит. Такое было только однократно.* — Перед тем, как зайти в казино или сесть за стол, где будет выпивка, Вы с собой боретесь? — *Нет.* — Что Вы пьете? — *Я совсем не пью водку, недавно начала пить пиво, предпочитаю шампанское.* — Сколько Вы максимально можете выпить за вечер? — *Сейчас я мало пью. Года полтора назад могла выпить 1,5 литра шампанского.* — На следующий день все ли помните, что происходило накануне? — *Последнее время, последний год, много стала забывать из того, что со мной происходило накануне, хотя выпивать я стала намного меньше.* — Если Вы выпили слишком много шампанского, рвота бывает? — *Сейчас нет. Мой организм этого не требует, единственное, я могу сама вызывать рвоту.* — А в прошлом? — *Была, но очень редко.* — Когда возникли игровые проблемы, реакция на алкоголь изменилась? — *За последние 8–9 месяцев я не могу “напиться”, почувствовать легкость, расслабиться. У меня сейчас нет желания пить, я не получаю того, чего хочу. Даже в процессе игры мне становится скучно. Я понимаю, что это глупо. Я проигрываю деньги и при этом не получаю даже удовольствия.* — Когда Вы играете несколько дней, у Вас периоды переедания уменьшаются, усиливаются? — *Не связано.* — Можно ли сказать, что периоды переедания и игры чередуются по времени? — *Если я проиграю и, приехав домой, сразу не лягу спать, то наемся, а если выиграю, то тогда, скорее всего, поеду в ресторан, проводить время и там я не объежусь.* — Какие у Вас обязанности, связанные с детьми? — *Я покупаю продукты, стираю, глажу, отвожу детей в сад, школу.* — Сколько вре-

мени Вы с детьми проводите? — *Последнее время я работаю. Когда я не работала, проводила с ними утреннюю часть времени до своего “свободного” времени. — С чем связано, что дети находят с няней, а Вы развлекаетесь? — Если я буду проводить то время, когда мне не хочется с ними проводить, мне кажется, что для них это будет хуже. Я быстро с ними начинаю раздражаться, лучше пусть с ними занимается спокойная няня, а мама с ними съездит в парк. — За последние 1,5 – 2 года Вы по характеру изменились? — Мне кажется, изменилась в лучшую сторону. Я стала спокойнее, терпеливее, стала лучше разбираться в людях. Я стала больше времени отдавать детям. — Ответственность? — Сложно ответить. — Лживость? — Что касается казино, то я могу любую информацию представить так, как мне удобно. Детям я говорю, что я еду гулять. Муж мне не задает вопросы. — В последнее время Вы стали общительнее? — Да, мне легче общаться с людьми. Раньше мне это было трудно. — Круг интересов у Вас расширился или сузился? — Скорее всего, расширился, так как я стала работать.*

А. Я. Перехов: Как Вы оцениваете свое настроение? Вы довольны им? — *В последнее время, последние 8 – 9 месяцев, несмотря на сложности, у меня лучше настроение. Я чаще чувствую себя счастливой. — Получается так, что на фоне хорошего настроения улучшился характер, стала работать, стала лучше относиться к детям, и именно в это время появились проблемы с игрой и едой? — Да. Иногда меня поражает, вплоть до того, что у меня очень неудачный день, я ничего не продала, поругалась с мамой или с мужем, проиграла какую-то сумму денег, но при этом я еду и ощущаю себя хорошо. Меня радует любимая песня, я могу обратить внимание на красивый закат, уделять время детям. Такие вещи меня поражают: как я могу в тяжелой ситуации испытывать радость. Но так же меня поражает то, что на фоне хорошего ровного настроения, какая-то мелочь может в долю секунды меня вывести настолько, что я могу даже кинуться на человека. — Вы стали раздражительнее? — Я стала менее контролируема. Я стала делать вещи, о которых я потом жалею. — Каков Ваш характер? Опишите своими словами. — Я склонна к колебаниям настроения, я склонна к большой импульсивности. Я общительная. Раньше я была застенчивая, у меня в детстве был комплекс полноты. — Бывали у Вас периоды, когда Ваше настроение на длительный период становилось плохим, до такой степени, что Вы ощущали себя неудачницей, думали, что у Вас ничего не получится, появлялись мысли, что жить не стоит? — Да. Это было и в школе в 13 лет, когда я сильно прибавила в весе. Я жила в постоянной подавленности. — В возрасте 17 – 19 лет у Вас был период, когда Вы работали и учились? — Да, я работала на двух работах. — И со всем справлялась? — Да. — Это был период какого-то подъема? — Да.*

Было такое, что не уставала, меньше спала? — *Да. — Это был период подъема? — Да. — Это было хорошее время? — Да. — В последнее время это похожее состояние? — В чем-то да.*

А. О. Бухановский: Скажите, пожалуйста, в период 17 – 19 лет был у Вас период необычного подъема или другой образ жизни, который Вам нравился? — *Я вышла из-под постоянного контроля матери, стала самостоятельной, могла принимать решения, работала и зарабатывала деньги. — Сколько Вы спали в этот период? — 4 часов хватало, чтобы я могла выспаться. Днем я не спала, так как чувствую себя после этого плохо. — Вы мало спали каждую ночь? — Конечно, нет. — Были у Вас непредвиденные, крупные траты денег? — Денег было не очень много, тратила на косметику, вещи. — Не нарушался ли менструальный цикл? — У меня всегда был длинный период, по 2 месяца; в том возрасте он оставался таким же.*

В. А. Солдаткин: Вы начали худеть в этом периоде или раньше? — *Я похудела в конце школы, начала нравиться себе и окружающим. А когда я поступила в университет и стала свободнее от родителей, тогда и начался период моего хорошего настроения: все получалось, я с удовольствием встречала каждый новый день, мне было интересно, что он принесет.*

В. В. Мадорский: Скажите пожалуйста, с Вашей точки зрения, что должен сделать психотерапевт, чтобы помочь Вам? — *Ничего... Наверное, продолжать в том же духе. Я не знаю. — Правильно я понимаю, что первое, что должен сделать психотерапевт, это разъяснить, чем в этой ситуации может быть полезна психотерапия? — Да.*

ОБСУЖДЕНИЕ

Врач-докладчик. При анализе феномена расстройства, приведшего пациентку к обращению за помощью, отчетливо выделяется появление новых дезадаптирующих малоподвластных воле потребностей — в азартной игре и приеме пищи, заметно превышающем физиологические потребности. Реализация обеих этих потребностей сопровождается заметным и значимым для пациентки комфортом; вне реализации она испытывает существенный душевный дискомфорт. Иными словами, реализация этих влечений служит средством аннигиляции, устранения негативных переживаний, эмоций, способом “экранирования”.

На мой взгляд, уровень влечения к азартной игре и приему пищи может быть охарактеризован следующим образом: во внеэпизодном периоде сохраняется навязчивое влечение, которое после появления провоцирующих факторов (в частности, психогенных) сменяется компульсивным, что и приводит к развитию эпизода неконтролируемого приема пищи или азартной игры. Патологическое влечение в этих двух уровнях в сочетании с психическим комфортом при

реализации и дискомфортом вне ее, составляют синдром психофизической зависимости.

Обращает на себя внимание заметный рост толерантности: в ситуации с азартной игрой он проявляется нарастанием частоты и экспозиции игры, расширением “игрового репертуара”. Пациентка отметила, что игра более не приносит ей такого глубокого, как раньше, устранения дискомфорта, ее психоэмоциональный эффект несколько поблек. Без сомнения, можно говорить об исчезновении количественного контроля. Все эти проявления близки известному в наркологии синдрому измененной реактивности. Компоненты этого синдрома заметны и в ситуации с приемом пищи: неконтролируемый прием участился до ежедневного, эпизоды стали включать несколько актов рвоты без ослабления компульсивного влечения.

Единение синдрома психофизической зависимости и синдрома измененной реактивности позволяют говорить о формировании у больной комплексной зависимости — сочетания тех расстройств, которые в МКБ-10 обозначены как таксоны различных рубрик: патологическое влечение к азартным играм (F 63.0) и булимия (F 50.2).

Заметно клинико-феноменологическое сходство обоих расстройств: оно проявляется как в структуре самого психопатологического синдрома, так и в динамических характеристиках развития. Проводя структурно-динамический анализ развития расстройства, необходимо отметить следующие факторы predisпозиции.

1. Наследственность больной отягощена по материнской линии алкоголизмом, по линии отца — психическим расстройством. Эти факты обращают на себя внимание, поскольку известна высокая частота развития зависимости у родственников больных алкоголизмом.

2. Беременность протекала с патологией, однако в дальнейшем это явного клинического значения не имело (в детстве не отмечалось признаков невропатии, на выполненном МРТ головного мозга — полная структурная норма).

3. Преморбидная личность видится мне как сплав неустойчивых, истероидных и циклоидных черт. Эта противоречивая личность формировалась в условиях явно дисгармоничного воспитания; сложные отношения с матерью создали выраженный интраперсональный конфликт, который, без сомнения, является значимым в дальнейшем выборе жизненного пути; в этой сфере явно предстоит большая работа психолога и психотерапевта.

4. Наследственность пациентки отягощена конституциональным ожирением; в семье, по ее словам, “всегда был культ еды”. Пациентка с детства отождествляет праздник с возможностью много есть; еда являлась и способом психологической защиты от неприятностей. Все это обеспечивало преморбидную “базу” для будущего развития булимии.

5. Позднее и “трудное” становление менструального цикла пациентки выявляет особенности гипоталамико-гипофизарной области (что коррелирует с наследственной отягощенностью конституциональным ожирением и повышенным весом уже с детства). Полагаю, что это один из факторов predisпозиции к сформированному расстройству.

Все указанные факторы, на мой взгляд, являются факторами неспецифической predisпозиции к расстройству. Оно “вышло на поверхность”, стало клинически заметным тогда, когда у пациентки возник значимый конфликт в важнейшей для нее сфере — создания собственной надежной семьи. При том, что во всех других сферах (взаимоотношения с родителями, отсутствие подруг, неудачная карьера) успехов также не было (а мотивация достижения успеха велика, как отметил психолог), пациентка оказалась практически лишенной “ресурсных зон”. По Ю. А. Александровскому, можно говорить об истончении “барьера психической адаптации”.

В “длиннике” развития расстройства отчетливо выделяется период, который можно обозначить как инициальный. Он проявлялся постепенным учащением эпизодов азартной игры и приемом избыточного количества пищи, обнаружением пациенткой заметного психоэмоционального эффекта обоих действий. С января 2008 года расстройство вышло на качественно иной уровень с появлением психофизической зависимости и формированием синдрома измененной реактивности, что позволяет говорить об этапе развернутой клинической картины.

Таким образом, пациентка страдает болезнью зависимого поведения. Учитывая параллелизм в развитии, схожесть структурно-динамических характеристик расстройств, можно говорить о патогенетическом родстве двух форм зависимости, выявленных у пациентки. Нозологический диагноз сформулирован как “болезнь зависимого поведения, комплексный вариант (патологическое влечение к азартным играм, булимия)”. На мой взгляд, предположение об аффективном расстройстве (и симптоматическом характере зависимости), которое возникало на этапах диагностики, на сегодня необоснованно и недоказуемо. Однако, учитывая особенности личности пациентки, известную коморбидность болезни зависимого поведения и аффективных расстройств, больная нуждается в катamnестическом наблюдении для полного решения вопроса.

Без сомнения, пациентка нуждается в помощи. Эффекта можно ожидать только от комплексной терапии, которая будет включать семейную и индивидуальную психотерапию, и биологически ориентированную помощь. Психотерапию будут проводить входящие в бригаду психотерапевты. Как врач-психиатр, я планирую проводить лекарственную терапию, которая будет включать следующие направления:

1) комплексную патогенетическую терапию по Г. Н. Крыжановскому (малые дозы бутирофенонов, бензодиазепинов и солей лития — хочу отметить, при анализе уровня лития в крови пациентки выявлено его минимальное содержание — менее 0,2 мэкв/л);

2) серотонинергические антидепрессанты (с патогенетической целью: у пациентки заметно снижен уровень свободного серотонина);

3) нормотимический эффект солей лития планирую усилить антиконвульсантами (малые дозы клоназепам), учитывая выявленные на ЭЭГ фокусы гиперактивности (что в очередной раз доказывает правомочность концепции Г. Н. Крыжановского о патологических интеграциях нервной системы).

Полагаю, что легкой и быстрой клинической динамики не будет. Однако, при слаженной работе бригады, в которую будут входить психиатр, психолог и психотерапевт, заметного и устойчивого результата добиться реально.

А. О. Бухановский: *В чем Вы видите проявления неустойчивости?* — В ведущем характере гедонической мотивации, которая являлась основной как в детстве, так и в пубертате, постпубертатном периоде; в том “безволии”, о котором писал А. Е. Личко, в некотором инфантилизме, незрелости.

А. Я. Перехов: *Вы планируете применение малых доз карбоната лития?* — Начну подбор доз с 450 мг в сутки, но рассчитываю дойти до доз, при которых концентрация лития крови будет 0,6 – 0,8 мэкв/л. — *Нормотимическую функцию будет выполнять только карбонат лития?* — Я предполагаю, что мне придется выйти на два нормотимика, их сочетание — вероятно, литий и финлепсин. Однако, сразу такую комбинацию не планирую, она рискована. В структуре КПТ я планирую феназепам заменить на клоназепам. Я сознательно делаю акцент на антиконвульсивную терапию, потому что не планирую добиваться седации и явного транквилизирующего эффекта. Это будет противоречить психотерапевтическому направлению, и едва ли приемлемо для пациентки.

А. О. Бухановский: *Меня смущает клоназепам в терапии.* — Клоназепам я планирую назначать в малых дозах. Суточная доза вряд ли будет достигать 0,5 – 1 мг, однако его придется использовать для снижения уровня компульсивного влечения как минимум 2 – 3 месяца.

Мнения участников консилиума.

А. Я. Перехов: Каждое клиническое наблюдение, каждый консилиум убеждает нас в том, что кажущаяся совершенно ясной ситуация при длительном, подробном рассмотрении начинает вызывать вопросы. На мой взгляд, для того и существуют клинические разборы, консилиумы. В этом их польза, которая, к сожалению, в клинической практике в современной психиатрии все чаще забывается. Есть опасность, что клинические конференции скоро станут таким же раaritетом, как и патологоанатомические параллели.

В анамнезе жизни пациентки обращает на себя внимание то, что это разный человек в разные промежутки времени. Её аффективные проблемы, как мне кажется, достигают клинической степени выраженности, и даже очерченного расстройства. Те колебания настроения, которые у неё есть, входят в структуру циклоидной личности (характера). По А. Е. Личко — это выраженная циклоидная акцентуация, но не психопатия. Есть психологическая точка зрения, которая говорит, что изменения настроения у таких личностей связаны с внешними событиями. Есть биологическая точка зрения, которой придерживаются клинически настроенные психиатры, что это не до конца оформленное или не доказанное в клиническом плане такое аффективное расстройство, как циклотимия. Если эмоциональные состояния не достигают синдромальной завершенности, то часто говорят об инициальном периоде аффективного расстройства в виде аффективных колебаний. В данном случае, в раннем пубертате есть признаки расстройства настроения, которые тогда могли быть полностью объяснены пубертатными реакциями. Но с 17 лет, в течении 1,5 лет у пациентки имела место атипичная, невыраженная гипомания в рамках циклотимии — ни в коем случае не аффективного заболевания в классическом варианте биполярного расстройства. Её проявления связаны с промискуитетным поведением, с беспорядочным использованием наркотиков, ощущением бесшабашности, огромного количества энергии и т.п. Объяснения, что это была чрезмерная реакция эмансипации в рамках “долгожданной свободы” не выдерживают никакой критики: остается в родном городе, продолжает жить с матерью, нет утрированных хобби и т.д. Занятие проституцией контролируемое, с явным положительным эмоциональным отношением, причем трудно понять, что является основной мотивацией — риск, авантюризм, доказательство своей сексуальной привлекательности или меркантилизм. Удивительно, как легко все изменяется: глубокая любовь к мужу, отказ от наркотиков, проявление материнского инстинкта, вообще изменение образа жизни. Мне представляется, что после четкой гипоманиакальной фазы возникает период относительно ровного эмоционального состояния. Мы должны сравнивать пережитое состояние с нынешним и ориентироваться на описание всей жизни и настроения, в частности, самой пациенткой. Она описывает его достаточно ярко: это странное состояние напоминает то, что было с ней раньше, но она стала более взрослой, и теперь “этим” не занимается, и вместо того беспорядочного, детского поведения имеет место поведение, которое связано с болезненными проявлениями. Я предполагаю, что она и сейчас, возможно, находится в гипоманиакальном состоянии. В ее жизни имели место и субдепрессии, именно с этим связаны особенности ее жизни, взаимоотношений с мужем, проблемы. Нельзя забывать, что у лиц с таким характером эмоциональной па-

тологии часто наблюдаются элементы смешанных фаз.

Что касается диагноза, то у пациентки имеется болезнь зависимости, стадия её невыраженная, скорее всего первая, начальная. Тут возникает сложный методологический вопрос, который связан с симптоматическими формами зависимого поведения. Есть некоторые формы, при которых пьянство или употребление наркотиков обусловлено аффективной фазой. Уходит аффективная фаза, и расстройство исчезает. Мы говорим в этом случае, что это симптоматическая форма, даже не называя его отдельным заболеванием. Но есть другие варианты: в период аффективных составляющих появляются проблемы с зависимостью, и через какое-то время эти проблемы уже без всяких аффективных составляющих начинают доминировать. Мне представляется, что у этой пациентки случай именно такой. Т.е. у неё проблемы с зависимостью, и когда она выйдет из гипомании и не войдет в субдепрессию, все равно эти проблемы у неё останутся, они могут лишь уменьшиться. И если не решить эти проблемы, то они могут присутствовать без всяких аффективных расстройств. Поэтому необходимо ставить два, а точнее три диагноза: гемблинг, булимия, циклотимия (текущее аффективное расстройство, атипичный гипоманиакальный синдром). Очень интересно, что у пациентки не возникает самого распространенного варианта зависимости — химической зависимости от алкоголя и наркотиков, что в очередной раз убеждает нас, что в основе любой зависимости находится генетическая предрасположенность.

С выбранной стратегией лечения я согласен. В терапии я предполагаю, что удельный вес нормотимиков должен быть высоким, причем я бы сразу ориентировался на сочетание лития с антиконвульсантом-нормотимиком, например, депакином, учитывая его дополнительный “антикиндлинговый” эффект. Предлагаю быть осторожным с применением антидепрессантов, учитывая опасность усиления эмоциональных фаз. В плане психотерапии нужно четко поставить клинические цели, акцентировать внимание на борьбу с теми синдромами и симптомами, которые её беспокоят. Это аффективный фон и болезнь зависимости. На начальном этапе должна проводиться психотерапия врачом-психотерапевтом с целью именно коррекции психопатологических симптомов и синдромов, т.е. не заниматься сразу “аутистически-психологической” психотерапией в понимании М. Е. Бурно. Только потом надо поднимать вопросы о взаимоотношениях с близкими ей людьми. Я считаю, что это случай относительно благоприятный, здесь можно добиться качественной ремиссии в отношении собственно зависимого поведения (как игрового, так и пищевого), но вероятность аффективных постоянных колебаний велика, и без постоянного профилактического лечения они могут диктовать поведение и стиль жизни.

А. О. Бухановский: Я хотел бы узнать мнение участников консилиума о том, какова личность пациентки.

В. В. Мадорский, врач-психотерапевт: Основываясь на психоаналитической классификации Отто-Кембрига, в данном случае мы имеем дело с пограничной личностью. Об этом говорит выявление синдрома диффузной идентичности с потерей границ, как внутри себя, так и вовне. Внутрилично это проявляется неспособностью себя контролировать, в сфере объектных отношений — в том, что для неё сверхважно мнение других людей о себе и переживанием того, кто её принимает, а кто не принимает. Во-вторых, базисным отличием пограничной личности от невротической является преобладание защиты расщеплением.

В. А. Солдаткин: На мой взгляд, личность противоречивая, она не выходит за рамки акцентуации, хотя и достаточно яркой. Мне видится, что личность включает в себя несколько ведущих радикалов, которые в моем понимании выглядят следующим образом: довольно заметный истероидный радикал (сензитивная истероидность, проявляющаяся эгоизмом, эгоцентризмом, эксцентризмом — этот радикал заметен в ее действиях и во внешнем облике). Второй радикал, который на мой взгляд значим, — циклоидность. И третий — неустойчивость, которая проявляется в гедонических мотивациях и стремлениях, в невозможности доведения планов до конца. Именно этот радикал привел к краху, неуспешности во всех сферах.

А. Я. Перехов: На мой взгляд, имеет место эмоционально-неустойчивая акцентуация характера, импульсивный вариант с определенным демонстративным компонентом.

И. В. Баранова, психолог: Мне кажется, индивидуальной психотерапии для коррекции уже не хватает. Полагаю, что ставку следует сделать на семейную психотерапию, и на поведенческую терапию с эффектом шоковой реакции.

В. В. Мадорский: Обращает на себя внимание, что оппозиция матери очень сильно помешала идентификации пациентки, как женщины. По сути, промискуитет, обжорство были способами сепарации от матери. Обращает на себя внимание также проблемность внутреннего образа: как женского, так и мужского. Пациентке было важно принятие её мужчинами, которые обладали деньгами. Выбор мужа с незрелой мужской идентификацией отражает незрелость мужского внутреннего образа самой пациентки. Муж избран подавляющий, вероятно, как реализация родительского негативного переноса — в отношении его садистического поведения, и позитивного — как (в особенности на начальных этапах развития отношений) принимающий, любящий объект. Булимия является проявлением регрессии на оральный психоаналитический уровень, как попытка компенсации базового

недоверия к миру и собственной несостоятельности в нем. Преобладает защита расщеплением, характерная для психозов и пограничных личностей, что отражается в неконтролируемом влечении. Также для пограничных личностей характерны диффузность границ, транзиторные психотические (с точки зрения психоанализа) реактивные эпизоды, которые она описывала. С моей точки зрения, болезнь зависимого поведения, которая безусловно имеет место, развилась на фоне имеющегося расстройства личности пограничного типа. В лечении необходимо установить рамки: четкий, ясный контракт не менее одного года с включением всей семьи; в работе должны участвовать мать, муж, старший брат, т.е. все заинтересованные лица. Чем больше в итоге людей будет в кабинете, тем лучше. Семейная интервенция должна в первую очередь основываться на психообразовательном подходе; другой её целью должна быть совместная выработка поведенческих принципов, направленных на прекращение игры. Всем участникам надо объяснить, что конкретно происходит, что необходимо делать и ориентироваться на мотивацию. Необходимо подключить и индивидуальную терапию, основой которой должна быть психоаналитическая ориентированная психотерапия с включением когнитивно-поведенческих техник, в которых должны прорабатываться вопросы мужской, женской идентификации, страха смерти и умения справляться со своими симптомами. Необходима психофармакотерапия, в первую очередь, чтобы быстрее справиться с разрушительными последствиями болезни зависимого поведения и весьма вероятными во время психотерапии эпизодами отыгрывания вовне.

Ведущий, профессор А. О. Бухановский: Хочу обратить внимание на то, что обсуждаемое клиническое наблюдение формально каких-либо диагностических проблем не вызывает. МКБ-10 создала идеальные условия для диагностики в этом случае двух самостоятельных, как сейчас модно говорить, коморбидных заболеваний: одного — из раздела “Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами (F 50-59)”, а именно — из рубрики “расстройство пищевого поведения (F 50)”, таксон — “нервная булимия (F 50.2)”, а второго — из раздела “Расстройства зрелой личности и поведения у взрослых (F 60-69)”, рубрики “расстройства привычек и влечений (F 63)”, таксон — “патологическая склонность к азартным играм (F 63.0)”.

Основания, согласно МКБ-10: ИДК — 10 весомы и неоспоримы:

По первому расстройству все, что описано врачом-докладчиком, никаких оснований для иного диагноза просто не оставляет. У больной мы находим все диагностические признаки, характерные для нервной булимии:

А. Периодически повторяющиеся эпизоды пере-eдания, превышающие установленную этим диагнос-

тическим критерием минимальную частоту и продолжительность — не реже двух раз в неделю на протяжении не менее трех месяцев. И каждый раз больная употребляет большое количество пищи

Б. Отмечена постоянная поглощенность мыслями о приеме пищи, сильное желание или ощущение компульсивного побуждения (тяга) поесть.

В. Больная пыталась предотвратить прибавку массы тела, обусловленную пере-eданием, с помощью одного или более из следующих приемов:

- 1) произвольно вызываемая рвота;
- 2) прием слабительных средств (без назначения врача);
- 3) чередование пере-eдания с периодами голодания;
- 4) использование лекарств, подавляющих аппетит, мочегонных, гормонов и т.п.

Г. Больная воспринимает себя излишне толстой и испытывает страх ожирения, что приводило ее к подержанию массы тела на уровне ниже нормы.

По второму расстройству — те же самые основания:

А. На протяжении не менее годичного периода отмечено явно намного более требуемого минимума — двух игровых эпизодов.

Б. Эти эпизоды не приносили пациентке выгоды, но продолжались, несмотря на вызываемые ими субъективные переживания дистресса, а также нарушения повседневной деятельности больной.

В. Больная описывала и описывает сильное влечение к азартной игре, которое не в силах или трудно контролировать, сообщает, что неспособна прекратить участие в игре усилием воли.

Г. Больная поглощена мыслями и умственными образами, связанными с азартной игрой и сопутствующими ей обстоятельствами.

Но можно ли на основании такой статично-формализованной диагностики понять условия и причины возникновения этих расстройств, их связь и соотношение (то ли это случайное совпадение двух различных болезней, то ли истинная коморбидность, то ли это единое заболевание), разработать адекватную терапию и профилактику?

Мне кажется, что нет. Для решения этих и других проблем конкретной больной в русле доказательной медицины необходим иной подход — подход с позиций нозологической определенности и применения структурно динамического клинического и психопатологического анализа случая.

При таком подходе принципиально важным является начать с выделения и квалификации факторов predisпозиции — биологической, микросоциальной, личностной.

Говоря о биологической predisпозиции, я обращаю ваше внимание на 3 факта: наследственность больной, особенности протекания беременности и менархе.

Наследственность: по линии матери обнаружен целый ряд лиц с проблемами, которые относятся к химической то ли аддикции, то ли зависимости, а также выраженное ожирение женщин. По линии отца кровная родственница страдала психическим заболеванием, завершившимся госпитализацией в психиатрическую больницу. И хотя обнаруженное отягощение неспецифично, но как по данным литературы, так и по результатам наших собственных исследований, ее можно отнести к наследственному спектру при болезни зависимого поведения. Ожирение женщин, кровных родственниц матери, факт двойного риска — риска ожирения пробанда и риска психологической фиксации матери на питании дочери и ее внешнем виде, страх ожирения дочери.

Особенности протекания беременности: обращает внимание прием матерью высоких доз антибиотиков и трудность вынашивания — почти постоянная угроза прерывания беременности.

Пубертат: значимым фактом биологической предрасположенности, с моей точки зрения, является задержка полового созревания (позднее для юга появление менструаций) и дисменорея, возникшая с самого начала менархе и длившаяся до 18–19 лет (причем менструации так и не установились до последнего времени). Скорее всего, это имеет центральное происхождение — у девочки-подростка при многочисленных обследованиях какой-либо периферической (гинекологической) патологии так и не было обнаружено. Такое расстройство отражает функциональное нарушение регуляторных механизмов центрального генеза. Кстати, центральные нарушения регуляции связываются именно с той областью мозга, которую многие авторы, в том числе и мы, считаем одним из мозговых звеньев, участвующих в возникновении патологии влечений, в формировании зависимого поведения, в первую очередь при нехимической зависимости.

Микросоциальная предрасположенность представлена особенностями семьи и системы воспитания. Семья — формально полная, но дисгармоничная. Мать — истеричная и конфликтная, тираническая женщина, отец оттеснен на периферию воспитательного процесса. Соответственно и воспитание в такой семье отличалось противоречивостью и непоследовательностью — доминирующая гиперпротекция с проявлениями жесткости, оскорблений и унижений, понижавших самооценку ребенка-подростка, со стороны матери (во всяком случае, так это зафиксировалось в сознании пациентки) сочеталась с отстраненностью от воспитания отца (гипопротекция). По отношению к еде и приему пищи также в семье имела место противоречивость — с одной стороны, культ еды, с другой — преследование ребенка за якобы излишне съедаемую пищу, грубая фиксация ее внимания не только на процессе принятия пищи, но и, как на следствии ее излишеств, на полноте (“жирная, толстая”).

Личностная предрасположенность — формирование черт как истерических, так и неустойчивости (по А. Е. Личко), а также трудности коммуникации. Наиболее яркой чертой истероидности является эгоцентризм, впервые появившийся в раннем детстве — еще в детском саду “любила внимание, первые роли”. Скорее всего, именно поэтому сверстники и воспринимали ее как “высокомерную”. На этот фон позже наложились проявления неустойчивости — преобладание гедонической мотивации.

В период отставленного пубертатного криза эти особенности не только заострились, но и наложились на нарушенные внутрисемейные отношения. Ярko проявились реакции пубертатного криза — эмансипация, оппозиция, группировка, хобби, связанные с формированием сексуального сознания. На первый план вначале вышли эмансипация и оппозиция. “Вспомнила” старые, детские обиды, отношение к матери стало подчеркнуто неприязненным, тогда как к отцу относилась с явно большим теплом. Именно оппозиция и эмансипация начали выталкивать (и вытолкнули) девочку-подростка на улицу. Напоминаю, что ее несколько отставленный пубертат совпал с поступлением в вуз, после чего значительно упал, а фактически исчез, родительский (социальный) контроль, что сопровождалось резким изменением стиля жизни П.

В этот период четко проявилась такая особенность ее характера, как инфантильность личности. Главным проявлением и одной из ведущих черт ее характера стала незрелость сферы влечений с преобладанием утилитарно-гедонической мотивации. Именно это составило основу неустойчивости (по А. Е. Личко) или диссоциальности П. Вместе с тем, обращая внимание на следующее — несмотря ни на что у П. механизмы адаптации срабатывали относительно неплохо. Она была довольно адаптивной, что показало ее пребывание в детском саду, школе, училась в институте и одновременно продуктивно работала. Все это позволяет считать, что эти особенности не выходят за границы умеренно выраженной акцентуации с реакциями.

В сочетании с реакцией группировки, в первую очередь, проявления неустойчивости закономерно привели ее в группу делинквентных девушек, сверстников. Именно здесь она не только получила первый опыт употребления алкоголя, иных ПАВ, сексуальный, но и перевела его в аддикцию — алкогольную, наркотическую, сексуальную, с неразборчивыми половыми связями. Я не считаю сексуальное поведение пробанда проявлением гиперсексуальности и/или промискуитета. Согласно докладу, получается, что инфантильная, с чертами неустойчивости девушка в процессе своеобразного накопления “жизненного опыта” неожиданно для себя обнаружила, что процесс получения удовольствия может одновременно стать заработком. Она и стала таким образом зарабатывать деньги. Такое поведение является проявлением не гиперсексуальности и промискуитета, а отража-

ет криминальную профессиональную деятельность незрелой, диссоциальной девушки и говорит о ее морально-этической незрелости.

Помимо сексуальной, у пациентки имела место еще одна аддикция — потребление психоактивных веществ, что также является характерным для неустойчивой личности. Набор достаточный — каннабис, фенантроновая группа, стимуляторы. Особенность — после проб она легко отказывалась от наркотиков, что лишней раз подчеркивает акцентированный, а не психопатический уровень особенностей ее характера.

По поводу предположения о гипоманиакальности. Основания для такой гипотезы есть. Но, с моей точки зрения, гипоманиакальности у П. не было. Обращаю ваше внимание на то, что из ее характера вытекают резкая смена в это время образа жизни П., ее активность и “профессиональная” деятельность. Именно последней я и объясняю смещение циркадианных ритмов и недостаточность сна. Если же говорить о циклотимии, то при столь ее раннем начале (17 лет) и давности болезни клиника расстройства ожидается более синдромально очерченной, завершенной, с определенной степенью атипичности как по структуре, так и по динамике. Есть еще один непатономоничный, но признак — отсутствие какой бы то ни было патологии на МРТ (сегодня существует много сведений о том, что при аффективной патологии, в том числе при биполярных и униполярных ее вариантах, МРТ обнаруживает ряд патологических отклонений).

Смущает только одно — периодический непродолжительный сон (4 часа) при хорошем самочувствии. В силу этого, несмотря на мое убеждение, можно говорить о необходимости катамнеза.

Важным этапом жизни П. стало замужество. Муж, своеобразный человек, отнесся лояльно к ее предшествующему поведению. Вместе с тем, он создал ей такой образ жизни, который удовлетворил ее акцентированные черты характера с утилитарно-гедоническим ожиданиями: обеспечил материально, создал жизнь, удовлетворяющую желаемый уровень быта и социальной иерархии. К тому же он создал для нее абсолютно приемлемый и комфортный вариант реализации реакции ухода из родительской семьи. Брак для П. оказался во всех отношениях “бухтой” спокойствия, умиротворения.

Говоря о самой болезни, следует обратить внимание на то, что у П. с раннего детства всегда имели место разнообразные и постоянные фрустрации и конфликты. С детства, являясь в определенной степени эгоцентричной, стремившейся к первенству и лидерству, она слышала от родителей противоположное, снижавшее ее самооценку, особенно в отношении ее внешнего вида. Ей говорили, что она толстая, жирная, безобразная, требовали от нее контроля приема пищи. И она, не имея дисморфоманического комплекса, вынуждена была контролировать прием пищи и “улучшать” свой внешний вид — занятиями спортом, фит-

несом. Существенная черта — булимические реакции на отрицательные психогенные ситуации, особенно в случае их затяжного характера. А также прибавка массы тела не только при психогениях, но и при физиологическом стрессе (50 кг во время беременности).

После серии генеративных кризов (беременностей, родов, периодов лактации) возникли фрустрации в наиболее важных для нее сферах жизни: в сфере сексуальных и семейных отношений. Муж, по описанию П., стал сексуально все более и более холодным и, наконец, заявил о своей бисексуальности. Возникла сексуальная депривация у эгоцентричной личности с преобладанием гедонической мотивации (мощная для нее фрустрация). Следующий конфликт: у мужа возникло поведение, напоминающее садистское, с ее моральным унижением, сексуальным и физическим насилием (вплоть до причинения ей сотрясения головного мозга). В такой психогенной ситуации у П. возникло ощущение жизненного “краха”. Попытки компенсации, в частности, в бизнесе, не только не дали эффекта, но еще более заострили проблемы — против нее было возбуждено и до сих пор не закрыто уголовное дело. В такой ситуации возникло депрессивное расстройство с четко очерченными психопатологическими признаками (по типу реактивной депрессии).

Именно такая ситуация и стала важным условием для возникновения игровой зависимости и булимии.

Игра “пришла” и начала повторяться вначале по гедоническим мотивам. Затем она начала нести некий психотропный эффект — успокаивать, релаксировать. А со временем она приобрела несвойственный игре характер — характер патологической компенсации состояния психосоциальной дезадаптации. Далее, повторяясь более-менее регулярно, вначале как способ патологической компенсации, игра по механизму оперантного научения (многократные повторения) быстро приобрела характер болезни со всеми признаками зависимого поведения — ростом толерантности, измененными формами проявления, вплоть до напоминающих запои, признаками психофизической зависимости — обсессивным и компульсивным (предэпизодная и внутриэпизодная компульсия) влечением, потерей количественного и ситуационного (вплоть до пренебрежения материнскими обязанностями, даже по отношению к больному ребенку) контроля. Заострились черты неустойчивости, наметилось оскудение личности (деградация).

То же самое относится и к булимии. Симптоматика была довольно подробно отражена в разборе, проведенном докладчиком, что позволяет мне на нем не останавливаться.

Диагноз. Мне видится, что помимо диагнозов, установленных по МКБ-10, мы должны, исходя из нашей концепции, обозначить как одно заболевание — болезнь зависимого поведения. Последняя в данном

случае проявляется сочетанием двух форм — нервной булимией и компульсивным гемблингом. Случай, как мне кажется, прогностически благоприятный

Еще раз подчеркиваю — это одна болезнь и ее лечение должно происходить по единому плану, быть комплексным и этапным.

Комплексность заключается в сочетании биологического лечения и психотерапии.

Биологическое лечение должно быть представлено сочетанием нейролептиков с антидепрессантом. Нейролептик — атипичный (препараты выбора — сероквель, абилифай, rispoleпт), а также комплексная патогенетическая терапия (КПТ) — сочетание малых

доз галоперидола, лития или карбамазепина или депакина и бензодиазепинов. Антидепрессант — препараты выбора иксел, велаксин — дозы, соответствующие серотонинэргическому эффекту, стимулотон.

Следует предусмотреть повторяющиеся курсы метаболической, сосудистой терапии.

После решения основной задачи (преодоление признаков зависимости) и относительно длительного (до 6 месяцев) стабильного состояния с достаточным уровнем реадaptации необходимо войти в этап профилактический с курсами поддерживающей комплексной терапии длительностью от 3 до 5 лет.

Международная конференция
Всемирной психиатрической ассоциации

ЛЕЧЕНИЕ В ПСИХИАТРИИ: НОВЫЕ ДОСТИЖЕНИЯ

1 – 4 апреля 2009 г., Флоренция, Италия

E-mail: majmario@tin.it, www.wpa2009Florence.org

100-летие Александра Иосифовича Рудякова

1908 – 1991

Александр Иосифович Рудяков — выдающийся юрист в истории отечественной психиатрии. Работая непрерывно с 1948 года в течение 43 лет в Московской областной психиатрической больнице, он безмерно много сделал в области организации и развития правовой помощи психически больным. Его глубокие профессиональные знания юриста, исключительная работоспособность до последнего дня жизни и инициатива в деле отстаивания прав больных и их полноценной реабилитации обеспечили ему репутацию лучшего знатока и практика этой проблематики. По существу это была первая и единственная в стране служба по защите прав и законных интересов психически больных. Обширна по объему и разнообразна по характеру рассматриваемых вопросов была деятельность Александра Иосифовича: личный (более 2000 человек в год) прием больных, их родственников, сотрудников психоневрологических учреждений, оказание консультативной юридической помощи с непосредственным выездом в областные учреждения, составление до 500 – 700 исковых заявлений, кассационных и надзорных жалоб и других документов, по которым в порядке надзора ежегодно пересматривалось высшими судебными инстанциями до 30 – 40 незаконно принятых судебных решений.

Александр Иосифович был патриархом права в психиатрии. То, что мы говорим сейчас, он говорил и полвека назад, когда это требовало особой смелости и мужества. А. И. Рудяков не только автор единственного и засекреченного (“для служебного пользования”) руководства по применению действующего законодательства для защиты прав психически больных, он и юрист-практик, до последнего дня ведущий большой прием и выигрывающий подчас казавшиеся бесперспективными дела. Очень отзывчивый и неформальный человек, Александр Иосифович доводил начатое дело до конца. Помощь конкретным людям всегда была у него прежде всего.

Проводившаяся А. И. большая научно-исследовательская работа в области правовых вопросов психиатрии, многочисленные (около 60) публикации, методические рекомендации, лекции и учебные семинары свидетельствовали о нем, как серьезном ученом и педагоге, нискали ему большую любовь и уважение.



При первой же приоткрывшейся возможности А. И. Рудяков публикует совместно с Б. А. Протченко ряд основополагающих работ с глубоким анализом несовершенства, если не полного отсутствия, правового обеспечения психически больных людей, с целым рядом новых, впервые формулируемых конструктивных предложений и творческих подходов.

С первых месяцев создания в 1989 году Независимой психиатрической ассоциации А. И. Рудяков становится ее юрист-консультантом, участвует в создании ее Устава, выработке программы борьбы за права психически больных, оказывается в свои 83 года одним из самых активных членов комиссии по доработке первого за всю историю советской власти Закона о психиатрической помощи в Верховном Совете СССР, готовит пакет предложений по процедуре реабили-

литации психически больных и структуре организации независимой психиатрической экспертизы для Комитета по правам человека Верховного Совета РСФСР.

Смерть застала Александра Иосифовича за письменным столом, когда он оттачивал наши предложения по организации психиатрической службы города по просьбе Моссовета. Для нас было большой честью, что такой человек связал последние годы своей жизнью с деятельностью Ассоциации. Творческое наследие А. И. Рудякова должно быть собрано и опубликовано, оно по-прежнему очень актуально.

Все в Александре Иосифовиче — вся его жизнь, вся деятельность, даже облик до самого последнего дня дышали благородством и чистотой, рыцарственностью, доброжелательностью, юмором, подлинной интеллигентностью, высокой гражданственностью. Это был подлинный борец за права человека, энтузиаст, бессеребренник, вкладывающий свой высочайший профессиональный и огромный труд в дело, не считаясь с тем, что получал такие гроши. Все делалось на его военную пенсию.

Александр Иосифович Рудяков — это огромное явление нашей общественной жизни. Профессионализм А. И. очень отличен от нередкого среди новой генерации наших юристов блестящего профессионализма наемника, легко защищающего, что угодно.

Такая жизнь — достойный пример для подражания.

Ю. С. Савенко

“Лишённое логики и смысла...” **(Победа НПА России в защите прав недееспособных)**

Ю. Н. Аргунова

В предыдущем выпуске журнала мы ознакомили наших читателей с обращением НПА России, направленным в адрес Генерального прокурора РФ Ю. Чайки, по поводу нарушений прав недееспособных пунктом 2.13 Инструкции о порядке рассмотрения обращений и приема граждан в системе прокуратуры Российской Федерации, утвержденной приказом Генерального прокурора от 17 декабря 2007 г. № 200.

Напомним, что согласно п. 2.13 Инструкции “без разрешения может быть оставлено обращение, если по содержанию оно лишено смысла или в материалах проверки имеется решение суда о признании заявителя недееспособным в связи с наличием у него психического заболевания”.

Таким образом, обращение недееспособного в прокуратуру может быть оставлено без разрешения при любом раскладе, даже если оно не лишено смысла, логично и конкретно.

Кроме того в данном нормативном акте не предусмотрено уведомление недееспособного заявителя о принятом прокуратурой решении (т.е. об оставлении его обращения без разрешения), в то время как в отношении всех иных заявителей такое правило предусмотрено.

Эти ограничения, как указывалось в нашем обращении, не соответствуют ст. 19 и 33 Конституции РФ, ФЗ “О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации”; не совместимы с правозащитными функциями прокуратуры, предусмотренными ФЗ “О прокуратуре Российской Федерации”; вступают в противоречие со ст. 45 ГПК РФ, устанавливающей право прокурора обращаться в суд с заявлением в защиту прав, свобод и законных интересов недееспособных; не согласуются с положениями Европейской Конвенции о защите прав человека и основных свобод.

НПА России обратила также внимание Генеральной прокуратуры (далее — ГП) на некорректность понятия “психическое заболевание”; недостаточность связи недееспособности с наличием лишь психического расстройства, т.е. медицинского критерия, без учета юридического; необходимость опубликования Инструкции (как это сделано МВД, ФСБ, МЮ и др. ведомствами) в “Российской газете” для всеобщего ознакомления.

Ответ, полученный из ГП, имеет смысл привести полностью:

В Генеральной прокуратуре Российской Федерации рассмотрено Ваше обращение о внесении

изменений в пункт 2.13 Инструкции о порядке рассмотрения обращений и приема граждан в системе прокуратуры Российской Федерации, утвержденной приказом Генерального прокурора РФ от 17.12.2007 № 200.

В целях исключения неоднозначного содержания толкования данного пункта Генеральной прокуратурой РФ издан приказ от 05.09.2008 № 178 о внесении соответствующего изменения в указанную Инструкцию.

Пункт 2.13 изложен в следующей редакции: “Без разрешения может быть оставлено обращение, лишённое по содержанию логики и смысла, если имеется решение суда о признании заявителя недееспособным в связи с наличием у него психического расстройства.”

В иных случаях обращения недееспособных граждан подлежат рассмотрению в установленном порядке”.

*Старший помощник
Генерального прокурора
Российской Федерации
В. Ю. Карпов*

Такое решение ГП носит двойственный и одновременно половинчатый характер.

С одной стороны, оно вызывает чувство удовлетворения, т.к. несомненно свидетельствует о компетентности и большой победе НПА России в вопросах укрепления законности и, в частности в восстановлении прав недееспособных.

С другой стороны, и сам ответ и воспроизведенная в нем новая редакция п. 2.13 Инструкции удивляют отсутствием в них “логики и смысла”, т.е. как раз тех самых критериев, которым согласно Инструкции должны соответствовать обращения граждан в органы прокуратуры.

1. ГП не удалось, разумеется, найти нормы, позволяющей ей обосновать правомерность лишения недееспособного права самостоятельно обращаться в органы прокуратуры. Прокуратуре ничего другого не осталось, как подчиниться закону и внести изменения в текст Инструкции, прямо записав, что обращения недееспособных подлежат рассмотрению в установленном порядке.

Однако при этом ГП, как оказалось, руководствовалась стремлением не привести п. 2.13 Инструкции в соответствие с действующим законодательством, а

“исключить неоднозначное содержание толкования¹ данного пункта”. Иными словами, ГП не захотела официально признать очевидного факта нелегитимности данной дискриминационной нормы и представила дело таким образом, что ее (норму) просто не так истолковали.

2. Стремясь исключить якобы имевшуюся неоднозначность в толковании, ГП на самом деле создала эту самую неоднозначность именно в новой редакции п. 2.13 Инструкции.

2.1. Несмотря на то, что отныне в новом абзаце втором п. 2.13 прямо говорится, что обращения недееспособных граждан подлежат рассмотрению, абзац первый (в новой редакции) в качестве основания для оставления обращения без разрешения по-прежнему указывает факт признания заявителя недееспособным, хотя теперь это правило распространяется лишь на тех недееспособных, чьи обращения лишены по содержанию логики и смысла.

Каждому юристу, и прежде всего, прокурорскому работнику, осуществляющему правозащитную функцию, надзор за законностью, должно быть понятно, что решающим (юридически значимым) обстоятельством для оставления обращения без разрешения может стать отсутствие смысла в тексте обращения, а не судебное решение о признании заявителя недееспособным.

Следовательно, неправомочность нормы, содержащейся в новой редакции п. 2.13 Инструкции, частично сохраняется.

2.2. Норма, предусмотренная новой редакцией абзаца первого п. 2.13, кроме неполного своего соответствия действующему законодательству, лишена логики и абсурдна по содержанию.

Из нее следует, что если обращение лишено смысла, но заявитель дееспособен, то такое обращение без разрешения оставлено быть не может, т.е. подлежит не только рассмотрению, но и разрешению. Любопытно как прокурорские работники намерены на практике применять данную норму, силясь постичь непостижимое в лишенном смысла обращении. Ведь до внесения изменений в этот пункт Инструкции без

разрешения могли быть оставлены все обращения, если они были лишены смысла.

2.3. Инструкция ГП, в отличие, например, от аналогичной Инструкции МВД России, не обязывает направлять заявителю по его обращению, лишенному логики и смысла, уведомление (сообщение) об оставлении его обращения без разрешения (без ответа по существу) в силу неясности содержания обращения.

По нашему мнению, гражданину в получении такой информации не должно быть отказано, даже если он страдает тяжелым психическим расстройством и признан недееспособным. Восполнить указанный пробел в своей Инструкции ГП, как мы видим, не желала.

2.4. По настоятельной рекомендации НПА России выражение “психическое заболевание” заменено в Инструкции термином “психическое расстройство”. Это — позитивный факт.

Некорректность же выражения “о признании заявителя недееспособным в связи с наличием у него психического расстройства” осталась. Недееспособность по-прежнему связывается с наличием лишь медицинского критерия без учета юридического. Отмеченное обстоятельство является проявлением все того же неприятия граждан с психическими нарушениями, попыткой расставить вокруг них красные флажки, что прослеживается еще с большей очевидностью в прежних аналогичных инструкциях ГП, о чем мы указали в своем обращении на имя Генерального прокурора РФ.

Согласно ст. 29 ГК РФ недееспособным может быть признан гражданин, который вследствие психического расстройства не может понимать значения своих действий или руководить ими. То есть недееспособным гражданин может быть признан не “в связи” с наличием психического расстройства как такового, а прежде всего в связи с невозможностью гражданина понимать значения своих действий или руководить ими, которая (невозможность), в свою очередь, обусловлена психическим расстройством.

Поэтому в п. 2.13 Инструкции слова “в связи с наличием у него психического расстройства” следовало бы опустить (они же отсутствуют в новом абзаце втором) либо вместо них указать: “по основаниям, предусмотренным ст. 29 ГК РФ”.

Не удивительно с учетом всего сказанного, что ГП в отличие от других ведомств так и не желает публиковать свои нормативные акты в “Российской газете”, будучи по закону самым правозащитным из всех правозащитных ведомств и имея при этом колоссальный объем полномочий.

ГП решила не реагировать на упоминание НПА России об имеющихся в ее распоряжении материалах о многочисленных случаях злоупотреблений в отношении граждан с психическими расстройствами и прежде всего недееспособных; о пробелах в ГПК РФ; о серьезной опасности новелл ФЗ “Об опеке и попечи-

¹ Выражение: “в целях исключения неоднозначного содержания толкования пункта Генеральной прокуратурой РФ издан приказ” не соответствует нормативной лексике и попросту “лишено логики и смысла”. Стремясь сохранить лицо, авторы ответа прибегли к словоблудию. Они, вероятно, имели в виду цель исключения неоднозначности толкования содержания пункта. Кроме того ст. помощнику Генерального прокурора РФ В. Ю. Карпову, видимо, плохо известно, что издание приказов относится к полномочиям Генерального прокурора, а не Генеральной прокуратуры.

Справедливости ради следует заметить, что в изданном Генеральным прокурором РФ приказе от 5.09.2008 № 178 в качестве цели внесения изменений в п. 2.13 Инструкции приводится более приемлемая формулировка — “совершенствование порядка рассмотрения поступающих обращений”.

тельстве”. Ответом по указанным проблемам ГП не удостоила.

* * *

Данную статью мне очень хотелось озаглавить “Статус-кво восстановлен”. Но от этой идеи сразу пришлось отказаться. Никакого, собственно, вполне определенного, очерченного статуса у недееспособного лица как не было, так и нет.

Но нашей Ассоциации все же удалось добиться главного: снять доски с заколоченной двери, доказать, что **ВЫХОД ЕСТЬ**. Удалось слегка рассеять туман в вопросе о том, может ли недееспособный хоть что-то сделать сам: обратиться, в частности за защи-

той куда-либо кроме органа опеки. Ответ получен: “ДА! МОЖЕТ”. Его обращение будет рассмотрено органами прокуратуры. Приказ Генерального прокурора от 5 сентября 2008 г. № 178 о внесении изменений в Инструкцию в приказном порядке направлен начальникам управлений и отделов ГП, прокурорам субъектов Федерации, прокурорам специализированных прокуратур, руководителям научных и образовательных учреждений. Указанные лица обязаны довести содержание приказа до сведения подчиненных работников.

... А ведь не секрет, что этот вопрос не имел однозначного решения, и НПА России пришлось серьезно подготовиться к битве в приемной Генеральной прокуратуры.

Испанское общество “Психиатрия и право”

**Вторая тематическая конференция
ПРАВО И СУДЕБНАЯ ПСИХИАТРИЯ**

16 – 20 июня 2009 г., Мадрид, Испания

E-mail: forensicpsychiatry2009@gmail.com

Независимой психиатрической экспертизе — быть

Ю. Н. Аргунова

Постановлением Правительства РФ от 28 июля 2008 г. № 574 утверждено *Положение о независимой военно-врачебной экспертизе*. В сопровождающем этот подзаконный акт комментарии “Российской газеты” (2008, 6 августа) отмечается, что этот “документ узаконил важное новшество”. Это не так.

Независимая ВВЭ была “узаконена” ст. 25, 51 и 53 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан, принятых в 1993 году. В течение 16 лет это “новшество” оставалось лишь на бумаге вследствие неурегулированности Правительством порядка производства такой экспертизы, т.е. отсутствия механизма реализации законодательной нормы, что свойственно нашему законодательству.

Полтора года назад на одном из мероприятий в Минздравсоцразвития России, проводимом с участием НПА, стало известно, что очередной вариант проекта положения о независимой ВВЭ, разработанный министерством, Правительство вернуло на доработку на том основании, что в тексте проекта не указывалось какой же конкретно медицинской организации будет поручено проведение такой экспертизы. Подобное замечание правительственных чиновников можно было бы назвать смешным, нелепым, если бы оно не было столь же грустным, свидетельствующим о полнейшем непонимании сути института независимой экспертизы, основанного на праве выбора.

Но все же, наконец, свершилось. Правительство соизволило исполнить свою прямую, вытекающую из ст. 53 Основ обязанность по утверждению соответствующего Положения, воспринятого СМИ как революционное “новшество” сегодняшнего дня, заслугу Правительства.

Тезис о том, что эксперт всегда независим, потому что независимым должен быть по определению, испытание на практике не выдерживает. Словосочетание “независимая экспертиза”, ненавистное представителям государственных медучреждений, заняло-таки свою законную нишу.

Независимая ВВЭ производится по заявлению гражданина (его законного представителя) при его несогласии с заключением военно-врачебной (врачебно-летней) комиссии либо с заключением медицинского освидетельствования, проведенного в рамках работы призывной комиссии или комиссии по постановке граждан на воинский учет (далее — заключение военно-врачебной комиссии).

В силу того, что ВВЭ проводится с участием психиатра, мнение которого может стать предметом спора, речь в данном случае может идти по-существу о

независимой психиатрической экспертизе в рамках ВВЭ.

В соответствии с ч. 2 ст. 53 Основ экспертиза признается независимой, если производящие ее эксперты не находятся в служебной или иной зависимости от учреждения или ВВК, производивших медицинскую экспертизу, а также от органов, организаций, должностных лиц и граждан, заинтересованных в результатах независимой экспертизы.

Согласно п. 3 Положения независимая ВВЭ производится в медицинских организациях, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающей в том числе выполнение работ (услуг) по ВВЭ и (или) врачебно-летней экспертизе.

Для сокращения эти организации в Положении названы экспертными *учреждениями*, что неверно в принципе и может на практике ошибочно быть истолковано таким образом, что независимая ВВЭ может проводиться только учреждениями, т.е. государственными юридическими лицами, в то время как Положение о лицензировании медицинской деятельности, утвержденное постановлением Правительства РФ от 22 января 2007 г. № 30, определяет порядок лицензирования и для негосударственных юридических лиц, а также индивидуальных предпринимателей. По этой причине при дальнейшем изложении мы отойдем в этой части от терминологии рассматриваемого Положения и слова “экспертное учреждение” заменим словами “экспертная организация”, что будет также способствовать правильному пониманию нормы, в соответствии с которой гражданин при производстве независимой ВВЭ имеет право выбора экспертного учреждения и экспертов.

Независимая ВВЭ предусматривает проведение медицинского обследования и освидетельствования с учетом требований к состоянию здоровья граждан, установленных приложением к Положению о военно-врачебной экспертизе, утвержденному постановлением Правительства РФ от 25 февраля 2003 г. № 123, а также определяемых соответствующими федеральными органами исполнительной власти.

Она производится за счет средств гражданина (его законного представителя) в соответствии с договором о производстве независимой ВВЭ, заключаемым между экспертной организацией и гражданином (его законным представителем). Оплата производится в порядке, установленном Правилами предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями, утвержденными постановлением Правительства РФ от 13 января 1996 г. № 27, и в соот-

ветствии с утвержденными для данной экспертной организации тарифами на оказание медицинских услуг.

Гражданин подает письменное заявление в выбранную им экспертную организацию с указанием причин, послуживших основанием для обращения. К заявлению прилагается заверенная копия заключения ВВК. В случае если для производства экспертизы необходимы дополнительные медицинские или иные документы, они прилагаются к заявлению либо указываются организации и их адреса для направления запроса о представлении таких документов.

Руководитель экспертной организации в 5-дневный срок с даты поступления заявления в письменной форме извещает гражданина о дате и времени явки в экспертную организацию для согласования условий договора и состава экспертов.

Договором определяются предмет независимой экспертизы, объем лабораторных, диагностических и иных исследований, состав экспертов, при необходимости — проведение дополнительных осмотров врачами-специалистами, перечень необходимых документов, сроки производства экспертизы, условия ее оплаты, права, обязанности и ответственность сторон.

Условия договора, касающиеся видов и объема лабораторных и диагностических исследований, определяются с участием экспертов. Состав экспертов, как указано в Положении, должен соответствовать по врачебным специальностям составу врачей-специалистов, участвовавших в вынесении заключения ВВК.

Эксперты, включенные в состав комиссии, избирают из своего состава председателя комиссии, его заместителя, секретаря и эксперта-куратора. Данное решение оформляется протоколом комиссии и подписывается всеми экспертами.

Эксперт-куратор организует производство экспертизы, в т.ч. обеспечивает экспертов необходимыми для вынесения заключения документами, осуществляет контроль за своевременностью и полнотой медицинского обследования гражданина и получением документов, а также обеспечивает подготовку и оформление врачебно-экспертных документов и их представление на комиссию.

В случае если для производства независимой ВВЭ необходимы дополнительные документы, экспертной организацией по решению председателя комиссии направляется соответствующий запрос с одновременным уведомлением об этом гражданина. Организация, получившая такой запрос, должна представить в экспертную организацию оригиналы или заверенные копии указанных в запросе документов. Медицинская карта амбулаторного (стационарного) больного представляется только в подлиннике.

Медицинское обследование начинается с осмотра гражданина экспертом-куратором, который произво-

дит соответствующие записи в медкарте, заведенной на гражданина в экспертной организации, оформляет гражданину направления на лабораторные и диагностические исследования и на осмотр экспертами. Данные исследований, медосмотров экспертов, в т.ч. с участием иных врачей-специалистов, заключения экспертов отражаются в меддокументации.

При производстве независимой ВВЭ *гражданин* (его законный представитель) *имеет право*:

- а) знакомиться с материалами независимой ВВЭ;
- б) задавать эксперту вопросы, относящиеся к предмету экспертизы;
- в) письменно отказаться от проведения независимой ВВЭ, медицинского вмешательства, в т.ч. необходимого для проведения экспертизы, лабораторных и диагностических исследований, осмотров врачами-специалистами, что фиксируется в меддокументации соответствующим врачом-специалистом с приложением письменного заявления гражданина;
- г) получать по письменному заявлению копии протоколов заседаний комиссии.

Эксперт вправе:

- а) назначать гражданину необходимые исследования и обследования;
- б) знакомиться со всеми полученными экспертной организацией документами, относящимися к производству экспертизы;
- в) ставить вопросы перед председателем комиссии о необходимости получения дополнительных документов, о проведении не предусмотренных договором дополнительных медицинских обследований или о прекращении проведения экспертизы;
- г) оформлять особое мнение в случае несогласия с заключением комиссии.

Эксперт обязан:

- а) проводить медосмотр гражданина, исследователь и осуществлять всесторонний объективный анализ представленных на экспертизу документов, в т.ч. результатов исследований и обследований гражданина;
- б) обеспечивать объективность и обоснованность выводов своего заключения;
- в) соблюдать порядок и сроки проведения экспертизы;
- г) обеспечивать сохранность полученных документов, в т.ч. результатов исследований и обследований гражданина, и конфиденциальность сведений, полученных при проведении экспертизы;
- д) давать разъяснения по поводу своих назначений и заключения.

Согласно п. 23 Положения в письменном заключении, которое составляется экспертом по результатам медосмотра гражданина, отражаются: дата; основания осмотра; данные об эксперте; рассмотренные им документы; вопросы, поставленные перед экспертом в соответствии с заключенным договором, и выводы по ним с обоснованием.

В случае если в ходе обследования состояние гражданина ухудшилось и врачебно-экспертный исход не может быть определен, а также в случае отказа гражданина от проведения медицинского вмешательства, лабораторных и диагностических исследований, осмотров врачами-специалистами, необходимых для вынесения заключения независимой ВВЭ, эксперт в своем заключении обосновывает вывод о досрочном прекращении производства экспертизы.

По результатам обследования экспертами, изучения медицинских и иных документов эксперт-куратор оформляет и подписывает представление на медицинское освидетельствование гражданина с предварительным заключением независимой ВВЭ и его обоснованием.

Председатель комиссии рассматривает указанное представление, приложенные к нему документы, их комплексность и правильность оформления, а также своевременность и полноту исследований и обследования гражданина и назначает место и время медицинского освидетельствования, о чем эксперт-куратор извещает экспертов и гражданина (его законного представителя).

Медицинское освидетельствование гражданина проводится очно на заседании комиссии, которое ведет ее председатель. При освидетельствовании должно присутствовать не менее 2/3 общего числа экспертов. Эксперт-куратор докладывает о вопросах, поставленных гражданином в заявлении, результатах обследования и наличии необходимых материалов. Обсуждение результатов освидетельствования с вынесением заключения комиссии осуществляется в отсутствие гражданина.

Заключение комиссии выносится открытым голосованием простым большинством голосов присутствующих на заседании экспертов. При равенстве голосов принятым считается заключение, за которое проголосовал председательствующий.

Заключение комиссии объявляется гражданину в присутствии всех участвовавших в освидетельствовании экспертов, которые в случае необходимости дают по нему разъяснения.

В ходе освидетельствования секретарь комиссии ведет протокол, в котором указываются сведения о гражданине, экспертах, вопросы, рассмотренные в ходе заседания, выводы экспертов, особые мнения экспертов при их наличии, перечень рассмотренных в ходе заседания документов и другая информация, послужившая основанием для вынесения заключения.

Протокол освидетельствования и заключение независимой ВВЭ (форма заключения содержится в приложении к Положению) оформляются секретарем комиссии в течение 5 дней с даты объявления гражданину заключения комиссии, подписываются председательствующим и экспертами, участвовавшими в заседании. Эксперт, не согласный с заключением ко-

миссии, письменно излагает свое особое мнение, которое приобщается к заключению экспертизы.

Один экземпляр заключения (с копиями особого мнения экспертов) выдается гражданину. Второй экземпляр направляется в ВВК, решение которой послужило основанием для обращения гражданина с заявлением о производстве независимой ВВЭ, а при несогласии гражданина с результатами освидетельствования, проведенного в рамках работы призывной комиссии или комиссии по постановке граждан на воинский учет, — в военкомат по месту воинского учета гражданина.

Соответственно ВВК или военный комиссар при получении заключения независимой ВВЭ, не совпадающего по своим выводам с заключением ВВК, назначает проведение новой ВВЭ (направляет на повторное медицинское освидетельствование).

Анализ Положения о независимой военно-врачебной экспертизе свидетельствует, на наш взгляд, о некоторой неопределенности в регулировании ряда основных вопросов:

1) *в отношении заявления и договора*

В соответствии с п. 23 Положения в заключении эксперта должны быть отражены *вопросы*, поставленные перед экспертом *в соответствии с заключенным договором*. Согласно п. 29 при медицинском освидетельствовании эксперт-куратор докладывает о *вопросах, поставленных гражданином в заявлении*.

Обращает на себя внимание, однако, тот факт, что ни п. 11, ни п. 8, определяющие соответственно содержание договора между гражданином и экспертной организацией и содержание заявления гражданина, не предусматривают постановку в них вопросов перед экспертами, что является, безусловно, упущением авторов Положения, подлежащим устранению.

2) *в отношении состава экспертов*

Согласно Положению состав экспертов определяется договором между гражданином и экспертной организацией (п. 11). В то же время указывается, что состав экспертов должен соответствовать по врачебным специальностям составу врачей-специалистов, участвовавших в вынесении заключения ВВК.

Возникает вопрос: для чего в состав комиссии необходимо привлекать врачей всех специальностей, в т.ч. тех, которые не являются “профильными” или “смежными” по конкретному делу? Если гражданин не согласен лишь с заключением психиатра, на основе которого и был решен вопрос о годности (негодности) к военной службе, то для чего в осмотрах и освидетельствовании требуется участие других специалистов (хирурга и т.д.) с последующей оплатой их “услуг” самим гражданином?

В составе комиссии должны превалировать специалисты, компетентные в той области знаний, в рамках которой заключен предмет спора.

3) *в отношении председателя комиссии и куратора*

Согласно Положению председателя комиссии, его заместителя и эксперта-куратора “избирают” эксперты, включенные в состав комиссии. Критерии такого выбора не определены, хотя вполне очевидно, что и председателем и куратором должны быть профильные специалисты.

Это вытекает из их особых указанных выше функций, от исполнения которых во многом зависят выводы комиссии. Следует также учитывать, что голос председательствующего является решающим при вынесении заключения.

Выборы председателя не вызывали бы сомнений, если бы они имели место среди специалистов одной специальности.

4) *в отношении процедуры вынесения заключения*

По Положению при освидетельствовании гражданина должно присутствовать не менее 2/3 общего числа экспертов. Заключение выносится простым большинством голосов присутствующих на заседании комиссии. Данная норма фактически допускает возможность: а) отсутствия при освидетельствовании “профильных” или “смежных” специалистов и б) принятия окончательного решения “непрофильными” специалистами путем голосования.

Допустимость отсутствия на заседании комиссии кого-либо из экспертов (услуги которых, кстати, оплатил гражданин) и тем более трети состава экспертов должна, по нашему мнению, согласовываться с гражданином.

5) *в отношении запроса медицинских документов*

Положением установлено, что гражданин сам в своем заявлении указывает организации и их адреса для направления запросов о предоставлении дополнительных медицинских документов. Подразумевается, таким образом, наличие согласия гражданина на запрос этих документов.

Вместе с тем в пунктах Положения, предусматривающих направление “соответствующих” запросов, не указывается, что они могут быть направлены лишь в те организации, которые перечислены в заявлении. В противном случае потребовалось бы согласие гражданина.

В Положении не оговорены требования к форме запроса, что может повлечь нарушение закона. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, в целях проведения ВВЭ в соответствии с п. 6 ч. 4 ст. 61 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан допускается без согласия гражданина. Это правило не может распространяться на проведение независимой ВВЭ. Такие случаи должны охватываться ч. 3 ст. 61 Основ, предусматривающей согласие

гражданина на передачу этих сведений в интересах его обследования.

Медицинской организации, получившей запрос от экспертной организации, необходимо, следовательно, удостовериться в том, что этот запрос осуществляется с согласия гражданина. То, что такое согласие имеется, должно следовать из текста запроса.

Среди прав гражданина при производстве независимой ВВЭ, таких как право отказаться от медицинского вмешательства, диагностических исследований, осмотров специалистами (п. 13), по непонятной причине отсутствует право на отказ от запроса медицинских и иных документов, хотя подобный отказ на практике может иметь место. Наряду с другими “отказами”, перечисленными в п. 25, он так же мог бы служить основанием для прекращения производства независимой ВВЭ.

6) *в отношении заключения эксперта*

Пункт 23 Положения определяет структуру заключения эксперта по результатам медосмотра гражданина. В нем должны быть отражены: дата, основное осмотры, данные об эксперте, рассмотренные им документы, вопросы, поставленные перед экспертом, и выводы по ним с обоснованием.

Такая структура, однако, не предусматривает содержательной части — описания самого осмотра и его результатов. Создается впечатление, что речь идет о заочной экспертизе, при которой выводы делаются лишь по результатам рассмотрения документов.

Кроме того, некорректно, на наш взгляд, говорить о “выводах” по “поставленным вопросам”. Выводы должны быть сделаны по результатам осмотра, исследования, в т.ч. документов. На *вопросы* же следует давать *ответы* (а не делать по ним выводы).

О том, что правительственные чиновники не в ладах с русским языком, свидетельствует и формулировка п. 32, согласно которой заключение выдается гражданину “под роспись”. Слово “роспись” имеет несколько значений: а) живопись на стенах, потолках, предметах быта и б) письменный перечень чего-либо (доходов, расходов). От обычного гражданина, не наделенного талантами Леонардо да Винчи, требуется всего лишь его подпись. Произвести роспись в документах ВВК значит вызвать сомнения у членов комиссии в своей психической полноценности.

Итак, Положение о независимой военно-врачебной экспертизе вступило в силу 5 месяцев назад. Фронт работ и услуг эксперта-психиатра в составе комиссии очевиден. Дело за малым: остаться независимым в своих суждениях... Однако не всем экспертам это окажется под силу.

ИЗ ДОСЬЕ ЭКСПЕРТА

Издержки стандартизации экспертных решений

Предлагаемый конкретный пример как всегда узел многих проблем, многих ошибок, усиливающих одна другую, но мы бы акцентировали здесь, в первую очередь, грубое насилие по отношению к собственным исходным данным — так складывает пазлы нетерпеливый ребенок, так ведут себя в цейтноте, либо полжившись на отработанные стандартные ходы, а во вторых, — расширительность психиатрического значения выраженной соматической отягощенности. Тем более, что заключение подписано автором прервосходно написанной главы на эту тему в “Руководстве по судебной психиатрии” (2004).

Хотя для всех нас не внове расширительность диагноза “шизофрения” (вялотекущая малопрогрессирующая и паранойяльная, выведенные в МКБ-10 в другие кластеры), расширительность психоорганического синдрома (например, предпоследняя, пятая экспертиза по делу полковника Ю. Буданова — см. НПЖ, 2003, 1), расширительность психогенных пограничных психических расстройств (Ю. А. Александровский), расширительность депрессий (нередкая беспредельность диагноза “маскированная депрессия”) и даже расширительность традиционных психиатрических диагнозов как таковая, в данном случае мы встречаемся со столь же открыто выраженной расширительностью тяжелой соматической отягощенности, практически лишаящей соматического больного способности сознавать характер своих действий и руководить ими. Но такого рода расширительность чревата девятым валом “квартирных дел”, посмертных завещательных судебных процессов.

Итак, вот что пишут эксперты: *“Таким образом, комиссия приходит к заключению, что в интересующий суд период у Ю. Ф. обнаружались признаки органического эмоционально-лабильного (астенического) расстройства в связи со смешанными заболеваниями (сосудистая патология головного мозга, онкологическое заболевание). Об этом свидетельствуют данные анамнеза и медицинской документации об отмечающихся у него с 90-г.г. на фоне сосудистых заболеваний головного мозга (церебральный атеросклероз, артериальная гипертензия), сопровождавшихся церебральной симптоматикой (головная боль, головокружение, слабость), эмоциональной неустойчивостью (раздражительность, эмоциональная лабильность), что фиксировалось врачом-невропатологом, врачом-психиатром в 1998 г. в медицинской документации. Как следует из представленной*

меддокументации, с начала марта 2005 г. указанное психическое расстройство у Ю. Ф. усугубилось явлениями онкологического заболевания (рак ворот печени), сопровождалось быстро нарастающими астенией, ундулирующим расстройством сознания с эпизодами дезориентировки в сочетании с крайне тяжелым соматическим состоянием, полиорганной недостаточностью и вторичными гнойными осложнениями (сепсис). Указанные психические расстройства в юридически значимый период — 22.03.2005 г. были выражены столь значительно, что лишили Ю. Ф. способности понимать значение своих действий и руководить ими, осознавать юридически значимые последствия при подписании им завещания от 22.03.05 г.”. Члены комиссии: Бутылина Н. В., Лазько Н. В., Комарова Е. В.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ СПЕЦИАЛИСТА-ПСИХИАТРА

Настоящие разъяснения даны 29 мая 2008 г. по запросу адвоката Ильина Н. В.

на основании представленной им ксерокопии заключения комиссии СПЭ от 31.03.2008 № 64/3 на Ю. Ф., проведенной в Государственном центре социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского, для ответа на вопрос: является ли научно обоснованным вывод комиссии экспертов о неспособности Ю. Ф. понимать значение своих действий и руководить ими в момент составления завещания?

Заключение написано на 7 страницах, из которых пять с половиной страниц занимает констатирующая часть и полстраницы — обоснование ответа на вопрос суда.

Таким образом, отсутствуют целые разделы заключения СПЭ, предписанные Инструкцией Минздрава от 12 августа 2003 г. по его написанию, а именно: систематизация изложенных данных, в частности, выявленных клинических феноменов, их психопатологическая квалификация (2.3.16), последующий анализ и интерпретация (2.3.17). Отсутствует обсуждение альтернативных клинических и экспертных версий ответа на заданный вопрос и обоснование преимуществ предлагаемой версии (3.10).

Между тем, констатирующая часть написана очень добротнo, она понятным и исчерпывающим образом излагает все предоставленные экспертам исходные эмпирические данные, что позволяет оценить сделанный вывод.

Хорошо видно, что многие важные сведения, необходимые для ответа на поставленный вопрос, экспертам предоставлены не были, например, отношения Ю. Ф. с сыном, который оспорил завещание. А эксперты, в свою очередь, не прибегли к помощи судебного психолога, который бы проанализировал с помощью клинико-психологического метода эти отношения. В результате, осталось непроясненным — в какой мере фактическое игнорирование сына в завещании отражает давно сложившийся характер их отношений или является парадоксальным, неожиданным и позволяет сомневаться в его адекватности.

Основное внимание эксперты уделили диагностической квалификации психического состояния Ю. Ф. Из их подробного изложения явствует, что Ю. Ф. в 52-летнем возрасте (1986) в течение двух месяцев был ликвидатором последствий аварии на Чернобыльской АС, получившим 20,3 БЭРа гамма-излучения и спустя 7 лет получил 3 группу инвалидности по соматическому заболеванию. В 1997 – 1998 гг. невропатологи ставят ему диагноз атеросклеротической дисциркуляторной энцефалопатии 2-ой степени с рассеянной неврологической симптоматикой и цефалгическим синдромом. В 1998 г. его единственный раз в жизни консультирует психиатр, который — описывая картину астенической депрессии — выставляет явно заниженный диагноз церебрастенического синдрома и не назначает психотропных препаратов. В том же году (в 64 летнем возрасте) Ю. Ф. определяется 2-ая группа инвалидности бессрочно. В марте 2002 г. невропатолог устанавливает диагноз “церебросклероз, дисциркуляторная энцефалопатия 2-ой степени, астено-невротический синдром, незначительные когнитивные нарушения” и рекомендует проведение психотерапии.

Мы видим, что все до сих пор изложенное не вызвало надобности ни в лечении у психиатра, ни даже в консультации психиатра.

С 21 марта 2005 года состояние Ю. Ф. резко ухудшилось, диагностирована печеночная недостаточность, гнойная и раковая интоксикация. На следующий день он оформил завещание, а на третий день умер в возрасте 71 года.

На день оформления завещания Ю. Ф. находился в ГКБ им. С. П. Боткина, завещание было удостоверено нотариусом и дееспособность Ю. Ф. проверена. Вечером того же дня Ю. Ф. был осмотрен дежурным врачом, зафиксировавшим: “состояние больного тяжелое, в сознании, дезориентирован по месту и времени, жалоб не предъявляет по тяжести состояния”.

Стремительное ухудшение состояния в данном случае только сильнее подчеркивает типичную для соматических больных этого возраста (больше 70 лет) принципиальную разницу между первой и второй половиной дня, особенно вечерним временем, когда общее состояние больных значительно утяжеляется, и они нередко бывают дезориентированы. Поэтому нет

ничего необычного в способности Ю. Ф. в первую половину дня 22 марта осмысленно отнестись к составлению завещания.

Наконец, сам смысл завещания также не содержит ничего необычного: завещать квартиру бывшей невестке (бывшей жене истца) и своей внучке (дочери истца), а остальное имущество — сестре, которая за ним ухаживала, — нередкая и вполне естественная коллизия. Мы видим, что никакой продуктивной психопатологической симптоматики в медицинской документации не содержится.

Сложность возникла в связи с предъявлением истцом дополнительных сведений, не фигурировавших в медицинской документации. Это, прежде всего, данные о том, что Ю. Ф. “много лет и особенно в последние годы жизни злоупотреблял алкоголем, “от чего у него часто сводило ноги и руки”, были случаи, когда он не помнил, что происходило вчера, и “чем воспользовались его родственники, подавив его волю”, и что “в течение пяти дней непосредственно перед смертью он получал наркотики”.

Но мы знаем, что в больнице Ю. Ф. не употреблял алкоголя, а обычное в терминальных состояниях онкологических больных введение промедола оказывает только обезболивающий и успокоительный эффект, никак не искажая адекватность мыслей и переживаний. Будь у Ю. Ф. даже алкогольная энцефалопатия, она не достигла той степени, когда можно было бы говорить о дефицитарной симптоматике, т.е. умственном снижении. Оно было бы зафиксировано независимо от сведений о хроническом алкоголизме. Поэтому диаметрально противоположные сведения в отношении алкоголизации Ю. Ф. со стороны двух групп свидетелей: трех со стороны истца (его матери, бывшей жены и знакомого) и пятерых со стороны ответчиков (сестры, племянника и племянницы умершего, опекавшегося им Ч-ва Г. С. и знакомой сестры) не имеет принципиального значения в отношении ответа на вопрос суда.

Исходя из сказанного, можно выразить недоумение по поводу заключительного вывода экспертов. Они не пишут об алкоголизме Ю. Ф., но приводят длинный перечень совершенно обычных для 70-летнего больного сомато-неврологических расстройств (типа головной боли, головокружений, слабости, раздражительности, эмоциональной лабильности) и выставлявшихся диагнозов, таким явно искусственным образом создают для непрофессионала впечатление массивной исходной патологии, в то время как обычно о ней, как рутинной и малозначимой, эксперты вообще не упоминают. Это делается для того, чтобы написать: “указанное психическое расстройство у Ю. Ф. усугубилось явлениями раковой, гнойной интоксикации...”

Далее эксперты отступили от собственной констатирующей части и вместо корректного следования ей пошли по пути стандартной кальки, говоря об “унду-

лирующем расстройстве сознания с эпизодами дезориентации”. Именно в этой части заключения, где недопустима скороговорка, где необходим скрупулезный анализ, эксперты заторопились и скомкали решающее место акта.

Во-первых, нигде “ундулирующее расстройство сознания” не фигурировало и никем не отмечалось. Такого рода самодеятельная квалификация, тем более в решающем пункте, обязательно требует обоснования.

Во-вторых, некорректно писать “ундулирующее расстройство сознания с эпизодами дезориентации”, так как этим создается ложное впечатление о более или менее равномерном распределении этих колебаний в течение суток, тогда как нигде никем не зафиксировано такого рода отступления от обычного в таких случаях принципиального различия общего и психического состояния утром и вечером, в первую и вторую половины дня, с отчетливым ухудшением во вторую половину дня. А ведь это имеет принципиальное значение: запись, на которую опираются эксперты, сделана в 21 час. Наконец, хорошо известны просветления сознания незадолго до смерти.

Таким образом, при непредвзятом взгляде на изложенные экспертами данные можно было бы ожидать, что они решат, что Ю. Ф., подписывая завещание, отдавал отчет в своих действиях и мог руководить ими, так как завещание по своему смыслу отражало давно сложившуюся систему взаимоотношений между спорящими родственниками и не было неожиданным для них. Однако эксперты решили ровно наоборот, давая этому явно искусственное, натянутое обоснование. Строго формальный подход к данному случаю, жестко фиксирующий полноту и уровень описания имеющихся медицинских данных и резкую противоречивость свидетельских показаний, диктует формулу о “невозможности дать ответ на поставленный вопрос”, именно в силу неполноты и противоречивости имеющихся данных. И такого рода экспертные решения часто выносятся в Центре им. Сербского в отношении намного более ясных дел, чем данное, что позволяет говорить о явной тенденциозности экспертов и с полной ответственностью утверждать, что их заключение не является научно-обоснованным и не имеет доказательной силы.

Ю. С. Савенко

Представляют интерес и побочные обстоятельства судебного заседания, накануне которого представители истца встретили меня серией многозначительных реплик: А Вы знаете, что полковника Буданова уже освободили? (Надо помнить мощный прессинг и угрожающую атмосферу этого процесса, отпугившую от желания в нем участвовать почти всех

профессионалов и вынудившую эмигрировать в Норвегию семью погибшей Эльзы Кунгаевой, а потом заключение в СИЗО военного судьи, осудившего Буданова, Владимира Букреева, человека кристальной репутации и т.д.). В ходе судебного заседания адвокат истца неоднократно подчеркивала государственный статус экспертного учреждения, давшего заключение (“Это государственное учреждение!”, “Государственное!”), а в мой адрес бросала: “Это представитель той самой независимой ассоциации, той самой”).

Так или иначе, но судья отклонила ходатайство о приобщении к делу моего заключения по рассматриваемому делу и оформила меня свидетелем. Свидетелем чего?

Я апеллировал к тому, что на протяжении 28 лет не менее 3-х раз в неделю, консультируя кардио-, нейро- и общее реанимационные отделения городской клинической больницы № 50, имею непосредственный регулярный опыт общения с больными, нередко находящимися в терминальном состоянии. Это живой опыт, а не простое обобщение данных медицинской документации на посмертные случаи, на основе чего нередко пишутся научные работы. Отсюда польза, а порой и необходимость вводить в состав экспертной комиссии практического врача, в данном случае — реаниматолога онкологического стационара.

Кстати, в своих научных работах, — а я имел возможность накануне ознакомиться с ними, — эксперты вполне корректны. Более того, соответствующая глава в “Руководстве по судебной психиатрии” написана на высоком уровне.

Не вызывает сомнения, что к несделкоспособности ведут такие психические расстройства как психотические депрессии, бредовые расстройства, дистонические состояния выраженного оглушения, делириозные и онейроидные расстройства сознания (но не “делириозно-онейроидные”, что отражает только неспособность их дифференцировать). Но ничего этого не было в рассматриваемом случае.

Не было “мерцания” психопатологической симптоматики, не было зафиксировано и “ундуляции сознания”, что было выведено экспертами чисто теоретически, на основании нескольких обобщенных типичных для большинства случаев картин. Собственно это и подвело экспертов. Надо сказать, что в “Руководстве по судебной психиатрии” один из экспертов, как автор соответствующей главы, отмечает фундаментальное значение времени суток: “Нарушения сознания, носящие “мерцающий” характер, наблюдаются в вечернее и ночное время”, и признает, что состояния оглушения “крайне сложно определить в плане судебно-психиатрического анализа”. Но признаков выраженного оглушения в разбираемом нами случае в первую половину дня отмечено не было. И эта хорошо известная контрастная суточная динамика в заключении игнорируется. Более того, к нашему

конкретному случаю (Ю. Ф.) явно применяется, без всяких на то оснований, тот тип описанных в “Руководстве” психических расстройств, который характерен для онкологических больных “с транзиторными нарушениями сознания (делириозно-онейроидными и аментивными)”. Но это опять-таки, не разбираемый нами случай.

Что касается острых сомато-неврологических расстройств, то они также имеют свою специфику, различную у сосудистых и онкологических больных. Но эта сомато-неврологическая симптоматика, позволяя определить динамику заболевания в целом, не дает возможности судить о глубине сопровождающих их психических расстройств, никакого параллелизма здесь нет. У всех умерших по 10 – 20 клинических и патолого-анатомических диагнозов, но это не свидетельство их неперенной несделкоспособности.

Согласно устоявшимся научным данным, в частности, одному из наиболее популярных руководств по психиатрии Райнера Телле (1996, 1999), клинически значимые психические расстройства у онкобольных даже в терминальной стадии не бывают больше чем в половине случаев. Непосредственно перед смертью они нередко прощаются с близкими и гово-

рят адекватные и значимые слова. А у наших экспертов в данном заключении молчаливо подразумевается 100 %-ная несостоятельность в силу нарушенного сознания.

Между тем, в “Руководстве” они сами пишут о необходимости в ряде случаев либо назначить комплексную психолого-психиатрическую экспертизу, либо отказаться от экспертного решения, либо высказаться предположительно. Но в данном конкретном случае ничего этого они не сделали, хотя недостаточная проясненность отношений Ю. Ф. с сыном и полная ожидаемость именно такого текста завещания — налицо.

Мы видим в этом вечно нас всех подстерегающую опасность искушения “экономией усилий”, скатывание от “госпитальной” психиатрической экспертной практики к “факультетской”, т.е., вместо тщательного учета всех индивидуальных особенностей личности, ситуации и болезненных проявлений каждого конкретного подэкспертного, решение вопроса по отработанным стандартам, пусть даже верным в общем виде, но не могущим быть достаточно дифференцированными и все равно нуждающимся в индивидуализации.

Девятый семинар по экономическим аспектам психиатрии

**КАЧЕСТВО И РЕЗУЛЬТАТЫ ПОЛИТИКИ
В ОБЛАСТИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ И ЭКОНОМИКА**

27 – 29 марта 2009 г., Венеция, Италия

E-mail: moscarelli@icmpe.org

Обзор “Журнала Американской академии психиатрии и права”, том 36, № 3, 2008

В. В. Мотов

Номер открывается редакционной статьей Dr. G. Leong (клинический профессор психиатрии в университете штата Вашингтон), в которой автор пытается проследить связь между решениями Верховного Суда США 1980–90-х гг. по вопросам, касающимся недобровольной психиатрической госпитализации, недобровольного лечения “сексуальных хищников”, права пациента на отказ от психофармакологического лечения и социально-политическими и моральными представлениями, преобладавшими в то время в американском обществе. Интересная тема: в какой мере концепция опасности является юридической, и в какой — политической конструкцией, — была, к сожалению, лишь обозначена автором и не получила дальнейшего развития. Своеобразие стиля изложения и не вполне “отшлифованная” аргументация, понуждающие читателя неоднократно возвращаться то в начало, то в середину текста, снижают удовольствие от чтения данной статьи.

Вторая редакционная статья называется “Недобровольное лечение по месту жительства: меры для обеспечения выполнения [пациентом назначенного лечения]” (Mandated Community Treatment: Applying Leverage to Achieve Adherence). Автор (John Monahan, Ph. D. — профессор права, психиатрии и психологии в университете штата Виржиния) отмечает, что назначение судом недобровольного амбулаторного лечения (outpatient commitment) нередко рассматривается как некое расширение недобровольного стационарного лечения. Между тем, правовые и социальные концепции, на которых основывается недобровольное психиатрическое лечение в закрытом учреждении, не соответствуют значительно более открытому контексту недобровольного амбулаторного психиатрического лечения по месту жительства. В отличие от психиатрической больницы, предоставляющей больному и крышу над головой, и питание, и наблюдение, и лечение, в амбулаторных условиях источники различных видов помощи рассредоточены: вопросами жилья занимается одна служба, предоставлением финансовой помощи — другая, контролем поведения — третья, лечением — четвертая.

По замечанию автора, судебное “понууждение” пациента к психиатрическому лечению по месту житель-

ства — лишь одно из целого ряда используемых социальной и судебной системами средств давления на пациента.

Социальные службы имеют в своем распоряжении два мощных “рычага” воздействия: деньги и жилье. Хотя нетрудоспособные больные с серьезными психическими расстройствами получают в рамках программы социальной помощи именные чеки, закон предусматривает возможность назначения “финансовых менеджеров” — лиц, контролирующих использование денег “с наибольшей пользой” для пациентов; при этом может возникать ситуация “услуга за услугу” — деньги выдаются больному лишь при соблюдении им назначенного лечения. Значение программ субсидируемого жилья становится понятным из следующего замечания автора: в США нет ни одного города или графства, где пациент, страдающий психическим расстройством и живущий исключительно на пенсию по инвалидности, мог бы позволить себе арендовать самую скромную квартиру по рыночной цене. Компании, управляющие комплексами субсидируемого жилья, могут устанавливать в качестве условия пользования квартирой обязательное участие больного в лечебных программах местного центра психического здоровья.

Что касается судебной системы, у нее есть также два важных рычага: тюрьма и недобровольная госпитализация. Автор указывает, что согласие на амбулаторное психиатрическое лечение по месту жительства традиционно используется американскими судами в качестве обязательного условия для замены тюремного заключения условным освобождением в отношении ряда категорий правонарушителей с психическими расстройствами. Недавно появившиеся психиатрические суды (mental health courts) сделали еще более явной связь между уголовными санкциями и лечением в местных центрах психического здоровья.

Насколько распространены перечисленные меры понуждения? Ссылаясь на работу Monahan J, Redlich A, Swanson J, *et al*: Use of leverage to improve adherence to psychiatric treatment in the community. *Psychiatr Serv* 56: 37–44, 2005, автор обращает внимание, что примерно половина из 1000 обследованных пациентов испытывали на себе воздействие, по крайней

мере, одного из отмеченных рычагов. Наиболее часто используемые — субсидируемое жилье (32 %) и возможность избежать тюремного заключения (23 %); реже — обязательное амбулаторное лечение для предотвращения недобровольной госпитализации (15 %) и возможность тратить деньги по собственному усмотрению (12 %). Одни из отмеченных методов воздействия на пациента несут в себе больший элемент принуждения, другие — меньший. По мнению автора, перспектива недобровольной госпитализации при несогласии психиатрического пациента, не нарушившего уголовное законодательство и невиновного, следовать превентивному обязательному амбулаторному психиатрическому лечению, несет в себе явно выраженный компонент принуждения, т.к. недобровольное помещение в психиатрический стационар означает резкое ограничение свободы. В то же время в использовании в качестве такого рычага тюрьмы для пациента-правонарушителя, которому суд заменил лишение свободы обязательным амбулаторным лечением по месту жительства, — такого принуждения нет, поскольку в данном случае речь идет об уже осужденном к лишению свободы человеке.

Автор настаивает на необходимости изменения “языка” активно ведущейся дискуссии о законности и моральной приемлемости лечения взамен лишения свободы, равно как и “выдачи пряников” в виде жилья и финансовой поддержки тем, кто не уклоняется от психиатрического лечения. По его мнению, на смену терминологии “принуждения” должен придти язык договорного права, более точно передающий смысл юридических документов, регулирующих обязательное амбулаторное лечение. Например, в соответствии с разделом 18, § 3563 Свода Законов США суд может обязать условно осужденного пациента с психическим расстройством подвергнуться психиатрическому лечению по месту жительства. Если такой пациент отказывается принимать назначенное лечение, он не может быть подвергнут лечению насильно, но за нарушение условий соглашения о досрочном освобождении может быть возвращен в тюрьму для отбывания установленного судом наказания.

Что касается влияния недобровольного амбулаторного психиатрического лечения на пациентов, то автор осторожно говорит пока лишь о предполагаемых результатах, ранжирующихся от ослабления психопатологических симптомов (как следствие приверженности лечению) до снижения побуждений обращаться за добровольным амбулаторным лечением из-за опасений, что оно может быть назначено недобровольно. В отношении влияния на общество, высказываются предположения как о снижении уровня насилия со стороны пациентов в результате улучшения контроля их поведения, так и о возникновении дополнительных препятствий для желающих лечиться, из-за перераспределения и без того скудных ресурсов в

пользу тех, кто такого лечения не желает, но вынужден его принимать.

В разделе “Биография” помещена статья “Robert L. Sadoff, MD: Интеллектуал в судебной психиатрии” (Robert L. Sadoff: Renaissance Man of Forensic Psychiatry). Авторы: преподаватель психиатрии в Гарварде Dr. Frank Dattilio и один из самых известных судебных психиатров США — профессор Гарвардского университета Dr. Thomas Gutheil.

Человек, стоявший у истоков Американской академии психиатрии и права, второй ее президент, профессор психиатрии в Пенсильванском университете, удостоенный многочисленных наград за работы в области судебной психиатрии, создатель курсов по судебной психиатрии и медицине, этике и праву, собиратель и знаток антикварных и редких книг по вопросам медицины, права и психиатрии, гуманист, благотворитель, счастливый семьянин — Dr. Robert Sadoff. Одно забавное воспоминание Dr. Sadoff из времен его психиатрической резидентуры в Калифорнийском университете в Лос-Анджелесе в начале 1960-х гг.: “В то время многие психиатры курили трубки и один из предлагавшихся курсов назывался “Психотерапия и курение трубки”. Урок заключался в следующем: если трубка психотерапевта гаснет, он слишком много говорит”.

Раздел “Специальные статьи” открывается работой, озаглавленной “Клинические практические рекомендации как научные трактаты: осмысление их значения в качестве доказательств в суде”. Автор — Patricia R. Rescigno (по образованию юрист и врач) — клинический профессор психиатрии в медицинской школе престижного Brown University. В настоящее время Dr. Rescigno — Президент Американской академии психиатрии и права. Определяя клинические практические рекомендации (КПР), как представленные в систематизированном виде предложения, помогающие врачу и пациенту в выборе наиболее подходящего лечения в данных конкретных условиях, автор связывает отмечающийся с 1970-х гг. значительный рост их числа с предпринимаемыми мерами по улучшению качества лечения и снижения его стоимости. Указывая на возрастающую роль КПР в установлении стандарта медицинской помощи — базовой правовой концепции в делах о медицинской небрежности и субстандартном лечении, Dr. Rescigno подробно рассматривает вопрос о том, как суды регулируют порядок использования КПР в качестве доказательства. “Исторически общей практикой было разрешение использовать медицинские и научные документальные источники (в т.ч. научные трактаты) только для ограниченной цели — посеять сомнение в профессионализме эксперта. Следуя этой стратегии, адвокат пытался подорвать значение экспертного заключения, подвергая эксперта перекрестному допросу с помощью текста [руководства, учебника, научной статьи и т.д.], который эксперт полагал заслужи-

вающим доверия. Противоречия между заключением эксперта и информацией из текста давали возможность поднять вопрос о доверии, и экспертное заключение могло быть взято под сомнение. Адвокаты, знакомые с такой практикой, обычно инструктировали экспертов отказываться признавать заслуживающим доверия любой предлагаемый им текст. До тех пор, пока эксперт отказывался признать текст заслуживающим доверия, этот текст не мог быть приведен в качестве доказательства как научный трактат, и заключение эксперта оставалось в силе”.

Из правила о недопустимости показаний с чужих слов (*the hearsay rule*), казалось бы, следует, что медицинские научные публикации не могут допускаться в качестве доказательств в суде, т.к. их авторы не присутствуют в судебном заседании, не подвергаются перекрестному допросу и не дают показаний под присягой. Между тем, принятые в 1975 г. и пересмотренные в 2000 г. Федеральные правила представления доказательств (*Federal Rules of Evidence*) облегчили возможность использования научных работ в качестве доказательства: в делах о субстандартном лечении эксперту разрешается в ходе своих показаний относительно стандарта медицинской помощи зачитывать текст из КПП, который фиксируется [с голоса] в протоколе судебного заседания. В то же время, п. 803 (18) Правил, позволяя зачитывать текст, запрещает представлять оригинал текста присяжным для ознакомления, предотвращая возможную “переоценку” присяжными его истинного значения.

Поскольку КПП издаются не только профессиональными объединениями врачей или федеральным Агентством исследований и оценки качества медицинского обслуживания, но и, например, компаниями, занимающимися медицинским страхованием, возникает проблема, какие КПП выбрать для данного конкретного случая. Автор обращает внимание на различие целей, которые ставят перед собой организации, разрабатывающие КПП: если профессиональные ассоциации врачей стремятся, прежде всего, улучшить качество лечения пациентов, то страховые компании — получить финансовую прибыль за счет уменьшения страховых выплат в делах о субстандартном лечении.

Между тем, КПП, подготовленные разными профессиональными врачебными ассоциациями, могут содержать различные рекомендации. В одном из приводимых автором примеров, истец представил в суде в качестве доказательства КПП Американского общества онкологов относительно необходимости ежегодной маммографии для женщин старше 50 лет, а ответчик — КПП Американского общества акушеров — гинекологов, где говорится лишь о “регулярном” проведении маммографии, при этом вопрос “регулярности” оставлен на усмотрение врача.

Автор призывает судебных психиатров обращать особое внимание на то, основываются ли КПП на при-

менении методов “доказательной медицины” (мета-анализ, двойное слепое плацебо-контролируемое исследование и др.) или используются более низкие стандарты надежности (например, согласие экспертов по тому или иному вопросу). В последнем случае, замечает автор, КПП будут иметь меньшую доказательную силу в суде и вряд ли окажут существенную помощь эксперту.

Учитывая, что скорость обновления медицинской информации постоянно растет, а медицинские профессиональные организации продуцируют клинические рекомендации достаточно медленно, судебные психиатры должны осознавать, что КПП могут оказаться устаревшими вскоре после своего выхода. В частности, Shekelle et al. (*JAMA* 286:1461-7, 2001) установили, что три четверти клинических рекомендаций, подготовленных федеральным Агентством исследований и оценки качества медицинского обслуживания, нуждались в обновлении и рекомендовали пересматривать КПП каждые три года.

Статья сопровождается двумя комментариями. Основная мысль первого, написанного (и написанного отлично) медицинским директором AAPL, профессором психиатрии Йельского университета Dr. Howard Zonana, следующая: поскольку клинические практические рекомендации создаются разнообразными организациями (профессиональные общества врачей, федеральные и штатные органы исполнительной власти, медицинские страховые и фармацевтические компании, отдельные больницы), имеющими разные цели и задачи, использующими различные подходы, доказательные инструменты, процедуры одобрения и т.д., использование КПП в качестве стандарта медицинской помощи (как с этим экспериментируют в ряде штатов), вызывает сомнения.

Авторы второго (также изящно написанного) комментария (D. Clay Kelly, MD, Gina Manguno-Mire, Ph. D. — преподаватели психиатрии в Tulane University) в этом смысле более оптимистичны и, в сущности, рассматривают КПП (при условии, что они основываются на методах доказательной медицины) в качестве стандарта медицинской помощи.

Раздел “Регулярные статьи” открывается обстоятельной работой “Использование церебральной однофотонной эмиссионной компьютерной томографии в судебно-психиатрической практике при легких травматических поражениях головного мозга” (Drs. H. Wortzel, C. Filley, A. Anderson, et al.). Вывод авторов: несмотря на достаточную чувствительность метода к изменениям гемодинамики при церебральной травме, выявленные при ЦОЭКТ метаболические нарушения сами по себе не являются доказательством травматического поражения головного мозга, равно как их отсутствие не исключает данный диагноз. Литературные данные также не подтверждают наличия устойчивых связей между данными, получаемыми с помощью ЦОЭКТ, и результатами нейропсихиатри-

ческого тестирования, а также психопатологической симптоматики.

В комментарии к данной статье профессор психиатрии из университета штата Кентукки Dr. R. Granacher обращает внимание не только на невозможность основывать диагноз легкого травматического поражения головного мозга на результатах ЦОЭКТ, но и, что более важно, на отсутствие общепринятого определения самого этого расстройства (в связи с чем в 2004 г. ВОЗ подготовила рекомендации, направленные на улучшение качества исследований в данной области). Как отмечает Dr. Granacher, слабые стороны существующих определений травматического поражения головного мозга легкой степени связаны с тем обстоятельством, что патология проявляется преимущественно субъективными признаками и, подобно головной боли или боли в спине, не поддается четкой объективизации. В ситуации судебного разбирательства это дает возможность сторонам предоставлять в качестве доказательства чрезвычайно субъективные данные. Автор ссылается на имеющиеся в медицинской литературе сведения о высокой (W. Mittenberg, et al., 2002, приводят цифру 39 %) вероятности намеренного (с целью получения выгоды) усиления болезненных симптомов в суде пациентами с данным диагнозом. Что касается возможности использования результатов ЦОЭКТ в судебном процессе в качестве доказательства легкого травматического поражения головного мозга, автор пишет: “Медицинская литература о функциональных методах нейровизуализации ... слаба научно, скудна в смысле качества публикаций, ей недостает тщательно спланированных контролируемых исследований, и, в ее сегодняшнем состоянии, она не соответствует в полной мере стандартам Daubert v. Merrell Dow Pharmaceuticals, Inc. для допуска научной информации в качестве доказательства в суде. В настоящее время обнаруживается явное отсутствие клинической корреляции между данными функциональной нейровизуализации и поведенческими, нейропсихологическими характеристиками или результатами, получаемыми с помощью структурной нейровизуализации при легкой черепно-мозговой травме. Данные церебральной однофотонной эмиссионной компьютерной томографии или позитронной эмиссионной томографии в отсутствие соответствующей корреляции с результатами структурной нейровизуализации (компьютерная томография и магнитно-резонансное исследование) не рекомендуется использовать в суде в качестве доказательства наличия легкого травматического поражения головного мозга”.

Следующая статья (B. McDermott, et al.) посвящена идентификации критериев оценки готовности пациентов, находящихся на принудительном лечении, к условной выписке из психиатрического стационара. Выявлены три основных фактора, принимавшихся во внимание психиатрами: (1) податливость и готов-

ность следовать лечению, (2) наличие или отсутствие зависимости от наркотических средств или алкоголя, (3) риск совершения насильственных действий.

В этом же разделе представлена статья Dr. D. Mosman — директора института права и психиатрии университета Цинциннати, штат Огайо, в которой автор пытается обозначить возможные подходы к применению методов математической статистики, и в частности ROC-анализа, для оценки адекватности экспертного заключения относительно способности испытуемого предстать перед судом и степени уверенности эксперта в правильности своего заключения, комментарий к данной статье (Dr. A. Buchanan), а также работа коллектива авторов (D. Rounsaville et al) из Мэрилендского и Йельского университетов о проблемах, связанных с получением информированного согласия условно освобожденных правонарушителей с признаками зависимости от марихуаны на участие в рандомизированном клиническом исследовании новых методов наркологического лечения.

“Эмоциональные реакции персонала на агрессию в свой адрес в условиях детской больницы штата” (Emotional Responses of Staff to Assault in a Pediatric State Hospital) — предпоследняя статья раздела. Авторы — E. Ryan, J. Aaron, M. Burnette, et al. — преподаватели департамента психиатрии и нейробиологии университета штата Вирджиния. В статье представлены результаты исследования, проводившегося в 48-коечной психиатрической больнице штата Вирджиния для детей и подростков в возрасте от 4 до 17 лет, 50 % которых, составляли “судебные” (госпитализированные в связи с тем или иным решением суда) пациенты. Из 130 чел. персонала больницы, имевших то или иное отношение к лечебному процессу, в исследовании приняли участие 93. Из них 59 (1 психиатр, 8 из 11 медсестер, 6 из 12 учителей, 39 из 47 санитарок и санитаров и 5 из 21 “других”, куда авторы включили психологов, социальных работников, представителей администрации и служителей культа) подвергались нападению со стороны пациентов в последние 6 месяцев. Авторы определяли “нападение” как физическую агрессию, проявляющуюся нанесением ударов, толчков, плевков, намеренным бросанием каких-либо предметов (в т.ч. собственных испражнений) в медперсонал. В качестве инструментов исследования использовались: опросник Бека для выявления депрессии (The Beck Depression Inventory-II), опросник Бека для выявления тревоги (The Beck Anxiety Inventory), краткий (53 пункта) опросник для выявления общей психиатрической симптоматики и состояния дистресса (The Brief Symptom Inventory-53), шкала оценки влияния травматического события на психическое состояние испытуемого (The Impact of Event Scale), стандартизованный диагностический инструмент для оценки ПТСР (The Post-Traumatic Stress Diagnostic Scale), диагностический инструмент для оценки по пятибалльной системе сте-

пени выраженности навязчивых мыслей и переживаний и усилий испытуемого по их подавлению (The White Bear Suppression Inventory), а также разработанный авторами опросник для оценки влияния факта нападения на общее функционирование испытуемого и степень удовлетворенности работой (The Experience of Assault Questionnaire). В результате было установлено, что в сравнении с не подвергавшимися нападению представителями персонала у жертв нападений отмечался более высокий уровень уязвимости, тревоги, страха, соматических жалоб, неуверенности в собственной способности справиться с трудной ситуацией. Они также более часто рассматривали возможность увольнения с работы, несмотря на отсутствие разницы между группами в общем уровне удовлетворенности работой. (Из исследования, однако, неясно, является ли повышенная тревожность и другие, отмеченные выше расстройства, результатом нападения или обнаруживались у данной группы лиц и до нападения). Не чаще ли становились жертвами нападений пациентов те сотрудники, которые подвергались насилию в детском или подростковом возрасте? В данном исследовании такой связи установлено не было, в то же время, как указывают авторы, в ряде публикаций (Herman, 1994; McCauley, et al. 1995; Briere, 2003, Little, 1995) было отмечено, что перенесшие насилие в детстве более склонны к ревиктимизации, став взрослыми. По мнению авторов, часто подвергающиеся нападению представители персонала могут получить пользу от анализа факторов, повышающих риск оказаться жертвой физической агрессии. Например, понимание, что поведенческие проявления, связанные с имеющейся тревогой, могут восприниматься некоторыми людьми как вызов, помогает в создании более безопасной среды в отделении. Авторы полагают, что полученные данные будут полезны при планировании программ профессиональной подготовки персонала детских психиатрических стационаров. В частности, они рекомендуют при приеме на работу спрашивать кандидата, подвергался ли он нападениям на прежнем месте работы и если да, формировать для него индивидуальную программу обучения.

Раздел заканчивается статьей, обсуждающей особенности формулировок вопросов, касающихся наличия психических расстройств у врачей, обращающихся за получением лицензии на профессиональную деятельность. Автор (S. Polfliet, MD) указывает, что в большинстве штатов данные вопросы формулируются таким образом, чтобы избежать обвинений в дискриминации по признаку психического расстройства и фокусируются не на психиатрическом диагнозе, но нарушениях функционирования, вызванных имеющимся расстройством. В то же время, отмечающаяся с начала 2000 г. тенденция не ограничиваться вопросом о нарушениях функционирования в данное время, но спрашивать о таких нарушениях, а также лечении и госпитализациях по поводу психических и нар-

кологических заболеваний “когда-либо в прошлом”, по мнению автора, вступает в противоречие, как с решениями некоторых американских судов, так и заявлением Американской психиатрической ассоциации (Council on Psychiatry and the Law: Discrimination against persons with previous psychiatric treatment: position statement. Washington, DC: American Psychiatric Association, APA Document Reference # 970002, March 1997) об отсутствии убедительной связи между лечением или госпитализацией заявителя по поводу какого-либо заболевания в прошлом и его способностью компетентно выполнять свои профессиональные врачебные обязанности в настоящее время или в будущем.

В разделе “Анализ и комментарии” представлены четыре статьи. В первой подробно обсуждается вопрос о разграничении между “психическим расстройством” (в том смысле, как этот термин понимается в законах штатов о “сексуальных хищниках”) и криминальным поведением сексуального характера (имея в виду, что некоторые исследователи предлагают рассматривать в качестве парафилического расстройства поведение, характеризующееся совершением повторных изнасилований). Среди ее авторов (A. Frances, MD, S. Sreenivasan, PhD, L. Weinberger, PhD) — Dr. Allen Frances — заслуженный профессор, в прошлом — руководитель отдела психиатрии в медицинской школе университета Дюка в Северной Каролине и руководитель рабочей группы, готовившей DSM-IV. Как указывают авторы, в настоящее время в большинстве законов о “сексуальных хищниках” психическое расстройство определяется как “врожденное или приобретенное расстройство, нарушающее эмоциональные или волевые способности человека таким образом, что предрасполагает его к совершению криминальных сексуальных действий настолько, что он становится угрозой для здоровья или безопасности окружающих”. Такая формулировка, по мнению авторов, является чрезвычайно неясной: непонятно, например, для чего отдельно говорится о “врожденных” и “приобретенных” расстройствах, если вместе оба эти термина охватывают весь спектр существующих психических расстройств. Словосочетание “эмоциональные и волевые способности” само по себе нуждается в конкретизации, т.к. ни “эмоциональные способности”, ни “волевые способности” не имеют четкого определения ни в психологии, ни в психиатрии. Термин “предрасполагает” также никогда не был точно определен, и остается неясным, в какой степени должна быть выражена “предрасположенность”, чтобы сделать человека опасным. Однако более всего, с точки зрения авторов, приведенная выше формулировка нуждается в спецификации психических расстройств, оправдывающих недобровольную психиатрическую госпитализацию “сексуальных хищников”. Здесь, однако, возникает еще одна проблема, не менее, если не более, серьезная — термин “психическое

расстройство” не имеет однозначного определения в DSM-IV-TR. Так, во введении в классификацию читаем: “Хотя данное руководство представляет классификацию психических расстройств, необходимо признать, что не существует формулировки, адекватно определяющей точные границы понятия “психическое расстройство”. Для концепции психического расстройства, как и для многих других концепций в медицине и науке, нет единообразного рабочего определения, которое охватывает все ситуации. Все медицинские расстройства определяются на различных уровнях абстрагирования — например, структурной патологии (к примеру, язвенный колит), симптоматологии (к примеру, мигрень), отклонения от физиологической нормы (к примеру, гипертензия) и этиологии (к примеру, пневмококковая пневмония). Психические расстройства также определяются с помощью разнообразных понятий (например, дистресса, дисфункции, нарушения контроля поведения, недостатка, нарушения трудоспособности, отсутствия гибкости, иррациональности, синдромологических проявлений, этиологии, статистического отклонения от нормы). Каждое — полезный индикатор психического расстройства, но ни одно не равнозначно концепции [психического расстройства], и различные ситуации требуют различных определений” (DSM-IV-TR (ed.4), Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000, pp.xxx-xxxi).

От себя замечу, что в реальной жизни, где психиатр использует DSM-IV-TR для описания конкретного психического расстройства у конкретного пациента в конкретной ситуации, отсутствие универсального определения термина “психическое расстройство” вряд ли имеет первостепенное значение.

Авторы обращают также внимание на то обстоятельство, что используемые в клинической практике критерии психического расстройства не совпадают с

таким и в юридической практике. В то же время в экспертной ситуации психиатрам приходится применять обе (и медицинскую и правовую) модели психического расстройства к своему испытуемому и объяснять результат этого применения суду. По мнению авторов, для повышения надежности и обоснованности экспертных заключений в делах о недобровольной психиатрической госпитализации “сексуальных хищников” психиатрам следует (1) достичь согласия в отношении перечня психических расстройств и условий, при которых эти психические расстройства будут являться основанием для применения законов о “сексуальных хищниках”; (2) в большей степени, чем обычно, структурировать психиатрическую беседу с испытуемым, имея в виду, что информация, полученная в процессе психиатрического интервью, может представлять риск, как для испытуемого, так и для окружающих, и будет оцениваться присяжными; (3) сформировать в экспертном сообществе единый подход в отношении логического обоснования того, почему такое-то и такое-то психическое расстройство признается в качестве основания для недобровольной психиатрической госпитализации сексуальных хищников.

Следующие статьи раздела посвящены вопросам реформирования системы уголовного наказания, эффективного использования компьютерных технологий при подготовке судебно-психиатрического экспертного заключения, а также допустимости в качестве доказательства в судах Израиля показаний лиц с серьезными психическими расстройствами.

Дайджест судебных дел за 2007 г., в которых рассматривались вопросы на пересечении психиатрии и права, обзор недавно вышедших в США книг по судебной психиатрии и письма редактору завершают данный номер.

Об обязательном лечении наркологических больных в учреждениях УИС России

А. А. Волков, Е. А. Бабенцева (Кострома)

Федеральными законами от 8 декабря 2003 г. № 161-ФЗ и 162-ФЗ в отношении осужденных, больных алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, вместо принудительного лечения, назначаемого судом, было введено обязательное лечение по решению медицинской комиссии учреждения, исполняющего наказание (см. ч. 1 ст. 97, ч. 2 ст. 99 УК РФ и ч. 3 ст. 18 УИК РФ в редакции указанных федеральных законов). Отмена принудления данной категории лиц значительно гуманизировала УК РФ.

Медуправлением ГУИН Минюста России и ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского было издано пособие для врачей психиатров-наркологов “Недобровольные медицинские меры, применяемые к осужденным наркологическим больным”. Оно было утверждено 16.09.2004 г. зам. начальника ГУИН А. С. Кононцом.

Эта довольно обширная брошюра, рассматривающая организационные, лечебные, социальные и другие аспекты работы с наркологическими больными, носит строго научный, даже академический характер. Однако в отличие от пособий-инструкций, где все разложено по полочкам, к чему привыкли врачи наших учреждений, это пособие трудновато для практического применения.

Недобровольность лечения таких осужденных никоим образом не влияет сейчас на их условно-досрочное освобождение. В пособии об этом даже не упоминается. Нет и продуманных мер понуждения к лечению, хотя бы с некоторой **дискриминацией** уклоняющихся от лечения больных по части их досрочного освобождения, особенно если другие требования ими выполняются. Таким образом, обязательность лечения не обеспечена мерами ни поощрения, ни наказания. Без них все добрые пожелания повисают в воздухе. Авторы пособия старались исключить возможность обвинения их в нарушении прав осужденных (т.е. прав человека в соответствии с международными стандартами) и не осветили эти вопросы.

Слабость лечебной базы в колониях, недостаточность снабжения современными психотропными и общеукрепляющими лекарствами делают лечебные возможности незначительными.

В то же время, изоляция пациентов-осужденных от алкоголя, наркотических и токсических средств делает уникальными возможности лечения. Так, практически нет нужды лечить больных в остром периоде. Они уже из СИЗО поступают без абстинентных и других острых проявлений наркомании и алкоголизма.

Кроме того, как правильно указано в пособии, они больше нуждаются в лечении психопатоподобных, астеноневротических расстройств, нарушения сна и других, в т.ч. сопутствующих соматических и инфекционных заболеваний (включая ВИЧ, туберкулез и др.). Эти расстройства больные охотно позволяют лечить без особых принуждений. Лечение помогает им пережить без нарушений требования режима, тяготы тюремного и другого принудительного содержания. Опыт показывает, что большинство больных лечатся нейро- и тимолептиками, транквилизаторами, что, впрочем, в отдельных случаях приводит к привыканию к ним (особенно к барбитуратам и транквилизаторам). Впрочем, создается впечатление, что это все же лучше, чем отрицательное поведение по отношению к персоналу и другим осужденным.

Совершенно не решен в пособии вопрос о **субклинических формах болезни**, т.е. больных, склонных к алкоголю и наркотическим средствам. Эти осужденные в большинстве случаев тоже требуют коррекции поведения с помощью той же рациональной психотерапии и лечения психотропными препаратами. Опыт показывает, что большинство таких больных соглашается на диспансерное наблюдение и при необходимости на лечебные процедуры. Так что мы, вообще, избегаем терминов принудительного или обязательного лечения.

Тех же больных, которые не критичны к своим заболеваниям (аназогнозия) или являются воинствующими алкоголиками или наркоманами, заставить лечиться практически невозможно. Впрочем, их единицы. Не продуманы предварительные консультации больных психиатром-наркологом в СИЗО, когда они более доступны и менее замкнуты в отношении своих вредных привычек. Ранее это успешно делалось с помощью врачей и следователей, которые вели их дела. Потом количество наблюдаемых значительно сократилось. Ныне сокращаются сроки пребывания в коло-

ниях таких больных в связи со снижением строгости наказания за хранение наркотиков; удельный вес наркомании среди наркологических больных неуклонно повышается.

Применение же методов психотерапии: гипнотерапии, трудотерапии, групповой, музыкотерапии и других воспитательных и лечебных мер потребует дополнительных условий — создания психотерапевтических кабинетов, в т.ч. для гипноза и релаксации, для чего необходимо исключение световых и шумовых помех. Этого, однако, наша администрация не понимает, часто затрудняя посещение больными своего врача-нарколога. Так было и раньше при применении принудительного лечения к наркологическим больным в соответствии с прежней редакцией ст. 97 УК РФ. Необходима дополнительная подготовка врачей-психотерапевтов, создание для них условий. Опыт показывает, что таких специалистов бывает немного, если не единицы, даже вне нашей пенитенциарной системы. В других условиях эти врачи частным образом могут зарабатывать во много раз больше.

Все эти системы, типа “12 шагов” и т.д., остаются поэтому только пожеланиями или *тонут* в консерва-

тивности и непонимании системы УИС России, которая пока недостаточно направлена на исправление людей, преступивших закон, хотя положительные сдвиги уже есть.

Пора от методов подавления переходить к более гуманным методам воспитания, по крайней мере для тех осужденных, которые этому не противятся.

ВЫВОДЫ

- лечение наркозаболеваний у осужденных одной изоляцией от наркотика результатов не дает;
- для успешного лечения наркологических больных в колониях необходимо в лице психиатра-нарколога иметь опытного психотерапевта с психиатрическим уклоном и воспитателя, старшего советчика;
- для этих больных при проведении рациональной психотерапии необходимо создать условия для доверительного общения с врачом, т.е. условий для наиболее эффективных методов психотерапии, включая организацию кабинета психотерапии, создания гипнотария.

Случай диссоциативной биографической амнезии с разрешением в результате гипнотического интервью

И. А. Федотов¹

Одной из психиатрических загадок последнего десятилетия стало появление молодых людей, полностью забывших собственную личность и свое прошлое, но здраво рассуждающих и психически сохранных во всех других отношениях [1]. Число таких случаев неуклонно растет с каждым годом, что определяет актуальность данной проблемы в теоретическом и практическом плане. Причем традиционно считается, что патология памяти — это удел больных пожилого и старческого возраста. Если же она манифестирует у молодых, то всегда требует тщательной дифференциальной диагностики [2]. Биографическая амнезия, вовлекающая в процесс забывания всю историю жизни пациента, является наиболее инвалидизирующей и трудной для терапии в ряду возможных амнестических расстройств.

Клинический случай:

Больной с неустановленной личностью 05.09.08 был переведен в Рязанскую областную клиническую психиатрическую больницу из психиатрического отделения ЦРБ с диагнозом “Амнезия неясного генеза” для дообследования и лечения. Из выписки стало известно: “Больной был доставлен в отделение отрядом милиции, который взял его с вокзала. Больной сам обратился за помощью к милиционеру с просьбой помочь установить его личность. Он не мог вспомнить своего имени, фамилии, места жительства и всей прошлой жизни. При этом он также не мог говорить или издавать хоть какие-то звуки, но отлично понимал обращенную к нему речь, а с окружающими людьми объяснялся письменно и с помощью жестов.

При поступлении: мужчина, внешне русской национальности, на вид 20 – 25 лет, нормостенического телосложения. Речевой контакт отсутствует, т.к. больной ссылается на невозможность говорить, но при этом понимает обращенную к нему речь и изъясняется письменно. Предъявляет жалобы на невозможность вспомнить что-то из своего прошлого и невозможность разговаривать, т.к. при попытке заговорить “как будто комок сдавливает горло”.

Воспоминания больного ограничиваются 2 неделями до поступления, когда он “очнулся” на берегу неизвестной ему реки. Во время “пробуждения” ощущалась сильная головная боль, некоторая спутанность. Он пошел в близлежащий город, которым оказался Волгоград. Там он встретил незнакомого мужчину, который посоветовал ему поехать в Москву, чтобы через программу “Жди

меня” найти своих родных. Пациент послушал совет и автостопом начал свое путешествие в сторону Москвы. Деньги на проезд и на пропитание он зарабатывал собиранием милостыни. Об этом моменте своего путешествия он вспоминает с большой досадой, т.к. этот способ получения денег вызывал у него внутренний протест и чувство унижения, но других реальных способов найти средства на пропитание, при условии, что в то время он не мог разговаривать, не было.

Таким образом больной добрался до Рязани, но потом оказался не в том поезде и уехал в неправильном направлении. В новом незнакомом городе он отчаялся и решил обратиться за помощью к милиции, которая и доставила его в психиатрическое отделение.

Объективно: Кожные покровы чистые, обычной окраски. Опорно-двигательный аппарат без видимой патологии. В легких дыхание везикулярное по всем полям, хрипов нет. Сердечные тоны ясные, ритм правильный. ЧСС 76 уд/мин. АД 130/80 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Стул и диурез в норме.

Очаговой и общемозговой симптоматики не выявлено. Менингеальных знаков нет. Больной осмотрен неврологом, травматологом, окулистом. Выполнена рентгенография черепа в двух проекциях, эхоэнцефалоскопия. Данных за ЧМТ не выявлено.

Поведение больного адекватно. Острой психотической симптоматики нет. Фон настроения ровный. У больного отсутствуют воспоминания о своей жизни, при сохранении памяти на текущие события и элементарных навыков по самообслуживанию.

В отделении больной находился с 01.08.08 по 05.09.08. На фоне проводимой метаболической и ноотропной терапии, через 10 дней после госпитализации утром больной проснулся и начал разговаривать. В голосе обращал на себя внимание легкий южный акцент. При этом сам больной не смог объяснить произошедших с ним перемен. Рассказать больше, чем ранее, он также не смог. За время госпитализации память к больному не вернулась. Иногда ему снились горы, название которых он вспомнить не мог, но они казались знакомыми. Фон настроения был ровный. На продолжение лечения в условиях областной клинической психиатрической больницы больной дал согласие”.

В отделении РОКПБ: Больной с неустановленной личностью. Мужчина, на вид русской национальности, нормостенического телосложения, 20 – 25 лет. Особых фенотипических признаков нет.

Больной предъявляет жалобы на невозможность вспомнить события своей жизни, назвать себя. Имеющиеся воспоминания ограничиваются 1,5-месячным интервалом. Помимо сведений, полученных ранее, было отмечено также, что больной часто испытывал чувство дереа-

¹ Студент 6 курса лечебного факультета, кафедра психиатрии РязГМУ. Научные руководители: доц. А. В. Меринков, асс. Е. А. Шитов.

лизации, при котором все происходящее вокруг казалось ему неестественным, “никогда не виденным”. В течение последних нескольких дней больного во сне преследует образ женщины с грудным ребенком на руках, которых он вспомнить не может, но они кажутся ему очень знакомыми. При рассказе об этих переживаниях настроение больного крайне ухудшается, и он начинает плакать. Просит врачей помочь ему.

Помимо этого, при проведении психологического исследования было отмечено, что уровень образования пациента соответствует среднему: он грамотно пишет, умеет выполнять несложные арифметические действия, помнит основные даты из современной истории, правильно ориентирован в современной геополитической обстановке. Амнезия коснулась изолированно его прошлой жизни. При этом функция запоминания не изменена (мнемограмма в тесте запоминания 10 слов по Лурия: 6 – 8 – 9 – 10, отсрочено — 9). В других психических сферах патологии также не выявлено.

В отделении больной вел себя обособленно, режим соблюдал. Настроение было подавленным, т.к. со слов больного “он хотел найти свой дом и вернуться туда”. В контакт с другими больными вступал мало, большую часть времени проводил в одиночестве. На второй день госпитализации больной начал вспоминать отдельные названия улиц, номера домов, но не мог собрать разрозненный обрывки воспоминаний воедино. Больному был выставлен диагноз: “Диссоциативная биографическая амнезия”.

На третий день госпитализации больному была предложена гипнотерапия. Больной не имел большой заинтересованности в проведении предложенной интервенции, т.к. не верил в ее успешность, но согласился. После разъяснительной беседы о безопасности и физиологичности гипноза, началась индукция с применением словесной формулы погружения. При этом больной довольно быстро достиг сомнамбулической стадии, что нашло отражение в феномене левитации руки. Потом больного удалось вернуть к событиям того дня, когда он пропал из родного города. Он вновь пережил эти события, комментируя свои переживания при этом вербально. Вспоминать пациент начал с момента неприятной мелкой ссоры на работе. Затем стало известно, что проживает он в Ставропольском крае, также стали известны биографические данные пациента, номера телефонов жены и родственников. Когда пациент возвращался с работы, его ограбили, отняв большую сумму денег. Последним моментом, на котором закончились его воспоминания о том дне — был свет фар наезжающей на него машины. Как потом выяснилось, по рассказу жены, искавшей его все эти три месяца и проводившей личное расследование, машина его не сбила, а остановилась в нескольких сантиметрах от замершего в испуге пешехода. После несостоявшейся аварии он сел в такси и уехал в соседний город. Водителю такси он показался несколько заторможенным и сонным, но в целом поведение было адекватным. Дальше след путешествия больного теряется. У самого больного эпизод от несостоявшейся аварии до “пробуждения” у реки остался белым пятном в воспоминаниях.

После выхода из гипнотического транса на вернувшиеся воспоминания больной отреагировал бурными слезами радости, но потом стал отмечать сильную головную боль и головокружение, которые полностью исчезли после ночного сна. В памяти остался только указанный выше пробел. Через несколько дней больной вместе с женой, которая уже считала его погибшим, уехал домой. Жена охарактеризовала мужа как вспыльчивого, непостоянного, импульсивного, взрывного человека. Для него всегда были характерны демонстративность и театральность в поведении, желание всегда быть в центре внимания. Как впоследствии оказалось, в том сне, который преследовал этого пациента на протяжении многих ночей, он видел жену и новорожденную дочь.

Биографическая (синоним: автобиографическая) *амнезия* представляет собой редкую и наиболее тяжелую (в связи с тотальным характером мнестического выпадения) форму диссоциативной амнезии. Психопатологическая симптоматика при этом расстройстве проявляется утратой памяти о собственной личности и событиях прожитой жизни без других когнитивных нарушений при сохранении формального интеллекта, общих знаний и профессиональных навыков [3]. Таким образом, при этом расстройстве не страдает процедурная (связанная с автоматизированными действиями) и оперативная (функция фиксации) память, а выпадение остальных видов памяти имеет психогенный, селективный и обратимый характер. Для данного психопатологического феномена предложен новый термин — *аутоперсонамнезия*, лаконично отражающий суть наблюдаемого явления [4].

Начало изучению диссоциативных расстройств положили классические работы европейских психиатров XIX века, изучавших истерию. Уже тогда диссоциация рассматривалась как механизм избавления от неприятных психотравмирующих воспоминаний. В настоящее время именно диссоциацию, как психологический механизм, считают первопричиной таких феноменов как *дежа вю* и *жема вю*, деперсонализации и дереализации, *flash-back* феноменов и диссоциативных фуг, одержимости и расстройства множественной личности (РМЛ). Причем все эти расстройства располагаются в рамках диссоциативного континуума, который простирается от нормальных переживаний — фантазий, спонтанных трансов, до психозов — феномена одержимости и РМЛ [5]. У всех пациентов с патологией диссоциативного спектра отмечается повышенная гипнабельность. В качестве основной причины возникновения диссоциации многие исследователи рассматривают острую и хроническую психическую травму (*abuse*) [6].

При дифференциальной диагностике следует исключать посттравматические (ретроградные), сосудистые (транзиторная глобальная амнезия), эпилептические (транзиторная эпилептическая амнезия), интоксикационные амнезии и установочное поведение [8, 9].

Для синдрома таксиса при биографической амнезии наиболее характерна следующая последовательность: воздействие стрессогенного фактора диссоциативная fuga диссоциативная биографическая амнезия [7]. Причем на момент fugи сохраняется полная амнезия даже при восстановлении остальных воспоминаний.

В качестве основных способов терапии диссоциативных амнезий исследователи предлагают *гипнотическое интервью*, когда с помощью погружения в гипнотический транс удается разрушить амнестический барьер и восстановить континуум воспоминаний. Особое значение необходимо уделять психотерапевтической проработке травмирующих воспоминаний, потому что повторная актуализация их может привести к повторной травматизации. Наряду с гипнозом применяется так называемое “*растормаживание*” — применение кратковременных средств для наркоза (тиопентала-натрия), с помощью титрования которого добиваются состояния сомноленции с речевым возбуждением в течение промежутка времени, достаточного для восстановления воспоминаний. Полученный таким образом материал дает основу для дальнейшей психотерапевтической проработки психотравмирующих переживаний [7].

В данном случае, по моему мнению, у больного имела диссоциативная биографическая амнезия, удовлетворяющая всем диагностическим критериям МКБ-10. В начале расстройства она сопровождалась и конверсионной афазией. В пользу этого диагноза свидетельствуют также и наличие гистрионических черт в преморбиде (импульсивность, экспансивность, театральность, склонность к шантажно-манипулятивному поведению). Помимо амнезии наблюдались и другие диссоциативные феномены: деперсонализации, чувство “никогда не виденного” и др. Положительный ответ на гипнотическое вмешательство также подтверждает первоначальное предположение.

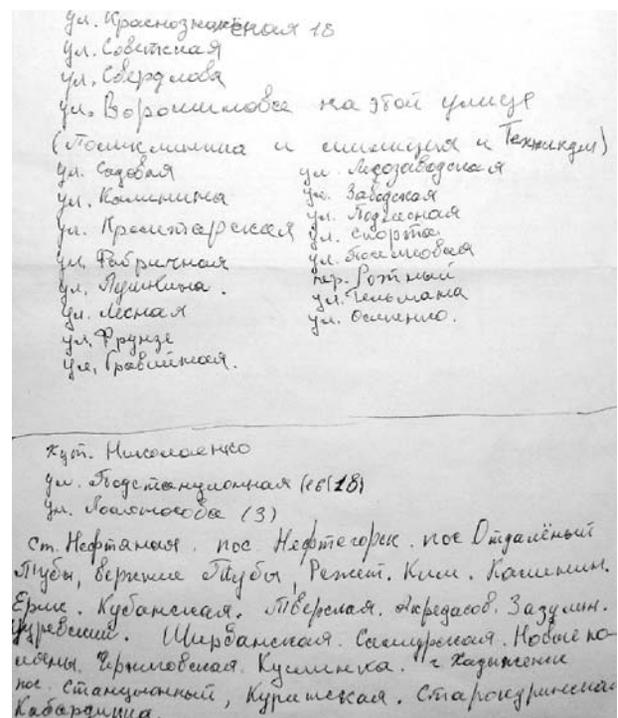
Дальнейшая психотерапевтическая работа с пациентом была невозможна, т.к. он уехал в другой город, и таким образом вернулся в привычное рентное и психотравмирующее окружение. Через 2 месяца по телефону от жены стало известно, что сейчас у больного появился новый конверсионный симптом: невозможность поворачивать глазные яблоки. Лечение у офтальмолога и невролога, как и предполагалось, не дало ощутимых результатов...

ЛИТЕРАТУРА

1. *Остроглазов В. Г.* Autopersonamnesia. Новый психопатологический феномен? // Независимый психиатрический журнал, 2004, № 4

2. *Коберская Н. Н., Пятницкий Н. Ю., Менделевич С. В., Дамулин И. В.* Случай диссоциативной амнезии у пациента молодого возраста // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова, 2007, № 12.
3. *Портнова А. А., Серебровская О. В., Тохтубев В. Г., Тюменкова Г. В.* Биографическая амнезия у подростков // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова, 2003, № 10.
4. *Остроглазов В. Г.* Autopersonamnesia. Новый психопатологический феномен? // Независимый психиатрический журнал, 2005, № 3
5. *Патнем Ф.* Диагностика и лечение расстройства множественной личности / Пер. с англ. — М.: “Когито-центр”, 2004.
6. *Мак-Вильямс Н.* Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе / Пер. с англ. — М.: Независимая фирма “Класс”, 2001.
7. *Портнова А. А., Серебровская О. В., Тарасова А. В.* О клинических симптомах, патопсихологических проявлениях и механизмах развития биографической амнезии // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова, 2004, № 8.
8. Дифференциальный диагноз диссоциативных и соматизированных расстройств // Сибирский вестник психиатрии и наркологии, 2004, № 2
9. *Тихонова И. В., Гнездицкий В. В., Страховская Л. В., Скворцова В. И.* Нейрофизиологическая характеристика синдрома транзитной глобальной амнезии // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова, 2001, № 11.

Приложение. Обрывочные воспоминания адресов пациентом накануне индуцированного гипнозом восстановления памяти



Избирательная “амнезия” некоторых авторов и редакторов национального руководства “Психиатрия”

Издание нового национального руководства по психиатрии издательской группой “ГЭОТАР-Медиа” является заметным событием в российской психиатрии. Оно имеет значение именно руководства, прежде всего, для новых поколений психиатров, для которых знание истории отечественной психиатрии на всех этапах ее развития имеет важное профессиональное значение с точки зрения сохранения передовых традиций и научной преемственности. Тем более огорчительно, что в главе “История развития научных основ психиатрии” в разделе “Новое время (XIX – XX вв.)” полностью отсутствует не только освещение советского периода отечественной психиатрии, но нет даже упоминания о нем и о тех достижениях в научной и практической психиатрии, которыми вправе гордиться психиатры старшего поколения. Что это? Феномен “Иванов, не помнящих родства”? Или пресловутое следование “генеральной линии партии”? Говорят, что из песни слова не выкинешь. Но оказывается, можно выкинуть не только слово, но и целый исторический период в 70 лет.

Можно, оказывается, исключить из национального руководства важнейший раздел по суицидологии с глубокими научными и практическими разработками А. Г. Амбрумовой и ее сотрудников, которые сформировали оригинальное направление в этой области психиатрии. Разве с ним не должны быть знакомы молодые психиатры, призванные сохранять и развивать все ценное, что было создано научной школой А. Г. Амбрумовой?

В новом национальном руководстве по психиатрии отсутствует важный раздел по нехимическим видам зависимостей, эпидемия которых продолжается в стране. Неужели такой раздел не заслуживает хотя бы упоминания в контексте современной психиатрии?

В отличие от двух глав, посвященных психической патологии детского и подросткового возраста, в руководстве не нашлось места для характеристики функциональных психозов позднего возраста и актуальных вопросов пограничной геронтопсихиатрии. В главе “Психотерапия” оказался “забытым” хорошо известный метод терапии творческим самовыражением М. Е. Бурно, который разрабатывался и внедрялся автором с разными модификациями в течение многих лет.

Авторы главы “Другие немедикаментозные методы лечения” важное значение придали лечению пси-

хических расстройств душами, ваннами и банями (русской, римской, турецкой и финской). Видимо, авторы имеют богатый личный опыт проведения “бане-терапии”, хотя в списке литературы нет их работ. Не забыт авторами и метод терапии депривацией сна. В то же время напрочь “амнезирован” оригинальный отечественный метод лечения психических расстройств путем депривации питания, разработанный и внедренный в психиатрическую практику Ю. С. Николаевым под названием лечебного голодания или разгрузочно-диетической терапии. Этот биологический метод в настоящее время применяется в Москве, Санкт-Петербурге, Ростове-на-Дону, Ставрополе и других городах. Он описывается в руководстве по терапии Г. Я. Авруцкого и А. А. Недувы, в руководстве по сексопатологии под редакцией Г. С. Васильченко, в руководстве по психотерапии под редакцией В. Е. Рожнова (третье издание), в справочнике для врачей “Психиатрия” под редакцией А. Г. Гофмана (2006). Как, спрашивается, можно квалифицировать такого рода “забывчивость” авторов упомянутой главы? Ведь один из них считается специалистом по вопросам этики в психиатрии, разработчиком Кодекса профессиональной этики психиатра. Естественно задать ему и некоторым другим авторам и редакторам нового национального руководства по психиатрии вопрос: этично ли допускать в национальном руководстве неоправданное игнорирование и замалчивание значимых разделов и достижений отечественной психиатрии? Риторический характер этого вопроса очевиден.

Ю. И. Полищук

От редактора. К сожалению, приходится присоединиться к автору отклика. Монументальный по виду труд многих авторов составлен явно в спешке, дан разностильно, разномасштабно, разнородно, не выдерживая ни композиции, ни соразмерности частей, лишен концептуального единства.

Неудачно само определение “психиатрии”.

Неудачна и местами неверна рубрификация первой главы первого раздела “Введение в клиническую психиатрию”. Она почему-то начинается не с предмета изучения, а с причин психических болезней, —

принцип, окончательно оставленный полстолетия назад.

Неоправданно кратко (две с половиной страницы) изложены “обследование больного” и “клинический метод в психиатрии”, что создает грубую диспропорцию с изложением стандартизованных шкал. И это — в национальном руководстве.

Непонятно, каким образом, главы о судебной и военной психиатрии, о психических расстройствах при чрезвычайных ситуациях предшествуют главам по пропедевтике и общей психопатологии.

Совершенно непонятно, как можно синдромы излагать по алфавиту, а не по регистрам — выдающемуся вкладу Крепелина.

Разделяя пафос В. А. Точилова, мы не можем одобрить логику МКБ-10 “от симптома к диагнозу” и называть ее “новой”. Адекватным было бы говорить о динамике “от феномена к диагнозу”, “от структуры синдрома и синдромокинеза к диагнозу”, хотя никто из авторов руководства не останавливается на фундаментальном различии “симптома” и “феномена”. Столько было разговоров о национальной классификации, а рубрификация национального руководства повторяет МКБ-10.

Совершенно неудовлетворительно изложена история психиатрии XX века, самая актуальная для нас. Игнорируется отрицательная роль тоталитарных режимов в развитии психиатрии. Наоборот, появление нозологической концепции приписывается объединению Германии Бисмарком. Отсутствует иллюстративный материал.

В отношении одной из центральных проблем, болезненной для истории отечественной психиатрии, авторы исторической главы ограничиваются замечанием, что “трудно провести границу между шизофренией и шизотипическим расстройством”. Между тем, в МКБ-10 дается четкий перечень признаков этих форм и подчеркивается: “ни на одной стадии развития характерные для шизофрении нарушения не наблюдаются. Какой-либо превалирующий или типичной для шизофрении симптоматики нет”. Упомянув о смене основной парадигмы в психиатрии, авторы не разъясняют, в чем же она состоит, вопреки фундаментальности этого процесса.

Неверно, что в отечественной и классической немецкой психиатрии преобладал взгляд, растворяющий неврозы в психогениях или в реактивных состояниях, отвечающих критериям Ясперса и отождествляющих их.

Неудачно определение психотерапии.

Наконец, невообразимое число огрехов содержит перечень известных психиатров. Ссылка ответственного редактора и составителя этого списка на пассивность коллег ничего не объясняет. Я получил возможность подать свои дополнения и замечания вовремя. В первоначальном варианте списка не было даже С. Г. Жислина и многих-многих других. Но как можно упоминать П. К. Анохина и не упомянуть Н. А. Бернштейна? Упомянуть А. Л. Мясникова и не упомянуть Д. Д. Плетнева? Упомянуть К. Н. Корнилова, автора лозунга о “специфически советской психологии” и примитивной концепции реактологии, и не упомянуть по настоящему великих наших психологов Г. И. Челпанова, Г. Г. Шпета, Л. С. Выготского?... И это вопреки моим личным разъяснениям. Нет таких значимых для психиатрии невропатологов как М. И. Аствацатуров, В. В. Крамер, Н. К. Боголепов. Нет проф. Н. В. Краинского. Зато есть коллега, ныне успешно работающий в Москве. Характерно, что в статье о И. А. Сикорском нет ни слова о деле Бейлиса, а в статье о Ф. Е. Рыбакове — о бойкоте его в течение 6 лет, хотя это знаковые и воспитующие факты. Не удостоились отдельных статей даже классики и основоположники отечественных социальной психиатрии — П. И. Якобий, психиатрической патогистоморфологии — П. Е. Снесарев, экспериментальной патопсихологии — Б. В. Зейгарник и психотехники — И. Н. Шпильрейн. Прогнозирован поданный мной большой аннотированный список имен, в частности, проф. Георгий Юрьевич Малис — автор вирусной теории шизофрении и единственной отечественной монографии, переведенной в то время на английский язык, выдающиеся разработчики генетики шизофрении Ирина Викторовна Шахматова-Павлова и Виктор Миронович Гиндилис. И даже Самуил Иванович Штейнберг, с которого (1872), наряду с А. У. Фрезе, началось осуществление принципа нестеснения в России, под руководством которого начинал свою деятельность С. С. Корсаков, о котором Ю. В. Каннабих в своей “Истории психиатрии” пишет, что это имя “должно быть в памяти каждого русского психиатра”. И все это — в национальном руководстве!

Разумеется, сказанное продиктовано досадой, а не желанием снизить значение многих превосходно написанных текстов.

Апофеоз Центра им. Сербского в официозе российской прессы

“Российская газета” в течение последних лет регулярно публикует комментарии по психиатрии руководящих работников Государственного центра социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского — Т. Б. Дмитриевой, З. И. Кекелидзе и М. В. Виноградова, не только давая таким образом одностороннюю и по большей части благостную картину происходящего в этой сфере, но и укрепляя тем самым пугающую многих репутацию этого учреждения.

Так, публикация в этом официальном органе в сентябрьском выпуске “Юрист спешит на помощь” статьи Виноградова “Преступник или больной: когда нужна психиатрическая экспертиза?” вопреки намерениям автора и восприятию редакции производит обратный эффект на большинство читателей. Они читают ее другими глазами и с другими установками. Они сразу видят в ней наивно закамуфлированную рекламу Государственного центра им. Сербского: если Вам нужна объективная экспертиза, обращайтесь в Центр им. Сербского! Это, как он пишет, *“самое квалифицированное и современно оснащенное экспертное учреждение”*, это *“высшая экспертная инстанция”*, а *“психиатрия — наука математически точная”*, *“если экспертные мнения расходятся, запретить суду и следствию выбирать “удобное” для них заключение, а обязательно направлять обвиняемого на стационарное обследование в Центр судебной психиатрии им. В. П. Сербского”*.

Это делается за счет недостойных намеков на коррупцию в других экспертных учреждениях.

Наш 15-летний опыт оспаривания в судах экспертных заключений всех московских и многих других экспертных учреждений показывает, что “странных” решений, — как подмигивая, изящно выражается автор, — в Центре им. Сербского ничуть не меньше. К этому неизбежно ведет реальный монополизм этого учреждения и такая противозаконная подача себя как “высшей экспертной инстанции”. А монополизм Центра им. Сербского сейчас превзошел все, что было при советской власти.

Что это за “независимые эксперты”, о которых пишет Виноградов? Мы хорошо знаем, как относится Центр им. Сербского к независимым специалистам, которые выступают с разъяснениями и критикой его экспертных заключений. Вместо доводов по существу и вопреки всем статьям закона, оспаривают само право оспаривать себя. “Независимые эксперты” в устах Виноградова — это те сотрудники им. Сербского, которые подрабатывают на частной ниве в качестве специалистов, пытаясь подменить нас даже в этой роли, под флагом “независимости”, а на деле эксплуатируя подразумеваемые обращающимися надежды на особые связи, конечно, мнимые.

Можно посмеяться над этими потугами выставить свое учреждение как самое-самое-самое лучшее. Это тот случай, который сразу всем ясен, про который говорят: “перестарался”.

Ю. С. Савенко

О психодиагностических версиях и методологии их обоснования

К теме “аутоперсонамнезии” по В. Г. Остроглазову¹

Работы В. Г. Остроглазова по “аутоперсонамнезии” привлекают внимание как тщательно собранным фактическим материалом, так и методологической стороной обоснования автором собственной диагностической версии клинического феномена, известного под названием диссоциативная амнезия. По мнению автора исследований в данном феномене у пациентов имеет место бредовая деперсонализация в структуре латентной шизофрении. Такая позиция отличается от традиционного понимания диссоциативной амнезии как психогенного расстройства и содержит противоречие: в названии говорится об амнезии, а в доказательной части — об эндогенном процессуальном заболевании, для которого специфично расщепление личности, а не ее запамятование. На некоторые противоречия в обосновании аутоперсонамнезии В. Г. Остроглазовым указывалось ранее², но новые публикации с материалами клинических разборов и уточнениями автора позволяют более детально обсудить методологический аспект данного вопроса.

Под методологией принято понимать науку о методах и способах их применения в различных областях человеческой практики. Она восходит к наиболее общим категориям диалектики и конкретизируется в отдельных направлениях человеческой деятельности в виде методологических правил, принципов, требований. С развитием системного подхода методология обогатилась теорией целого, что дает в руки исследователя дополнительные критерии, позволяющие логически точно строить научные версии и избегать ложных тупиковых направлений. Применение положений методологии требует выполнения основного диалектического принципа о единстве общего, особенного и единичного.

В процессе диагностики конкретного случая мы создаем познавательную модель объекта в его существенных свойствах и квалифицируем наблюдаемые феномены в терминах той дисциплины, с позиций которой производится диагностический процесс. При этом мы сталкиваемся с такими методологическими критериями, как форма и содержание, сущность и явление, целое и части и рядом других положений диалектики и системного подхода, которые помогают адекватно отобразить исследуемое явление.

Одним из таких методологических принципов является положение о единстве формы и содержания в границах определенного качества. Учет этого принципа позволяет избегать смешивания и подмены по-

нятий в суждениях, а в психодиагностике — верно квалифицировать наблюдаемые явления. Покажем возможность применения данного методологического положения на примере обоснования В. Г. Остроглазовым бредовой деперсонализации у пациентов с диссоциативной амнезией.

Амнестические расстройства, как известно, относятся к негативным синдромам (выпадениям), деперсонализация и бред — к продуктивным синдромам. Патологически продуктивные синдромы появляются на основе негативных, но они им не тождественны. Это качественно различные состояния и они описываются в разных рубриках. Если в названии феномена содержится указание на ведущий признак — амнезию, то и рассматривать его логично в рубрике негативных синдромов. Если же доказаны признаки деперсонализации и бреда, то это меняет дело. Но нужно менять тогда и название. Иначе нарушается принцип единства формы и содержания, и квалификация признаков теряет строгость. О сомнительности квалификации бреда у пациентов данного профиля говорилось ранее. Сошлемся также на мнение по этому поводу Ю. И. Полищука, зачитанное на клиническом разборе: “Основным психическим расстройством у пациента является почти тотальная ретроградная амнезия, а не бред, наряду с амнестической, а не бредовой деперсонализацией. Из беседы с больным хорошо видно, что идея потери памяти не является ложной, не соответствующей реальности. Она отражает эту реальность. Говоря о неспособности вспомнить свою биографию, больной проявляет критическое, осознанное отношение к этой неспособности. У него есть желание и стремление восстановить память о себе и о своей жизни. Такое отношение не свойственно бредовому состоянию, как и старание пациента вспомнить свое прошлое”. Достаточно убедительное обоснование того обстоятельства, что если нет содержательных признаков бреда, то нет бреда и по форме. А есть специфическая форма амнезии. Правда, Ю. И. Полищук считает возможным словосочетание амнестическая деперсонализация, как это явствует из приведенного текста. С этим можно было бы согласиться, если бы речь шла о некоей продуктивной симптоматике вследствие амнезии. И то, — условно, поскольку, строго говоря, амнестическая деперсонализация — это нечто подобное непродуктивной продуктивности. Изменения личности, вызванные болезнью и критически констатируемые больными, еще не являются деперсонализацией, ибо они негативны, а не продуктивны. Если же в аутоперсонамнезии усматривается все-таки расстройство самосознания с чувством изме-

¹ НПЖ, 2004, 4; 2005, 1, 2, 3; 2007, 2; 2008, 1.

² НПЖ, 2008, 2.

ненности и отчуждения своего я, то можно говорить об очень специфической и особенной деперсонализации у данных больных.

Немалую трудность в диагностике нарушений психики представляет установление причинных факторов исследуемых явлений. Уяснить происходящее помогает учет системных свойств объекта и соотношений сущности и явления.

О клинических феноменах мы судим по их внешним проявлениям, но какова их сущностная природа, по внешнему виду ясно не всегда. Философско-методологические разработки ориентируют на то, что сущность многоуровневая: сущность первого порядка, второго и т.д. Как разобраться в такой многослойной сущности, когда необходимо решить конкретный вопрос, касающийся диагностики и лечения? Ответ на этот вопрос дает нам системный подход, указывающий на системную целостность исследуемого феномена. Так, рассматривая определенный объект, мы можем проанализировать его внутренние составляющие с одной стороны и ту более общую систему, в которую данный объект входит как ее часть, с другой стороны. И таким образом мы видим, какие факторы влияют на состояние нашего объекта. Если перед нами пациент с конкретными симптомами, то нелишне узнать, что он за личность и каково его поведение в различных ситуациях. Второй сущностный круг — система отношений субъекта в микро- и макросоциуме. В уточнении свойств личности помогает психологическое исследование. Но психолога необходимо на это нацелить. Это даст возможность осуществить комплексный подход к исследованию и лечению. По совокупности собранных сведений можно сделать вывод о том, насколько гармоничны или, напротив, дисгармоничны отношения субъекта с окружающими и что он за личность.

Применительно к установлению сущностных причин психогенной амнезии, можно отметить следующее. Когда внутренние условия как свойства данной личности не совмещаются с внешними условиями, то включаются разные формы индивидуальной самозащиты. В частности — психологическая защита, которая может проявляться в различных формах. При сверхсильных стрессовых нагрузках и субъективной неготовности к ним психологическая защита не выдерживает. Она деформируется, утрируется и приоб-

ретаает нездоровые формы. Одна из таких форм, на наш взгляд, проявляется в психогенной амнезии. Другая форма заключается в мотивационной инверсии поведения, когда суицидальная настроенность становится ведущей поведенческой доминантой субъекта. Возможно, аутоперсонамнестический тип реагирования на неблагоприятные внешние условия спасает субъекта от более драматического реагирования — суицидального.

В. Г. Остроглазов в гипотезе патокинеза рассматриваемых случаев также говорит о включении “защитных психодинамических механизмов” в формирование аутоперсонамнезии. Но данное состояние развивается, по мнению автора, у “больных шизофренией, а именно у больных латентной шизофренией, и то далеко не у всех”. Но, может быть, аутоперсонамнезия возможна не только у больных латентной шизофренией? Надо думать, что это вполне возможно. Во всяком случае, приводимые В. Г. Остроглазовым ссылки на Ясперса о “слабости процессов персонализации” и на Лейнга о том, что “у человека должно быть ощущение своего присутствия в мире как реальной живой, целостной и, во временном смысле, непрерывной личности...”, относятся все-таки не к больным шизофренией, поскольку целостность личности у больных страдает изначально в силу самой болезни.

Поэтому, можно считать, что термин аутоперсонамнезия применим к более широкому кругу психогенных состояний. Автор данного термина указал на главное звено поражения при таких состояниях — личность субъекта. И это открывает путь к комплексному исследованию данного феномена для лучшего изучения его сущностных свойств. Такие исследования важны и для общей психологии, поскольку расширяют наши познания об особенностях человеческой памяти, о ее связи с эмоциями, потребностями и ценностями личности. Это, действительно, малоизвестная и пока скрытая сторона человеческой психики, но будем надеяться, что исследования приблизят разгадку этой тайны. Важно, чтобы такие исследования были объективными, всесторонними, незаангажированными одной психодиагностической версией, комплексными и опирались на современную системно-диалектическую методологию.

Н. А. Шатайло (Днепропетровск, Украина)

О статье З. И. Кекелидзе, М. А. Ларцева, А. В. Милёхиной, Л. В. Поляковой “Биографическая амнезия (сообщение 1)”

Критический реферат¹

О загадочной проблеме “неизвестных”, забывших собственную личность, психиатры и широкая публика знают главным образом из СМИ, телешоу “Жди меня” и паранаучно-популярного телефильма “Люди со стертой памятью”, периодически повторяемого в связи со своей сенсационностью.

Речь в нем идет об исследовании таких пациентов из московской ПБ № 7 с участием главврача Э. Федина, зам. директора по науке ГНЦ СиСП им. Сербского проф. З. И. Кекелидзе, парапсихолога Е. Г. Русалкиной (вдовы академика Игоря Смирнова, специалиста по парапсихологическим и психотронным воздействиям на человека) и др.

Этот фильм убеждает нас, что такие лица стали появляться в России в последние 10 лет. Они обычно доставляются в психиатрические больницы и лечатся там², однако психически здоровы. У них имеется лишь невиданное раньше расстройство памяти, т.н. “атипичная” или “биографическая” амнезия. Показано несколько таких пациентов.

К примеру, “Роман”, который никак не вспомнит себя. Но однажды был взволнован увиденным во сне сюжетом “девочка и папа”. С тех пор расстроен. “Как увижу по ТВ детей, у меня сердце ноет”. И продолжает терзаться: “Кто Я?”.

Или “Олег”, который забыл, кто он. Помнит только последний отрывок “...какой-то город, вокзал. На нем только окончание названия города — “...инск”. А дальше фантастический бред: что его обезволили, привезли в какую-то операционную, куда вошел хирург в камуфляже, в хирургической маске. “Олега” приковали наручниками к операционному столу. Он сразу понял, что этот в камуфляже — “главный”, и что над ним будут производить опасные неизвестные опыты. Но “главный” ему сказал, что все, что с ним сейчас будут делать, его не касается. И начали что-то вводить в организм, сначала будто очищали организм, потом вводили какие-то вещества. И он то ощущал “рези в почках”, то сзади в спине “под сердцем какие-то уплотнения”. Потом его 2 года удерживали в плену и угрожали убить его родственников, если он удерет. Но он все-таки сбежал, хотя за ним 4 дня гнались с собаками. Затем еще 2 года бродяжничал в Но-

восибирске. И лишь потом, узнав, что в Москве занимаются такими же, себе неизвестными людьми, пешком добрался до столицы и этой больницы.

Кажется, что в этом случае бред очевиден? Но проф. Кекелидзе заявляет, что верит рассказу “Олега”, и не просто так верит, а знает по научным признакам, которые позволяют ему отличать рассказы пациентов о действительно происшедшем от всяких там фантазий и выдумок.

А дальше эти ужасы закрепляет сюжет (не уступающий бреду “Олега”) — о психотронном оружии, тайно разрабатывавшемся в психофизиологических лабораториях КГБ СССР при финансовой поддержке Минатоммаша и других стратегических государственных структур. Пожилая женщина с экрана подтвердила, что в психофизиологической лаборатории КГБ разрабатывали такое оружие, и она в этом участвовала, но только это — государственная тайна. Потом показали какого-то офицера из Сибири или с Урала, новоявленного “инженера Гарина”, изобретшего свой “гиперболоид”, вызывавший с помощью магнитных волн столь неодолимый сон, что при облучении целого города его население тотчас заснуло бы.

Вот такие вот оккультные дела творились в СССР! И не только в СССР. Сюда же приехали и пресловутый оккультизм Гитлера и его мага-оккультиста, которого хотели похитить и использовать в Советском Союзе. Но... не удалось.

А потом, в 1991 г. СССР развалили, а с ним развалился и КГБ вместе со всеми своими оккультными разработками. И куда делись эти изобретения по психотронному оружию, теперь можно только гадать. Но именно с этого времени появились загадочные, забывшие себя люди.

Вкратце заключение паранаучного фильма о “лицах со стертой памятью” следующее:

1) полное исключение шизофрении и др. психических заболеваний, констатация психического здоровья;

2) вера в реальность кем-то “стертой памяти”, превращения человека в робота, послушного злой чужой воле; его одержимость тайно введенным, неосознаваемым кодом, программой с непредсказуемыми последствиями.

После такого “промывания мозгов” неудивительно, что мнение о психическом здоровье “лиц со стертой памятью” разделяется многими психиатрами. Удивительно другое, что психиатры, считающие этих “неизвестных” психически здоровыми, продол-

¹ Кекелидзе З. И., Ларцев М. А., Милехина А. В., Полякова Л. В. Биографическая амнезия. Сообщение 1. Российский психиатрический журнал № 4, 2008, с. 42 – 48.

² В столице таких потерявших память о своей личности граждан доставляют на Потешную улицу в Московскую психиатрическую больницу № 7.

жают лечить их и исследовать в психиатрических клиниках³.

А между тем, около 10 лет эту проблему под руководством проф. Кекелидзе прицельно изучает коллектив Отдела неотложной психиатрии и помощи при чрезвычайных ситуациях Научного Центра им. Сербского. Об этом известно из интервью ученого в электронных и печатных СМИ, сообщавшего об открытиях и ноухау по ходу данного исследования. Но эти сообщения отличались присущей СМИ сенсационностью и вряд ли имели какое-либо научное значение. Поэтому первая научная публикация проф. Кекелидзе с сотрудниками о результатах исследования “34 человек с предварительным диагнозом “биографическая амнезия” имеет определенную ценность для психиатров.

Что касается терминологии, то можно согласиться с расхожим термином-этикеткой “биографиче-

³ Если встать на точку зрения психиатров, считающих “забывших себя лиц” психически здоровыми, то приходится только удивляться, зачем они, выходя за рамки своей профессиональной компетенции, упорно лечат таких пациентов в психиатрических больницах и в Центре судебной и социальной психиатрии им. Сербского с явным нарушением “Закона РФ о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”? Ведь для госпитализации в психбольницу необходимы как минимум два условия: первое — это наличие психического заболевания; второе — компетентное, т.е. понимающее согласие самого пациента, обеспечивающее принцип “добровольности”, принятый в цивилизованных странах. А что здесь? Первое условие отменяется с порога самими учеными и психиатрами. А второе исключается вследствие отсутствия самого субъекта права. Ведь, как только встает законный вопрос, а кто именно дает согласие на госпитализацию в психбольницу, то на него не может ответить никто, включая самого себе неизвестного. Вот юридический казус и психиатрический парадокс нашего времени.

Ну, а что же делать, когда нельзя по Закону уложить пациента в психиатрическую лечебницу добровольно? — В таких случаях ст. 29 “Закона о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании” предписывает госпитализацию в ПБ в недобровольном порядке. Но по ее условиям, необходимо наличие тяжелого психического расстройства и обоснованное врачебной психиатрической комиссией письменное обращение в районный суд, который и решает этот вопрос в открытом заседании с психиатрами и пациентом, давая разрешение на недобровольную госпитализацию или отказывая в нем и предписывая немедленную выписку. Но ничего этого в показанной по ТВ практике лечения таких “неизвестных” в психиатрических больницах нет.

Как раз во время написания этой статьи автор столкнулся с очередным парадоксом лечения такого “неизвестного” свыше 2-х месяцев без какого бы то ни было клинического диагноза в одной из крупнейших ПБ. Заведующий отделением и леч. врач и пояснили, что этот “неизвестный” не болен психически, у него только “ретроградная амнезия”, и его надо показать на телешоу “Жди меня” для опознания родственниками; а в ПБ он лечится “добровольно”, т.к. расписался закорючкой на соответствующем бланке за себя, хотя “забыл” и не знает, кто он.

ская амнезия”, с поправкой, которая указывала бы на амнезию не какой-то абстрактной, а *собственной* биографии пациента — автобиографическую амнезию. Но, если не пройти мимо центрального феномена забвения собственной личности (а не просто автобиографических данных, — ведь эти пациенты обращаются к окружающим с парадоксальным вопросом: скажите мне, кто Я?) то, может быть, адекватно было бы назвать это расстройство *амнезией собственной личности* или предложенным мной в 2003 году латинским неологизмом “аутоперсонамнезия” (см. статьи, клинические конференции и разборы на эту тему, опубликованных в Журнале НПА за 2004 – 2008 гг. — 2 – 7)

Рассмотрим содержание данной статьи.

А. Критический реферат предполагает последовательный анализ текста статьи, ее структуры и научного содержания.

1. Обычно научная работа начинается с определения **предмета исследования, с анализа истории и настоящего состояния проблемы.**

В течение последнего десятилетия в московской научной психиатрии проблему таких неизвестных, забывших собственную личность, обсуждают как сенсационную загадку. Для этого в кабинете директора МНИИ Психиатрии Росздора проф. В. Н. Краснова собирались консилиумы лидеров отечественной психиатрии, демонстрировавшиеся по центральному ТВ. Ученые психиатры пришли к единодушному заключению, что этот загадочный психопатологический феномен — совершенно новый, не встречавшийся ранее в истории научной психиатрии, почему-то появившийся в России в последнее десятилетие и даже обнаруживающий пугающий рост. Но в отношении генеза этого феномена, его синдромальной и нозологической природы были высказаны самые противоречивые мнения. Эти мнения, включая фантастические (например, испытания ранее невиданного психолептического препарата, происки инопланетян или эксперименты спецслужб по стиранию в человеческом мозге нежелательной информации), а также сенсационные интервью ученых тиражировались прессой и электронными СМИ, что приводило лишь к усугублению расстройств массового сознания и существующей в нашем обществе психофобии.

Ситуация омрачалась статистикой о десятках тысяч ежегодно пропадающих без вести взрослых и детей. Лишь единицы, потерявших себя “неизвестных”, демонстрировавшихся в телешоу “Жди меня”, были опознаны и возвращены родственникам. Но зато эти ужасы наряду с программой “Спокойной ночи, малыши” приходили вечером в каждый дом, и телезрители перед сном задавались тревожными вопросами: “А сколько же таких “неизвестных” затерялись без возврата? И как сохранить своих близких и себя от этой

напасти, разгадку которой не знают даже ученые психиатры?”

Тревожная социально-психологическая ситуация усугублялась своей неопределенностью при полном отсутствии научных психиатрических работ в этой области. Лишь в 2004 – 2008 годах по данной проблеме были опубликованы серия клинико-психопатологических работ автора (2 – 7) и клинические сообщения о подобных наблюдениях психиатров московских областных психиатрических больниц: МОПБ № 17 (А. Н. Олейников, В. М. Тунев, — 8), МОПБ № 2 им. Яковенко и 1586-го клинического госпиталя МВО МО РФ (И. В. Доровских, А. С. Заковряшин, С. Е. Заковряшина, В. И. Сурова, А. Е. Медведев, В. М. Шлюков, А. А. Жиздюк, Г. Ю. Мальцев, С. А. Стымковская — 9). В этих работах главными были научная постановка проблемы и предметный клинико-психопатологический анализ наблюдений, развеивающие ненаучные сенсационные домыслы СМИ, которыми как снежный ком обросла данная проблема в России. Однако психиатрическая диагностика, синдромальная и нозологическая принадлежность наблюдений, оценка вклада в патокинез аутоперсонамнезии эндогенных и экзогенных факторов отличались в этих работах крайней противоречивостью. А из противоречивости диагностики вытекала неопределенность лечебно-восстановительной тактики. Часто даже подчеркивалось, что эти “неизвестные” — не психически больные люди.

Таковы вехи истории и настоящего состояния исследуемой проблемы в Российской Федерации. Однако ничего этого в анализируемой статье нет. В первом абзаце лишь упоминается, что “В течение последних нескольких лет к представителям органов правопорядка и здравоохранения начали обращаться граждане... с просьбой оказать им помощь в самоидентификации в связи с тем, что они потеряли память. При беседе обнаруживалось, что они практически о себе ничего не помнят — не знают, как их зовут (фамилия, имя, отчество), где проживают, каков их социальный статус... Эти расстройства в медицинской практике получили название “биографическая амнезия”.

Не выделено главное, что остается неизвестным в проблеме и должно подлежать исследованию в данной работе.

2. **О цели и задачах исследования** приходится только догадываться, так как об этом не упомянуто.

3. Также ничего не сказано о предполагавшемся предмете и методе исследования.

В небольшом абзаце лишь упомянуто, что объектом исследования были больные с предварительным диагнозом “биографической амнезии”, которые находились на лечении в городской ПБ № 7 и указанном отделе Научного Центра им. Сербского: всего 34 пациента. Причем у 8 из них помимо “биографической амнезии” имелись более выраженные психические

расстройства в виде *снижения интеллекта и нарушения инстинктов самосохранения и полового*. Они составили 2-ю группу, которой будет посвящено второе сообщение. А в данной публикации приводится описание психических расстройств у остальных 26 человек, которые составили 1-ю группу, и у которых, в отличие от 2-й группы, не было *снижения интеллекта, а также нарушений инстинкта самосохранения и полового* (с. 43). Однако, в заключительной части статьи высказываются прямо противоположные суждения о наличии именно в этой — 1-й — группе больных — *интеллектуального снижения*: “как видно из приведенных выше данных, клиническая картина расстройства помимо биографической амнезии определялась наличием интеллектуального снижения...” (с. 48). Более того, в следующем абзаце наличие *интеллектуального снижения* подчеркивается как один из признаков, по мнению авторов, определяющих клиническую картину “органического психосиндрома”: “Таким образом, имеющиеся расстройства по своей структуре наиболее близки к органическому психосиндрому, клиническая картина которого, как известно, определяется интеллектуальным снижением, фиксационной амнезией, недержанием аффекта” (там же, с. 48).

Итак, очевидна непоследовательность и противоречивость использования альтернативных критериев разграничения и отбора наблюдений в 1-ю и 2-ю группы, и вытекающая отсюда неопределенность клинического материала 1-й группы, лежащего в основе настоящей статьи. Стало быть, мы не очень-то знаем, что же именно анализируем?

Далее приводится арифметическая характеристика этой группы из 26 больных по целому ряду признаков, то ли случайно для чего-то избранных, то ли с целью исследования каких-то неизвестных факторов в развитии “биографической амнезии”: распределение материала по полу и возрасту, по наличию наследственной отягощенности психическими заболеваниями, преобладающих черт характера (напр., “черт эмоциональной неустойчивости”, “шизоидных черт”), разных типов патологического развития личности (“эпилептоидного”, “истероидного”, “психастенического” и др.) или их смешанных форм, по диагностике в раннем детстве “органического поражения ЦНС”, наличию длительного злоупотребления алкоголем, или перенесенных ЧМТ в анамнезе и т.п.

Сюда же относятся и случайные находки в анамнезе, например, патологического влечения к азартным играм в 1 наблюдении (3,8 %). И вычисляются процентные соотношения этих факторов в общем клиническом материале. Непонятно, для чего это делается? Может быть, эта инвентаризация с подсчетом комбинаций и процентных соотношений этих факторов в материале делается как слепой поиск в надежде обнаружить вдруг что-то новое в разгадке “биографической амнезии”? — Но, в любом случае, эти упраж-

нения в итоге не дают ничего нового. Поэтому не случайно, что в заключительной части статьи все эти факторы, абсолютные и относительные (в %) цифры не обсуждаются, а просто упоминаются как ничего не дающие: *“Таким образом, биографическая амнезия в подавляющем большинстве случаев возникает у мужчин трудоспособного возраста с различными личностными особенностями и разной наследственной отягощенностью”* (1, с. 48). (Стоит ли еще говорить о полной клинической неопределенности авторского термина “личностные особенности”, ибо каждая личность уникальна, неповторима по самой своей природе и, конечно же, имеет свои “особенности”? — В. О.).

Таков поисковый анамнез то ли жизни, то ли болезни изученный авторами у 26 пациентов с “биографической амнезией”, давший в результате описанные выше находки. Примерно такой же подход, методологически не всегда определенный и понятный, использован авторами и в изучении клинической картины “биографической амнезии”.

Например, у всех больных она развивалась после условно обозначенного авторами “периода расстроенного сознания” и поначалу сопровождалась “жалобами на головную боль, сухость во рту, общую разбитость и слабость” (с. 44). И далее: *“Следует особо подчеркнуть, что в 1 (3,8 %) случае при поступлении в стационар (следовательно, после окончания периода расстроенного сознания) одновременно с синдромом биографической амнезии диагностировалось сотрясение головного мозга средней степени тяжести”*. Непонятно, зачем надо подчеркивать, да еще “особо”, единичный факт диагностирования сотрясения головного мозга всего лишь у 1 (3,8 %) из 26 пациентов с “биографической амнезией”, если у остальных 25 пациентов развитие “биографической амнезии” легко обходилось без всякого сотрясения мозга? Может быть, этот единичный факт “особо подчеркивается” авторами именно как исключение? — Отнюдь. Тоже нет, поскольку аналогичный экзогенный единичный факт никак не подчеркивается, а просто констатируется: *“Еще в 1 случае при поступлении в стационар сразу же после окончания периода расстроенного сознания лабораторно выявлено наличие следов бензодиазепинов в моче”* (с. 45).

Описание клинической картины “биографической амнезии” скоро соскальзывает на второстепенные (феномены) вещи. Так, после своего “обнаружения” пациенты *“начинали задавать себе вопросы, кто они такие, пытались идентифицировать себя”*, но при этом *“у них изначально отсутствовали сложности в самообслуживании. Они умели пользоваться часами — знали (понимали), как по ним определить время... через 3–4 дня восстанавливались приобретенные ранее сложные навыки — управления автомобилем, игры на музыкальных инструментах”* и т.п. ... *“на первый план выступает идеаторная и моторная за-*

торможенность..., определенная ригидность аффекта...”. Надо заметить, что последнее относится к внешней картине болезни (по Гольдшейдеру и затем у нас по Р. А. Лурия), объективно проявляющейся в поведении.

А вот мимо следующего, парадоксального психопатологического феномена, относящегося к “внутренней картине болезни”, авторы прошли напрасно, ибо этот центральный феномен имеет эвристическое значение для понимания сути т.н. “биографической амнезии”, или амнезии в кавычках: очевидно, что некорректируемая патологическая идея утраты памяти о собственной личности, ее истории (биографии) и относящейся сюда информации не только не соответствует объективной реальности, но прямо противоречит ей и не поддается коррекции несмотря на объективные факты. Сами исследователи свидетельствуют, что идея забвения собственной личности и биографии идет впереди функциональных и принципиально обратимых расстройств воспоминания:

“...недостаточность словарного запаса, на что в некоторых случаях пациенты сами обращали внимание — “мне трудно объяснить, слов не хватает”. Кроме того, на вопрос, помнят ли они какие-либо иностранные слова, содержание какого-нибудь литературного произведения, которые они изучали в прошлом, пациенты давали отрицательный ответ. Однако, если при них произносили какое-нибудь общеизвестное иностранное слово или зачитывали отрывок из стихотворений, изучаемых в школе, пациенты с удивлением обнаруживали, что знают значение этих иностранных слов или могут продолжить следующую строфу стихотворения. Пациенты не испытывали также сложности при письменной речи...” (там же, с. 45).

Заключительный вывод производит впечатление некоторой неопределенности и незаконченности: *“Таковы психические расстройства, возникающие при биографической амнезии, и динамика их редукции. С нашей точки зрения, в описанных случаях наиболее вероятной представляется экзогенно-органическая природа имеющихся расстройств”* (1, с. 48).

Отсутствует указатель литературы. При этом ничего не говорится о поиске в научных библиотеках или в интернете тематической научной литературы, который бы дал положительные либо отрицательные результаты.

Симптоматологический диагноз “биографической амнезии”, взятый априори в качестве “предварительного диагноза”, в результате исследования остался без изменения. Об этом свидетельствует составленное авторами резюме, которое почему-то включает исследование не 26 наблюдений данной статьи, а 34 пациентов, научное сообщение о которых еще не опубликовано:

“В статье на основе обследования 34 человек с диагнозом “биографическая амнезия” приведены дан-

ные по наследственной отягощенности психическими расстройствами. Представлены личностные особенности до момента возникновения биографической амнезии. Описаны мнестические, интеллектуальные и аффективные расстройства, характерные для этого заболевания. Приведены данные по обратному развитию имеющегося расстройства”. Какие именно “мнестические, интеллектуальные и аффективные расстройства, характерные для этого “заболевания”? Какого заболевания? — “Биографической амнезии”? — Но ни такого заболевания, ни такого психопатологического синдрома нет ни в одной из международных классификаций психических расстройств, включая принятую в РФ МКБ — 10-го пересмотра — ВОЗ.

Ввиду отсутствия описания клинического материала читателю и самому затруднительно представить себе клиническое содержание предлагаемой группы из 26 наблюдений “биографической амнезии”. Это положение усугубляется отсутствием клинических иллюстраций и историй болезни. В конце статьи приведены 5 кратких неклинических иллюстраций терапевтических достижений того, как “на фоне проводимой терапии удалось практически полностью восстановить утраченные воспоминания” у исследуемых пациентов (“исследуемая Г, исследуемый Ф., пациент И., пациент В., больной А.”). Например, “Больной А. сообщил, что перед развитием биографической амнезии сел в электричку. Рядом с ним расположились трое незнакомых мужчин, которые начали распивать спиртное. Они неоднократно предлагали ему присоединиться к ним, но он отказывался. Тогда ему предложили “за компанию” выпить с ними томатного сока, открыли новую упаковку и протянули ему. После того, как он некоторое время пил сок, наступил период “беспамятства”. Таковы психические расстройства, возникающие при биографической амнезии, и динамика их редукции. С нашей точки зрения, в описанных случаях наиболее вероятной представляется экзогенно-органическая природа имеющихся расстройств”.

Этим слишком неопределенным и не обоснованным диагностическим заключением можно было бы и завершить критический реферат, если бы избранный для иллюстрации “больной А” не оказался тем самым пациентом, который был психопатологически разобран мной и врачами-психиатрами на московских областных межбольничных конференциях (ГУЗ МОПБ № 8, ГУЗ МОПБ № 5, ГУЗ МОПБ № 17 и др.) весной и осенью 2007 года. Полностью данные клинических разборов были опубликованы в выпусках Независимого психиатрического журнала за 2007 и 2008 гг. (6, 7).

Именно это проспективное, охватывающее свыше 200 койко-дней клинико-катамнестическое наблюдение позволило поставить точку над “i” в нозологическом диагнозе аутоперсонамнезии, который был обо-

снован и поддержан психиатрами Московской областной психиатрической больницы № 8, ее врачебной психиатрической комиссией, затем ВК для МСЭК и, наконец, Комиссией бюро МСЭ, которая определила этому пациенту инвалидность 2-й группы вследствие заболевания параноидной шизофренией. Это наблюдение приводим во 2-й части статьи.

Б. Поставлена точка над “i” в диагнозе “аутоперсонамнезии как дежавю”

Насущные клинико-социальные экспертные вопросы потребовали проведения повторных диагностических осмотров больного С. профессором З. И. Кекелидзе, врачебной клинико-экспертной комиссией ГУЗ МОПБ № 8, психиатрическим бюро МСЭК.

Из объективных данных истории болезни.

24.03.08 г. Повторный осмотр и консультация заместителем директора по науке ГНЦС и СП им. В. П. Сербского, профессором З. И. Кекелидзе

“Ориентирован во времени и месте правильно, жалоб на свое здоровье не высказывает. На вопросы отвечает односложно, короткими фразами, по существу. Последовательность мышления не нарушена. При последующей беседе отметил, что настроение снижено. Ощущает тоску, указывает, что временами в течение дня примерно 1–2 раза в месяц настроение снижается еще больше. В эти дни изредка слышит “окики” по имени или призыв о помощи — слышит женский голос: “Помогите”. В эти же сутки ночью видит сны одного и того же содержания — “умершие родственники зовут в могилу, говорят, что там лучше”. Об указанных “голосах” и сновидениях говорит спокойно, даже с некоторым безразличием, указывает, что они “были всегда” и зависят от настроения.

Во время беседы усталости не испытывает. Словарный запас ограничен. Темп речи несколько замедлен, иногда во время беседы испытывает “нехватку слов”, в связи с чем старается максимально упростить ответы. К концу беседы сообщил, что он не хочет вспоминать об инциденте, который имел место (после которого потерял память), одновременно с этим утверждает, что в лицо может опознать всех 3-х мужчин, которые предложили ему выпить томатный сок. Однако, об этом вспоминать не хочет, т.к. боится, что при встрече их “покалечит”.

Исходя из данных анамнеза и клинического осмотра, наиболее вероятным представляется диагноз биографической амнезии, проявляющейся в потере памяти на прошлое, интеллектуальное снижение со снижением настроения. Продолжить проводимую терапию, в целях ресоциализации необходимо подключение специалиста по трудотерапии.

Диагноз: автобиографическая амнезия”.

26.03.2008 г.

Врачебная комиссия в составе: доктор мед. наук В. Г. Остроглазов (председатель), леч. врач и

зав. отд. психиатр 1-й категории Н. С. Соковнина, зав. 2-м отд. психиатр высшей категории Н. М. Смирнова, зав. дневным стационаром, психиатр высшей категории Б. Ю. Осипов.

По сравнению с состоянием 3-х месячной давности (см. клинический разбор от 21.12.07 г.) в психическом статусе наблюдаются существенные изменения. Пациент стал напряженным, недоверчивым, подозрительным, закрытым, особенно для психиатров в отношении существа своих болезненных переживаний. Очень скупо и избирательно отвечает на вопросы психиатров, стремится их “уличить” в том, что они будто бы искаженно воспринимают его ответы и его самого как “психиатрического пациента”, тогда как в действительности ему “нужен не психиатр, а психолог”, чтобы успокоить и помочь найти правильный выход из мыслительного тупика (“из путанных мыслей”). Порой отказывается отвечать на простые вопросы врачей: вдруг пристально глядявается в них, заявляя: “Вы не психиатр, а парапсихолог. Вы занимаетесь черной магией” и т.п.

Содержание речи и мышления отличаются парадоксальностью и паралогичностью. Например, сам он уточняет, что находится здесь, в ПБ, для того, чтобы найти помощь в устройстве судьбы и личной жизни, и для этого оформить инвалидность с пенсией, чтобы на первое время иметь хоть какие-то деньги для начала новой жизни (а не потому, что он болен и нетрудоспособен). А как только он устроит “новую жизнь”, то “пойдет работать и откажется от инвалидности”.

На самые элементарные вопросы невозможно получить определенного ответа; например, на вопрос, здоров ли он, отвечает: “Сказал бы — нет”.

— Можете, тогда болен? — “Не уверен”. На вопрос о жалобах и симптомах болезни отвечает, что это: 1) головные боли... иногда..., но совсем другие, не острые, тупые, что-то мешает, и все. Во всяком случае, он “в значительно меньшей степени употребляет анальгетики”. 2) “Сон. Неустойчивый, особенно, если не нахожу ответа, но очень хочу его получить” — ответ о своей судьбе — “как построить жизнь”. 3) “Слишком много стал рассуждать о жизни. — Это хорошо, или плохо? — Это и хорошо, и плохо”. 4) “Нервозность” — потому, что он не знает, что ему делать — “Потому, что надо выйти на волю, но надо и больных успокоить. — И он — влияет на них”. Ему самому это надо. — А зачем? — Предпочитает не говорить.

А главное, ему “нужен психолог”. На вопросы о дежавю, вещих снах, окликах и “голосах” отвечает категорически отказывается. Настойчиво требует отпустить его “на волю за ворота”. — Зачем? Так же, объяснить отказывается, или говорит намеками, например: “Здесь мысль путается, не находит выхода, и все отвлекает”, а на улице он может “вступить в контакт с внешним воздействием, ...

это энергетическое, космическое воздействие, которое дает силы, энергию, прежде всего, духовные силы, ясность. Когда ложусь, вселяется сила и через руки и ладони мои чувствует тепло, хорошо, сила удваивается, в голове — прояснение...”. На уточняющие вопросы почти не отвечает, но утверждает, что “это космическая энергия, что это воздействие — разумное”, а есть ли в этом воздействии мысли или слова, он “говорит ни за что не будет”. Как и на вопрос, что за “оклики” он слышит, что за “призывы о помощи” и женские возгласы “помогите”?

Однако говорит, что хорошо знает парапсихологию. Уже с 10-летнего возраста он исцелял головные боли матери так, что они “переходили на него и ужасно мучили в течение нескольких часов подряд”. Но теперешние головные боли — это не результат работы “целителем”, а полученной травмы головы. Тем не менее, он и теперь “должен делать добро людям”, а в будущем — приносить какое-то добро человечеству. Но тут вновь резко замыкается, подчеркивая отсутствие каких-либо идей величия и особой миссии, ведь “для Бога все равны”.

После напряженного, перекрестного расспроса врачами в течение часа каких-либо признаков астении не наблюдается. Упорно настаивает на необходимости ехать немедленно в Воскресенск, чтобы определиться в вопросах “новой жизни” со второй уже, потенциальной невестой-пациенткой, с которой он познакомился здесь — в психиатрической больнице. Совершенно не критичен к болезни, настоящей ситуации лечения в ПБ, к собственной жизненной ситуации в целом.

В заключение, следует еще раз подчеркнуть наследственную отягощенность шизофренией (параноидной) по линии матери: мать страдает параноидной шизофренией с вербальным галлюцинозом, суицидальными попытками и свыше 15-ти лет лечится в ПНД в г. Козмодемьянске; дед по л/м так же страдал галлюцинаторно-параноидным психозом и лечился в ПБ.

Давнее психическое заболевание усугубилось в течение последнего года: полностью дезадаптирован в социально-трудовом и семейном отношениях.

Клинический диагноз: Шизофрения, непрерывно текущая, на органически неполноценной почве, параноидный синдром. Социально-трудовая и семейная дезадаптация. Больной нуждается в постоянном наблюдении и лечении психиатром по месту жительства и в проведении мероприятий по социально-трудовой реадaptации и реабилитации.

Рекомендуется: 1) антипсихотическая терапия нейролептиками; 2) проведение врачебной комиссии для МСЭ и направление в бюро МСЭК для оформления группы инвалидности.

14.05.2008 г.

ВК для МСЭК: зав.отд. Е. В. Туманянц. (председатель), леч. врач и зав. отд. Н. С. Соковнина, врач-психиатр А. Ф. Бахадиоров:

Сознание не помрачено. Ориентирован во времени, месте, собственной личности формально правильно. Фон настроения переменчивый, периодически предъявляет жалобы на сильные головные боли, нарушения сна, ощущения “пустоты в голове” и возникновение чуждых ему переживаний. Помимо сенесто-ипохондрических симптомов, имеют место нарушения мышления в виде паралогий и его вычурности; нарушения в эмоционально-волевой сфере в виде нарастания эмоциональной холодности по отношению к своим близким, утраты социальных связей и побуждений. Сохраняются стертые деперсонализационные нарушения. Имеется склонность к аффективным вспышкам в сочетании с падением энергетического потенциала по Конраду, стремление к социальному отгораживанию, ослабление прогностических и критических возможностей.

По психическому состоянию нуждается в направлении на МСЭК для определения группы инвалидности.

Клинический диагноз

Основной: Шизофрения, параноидная форма, непрерывнотекущая.

Сопутствующий: Органическое поражение ЦНС сложного генеза.

15.05.2008 г. Комиссия бюро МСЭ

Определена 2-я группа инвалидности вследствие параноидной шизофрении.

21.05.2008 г. (205-е сутки): выписан с рекомендацией лечения у психиатра по месту жительства.

Заключительный диагноз: Шизофрения, параноидная форма, течение ближе к непрерывному на органически неполноценной почве.

Р.С. После того как был принят к печати критический реферат 1-го сообщения проф. З. И. Кекелидзе и др. (1), вышло в свет окончание статьи этих авторов (10). В клинико-психопатологическом отношении оно не содержит ничего нового в исследовании т.н. “биографической амнезии”, которую, между прочим, нельзя считать психиатрическим диагнозом. Однако можно согласиться с авторской трактовкой этого словосочетания как просто “названия”: “описаны расстройств психики, объединенные под названием “биографическая амнезия” (там же, резюме, с. 48).

В. Г. Остроглазов

ЛИТЕРАТУРА

1. Кекелидзе З. И., Ларцев М. А., Милехина А. В., Полякова Л. В. Биографическая амнезия. Сообщение 1 // Российский психиатрический журнал № 4, 2008, с. 42 – 48.
2. Остроглазов В. Г. Autopersonamnesia. Новый психопатологический феномен? Независимое сравнительное исследование. Часть 1 // Независимый психиатрический журнал (НПЖ), 2004, 4, с. 51 – 58.
3. Остроглазов В. Г. Autopersonamnesia. Новый психопатологический феномен? Часть 2 // НПЖ, 2005, 1, с. 35 – 41.
4. Остроглазов В. Г. Autopersonamnesia. Новый психопатологический феномен? // Часть 3. НПЖ, 2005, 2, с. 34 – 45.
5. Остроглазов В. Г. Autopersonamnesia. Новый психопатологический феномен? Часть 4 // НПЖ, 2005, 3, с. 12 – 17.
6. Остроглазов В. Г. Аутоперсонамнезия как дежавю. Расстройство памяти или деперсонализация? // НПЖ, 2007, 2, с. 38 – 56.
7. Остроглазов В. Г. Катамнез случая аутоперсонамнезии как дежавю // НПЖ, 2008, 1, с. 32 – 47.
8. Олейников А. Н., Тунёв В. М. К вопросу о феномене “аутоперсонамнезии” // НПЖ, 2006, 3, с. 40 – 43.
9. Доровских И. В., Заковряшин А. С., Заковряшина С. Е., В. И. Сурова, Медведев А. Е., Шлюков В. М., Жидюк А. А., Мальцев Г. Ю., Стылковская С. А. Клинический феномен глобальной амнезии // Журнал Психиатрия и психофармакотерапия, 2007, т. 9, № 5, с. 11 – 13.
10. Кекелидзе З. И., Ларцев М. А., Милехина А. В., Полякова Л. В. Биографическая амнезия. Сообщение 2 // Российский психиатрический журнал 2008, № 5, с. 48 – 53.

XIV Всемирный конгресс по психиатрии

20 – 25 сентября в Праге состоялся XIV конгресс Всемирной психиатрической ассоциации (ВПА). Первый конгресс ВПА прошел в 1950 году в Париже. У его истоков стояли такие выдающиеся представители нашей науки как Жан Делей (первый президент ВПА) и Анри Эй (первый генеральный секретарь). В настоящее время ВПА координирует работу почти 33 000 психиатров из разных стран мира.

На Конгресс приехало большое количество российских психиатров, хотя доля их участие в научной программе была весьма скромной. Руководство ВПА освободило от вступительных взносов членов программы молодых ученых, из них двух представителей НПА России и двух представителей от РОП.

Конгресс характеризовался обширной научной программой, представленной 230 симпозиумами и 70 семинарами, в которых приняли участие более 4000 психиатров со всего мира. Организация Конгресса прошла на высоком уровне и не вызвала существенных нареканий. Сам же Конгресс проходил в здании современного Конгресс-холла, расположенного всего в 15 минутах ходьбы от исторического центра Праги и в 10 минутах ходьбы от психиатрической клиники старейшего в Европе Карлового Университета. Все мероприятия Конгресса проходили целиком на английском языке. Девиз Конгресса **“Наука и гуманизм: на пути к личностно-ориентированной психиатрии”** подтверждает основной вектор развития нашей дисциплины, которая ставит биологические, психологические и социальные науки на службу личности, ее ценностям и стремлениям.

Президент ВПА Хуан Меззич посвятил свое выступление на открытии Конгресса двум важнейшим основам нашей дисциплины: науке, которая, используя биопсихосоциальную парадигму, должна повысить эффективность наших профессиональной работы, и гуманизму, который составляет сущность нашей профессии и призван использовать высокие этические идеалы для достижения здоровья и полноценного существования человека. **Личность**, по его мнению, должна стать в центре наших совместных усилий, что приведет к появлению психиатрии *личности* (включая такие аспекты как здоровье, болезнь), *для личности* (стремление помочь в осуществлении личностью своего предназначения), *на пути к личности* (в достижении этой цели психиатрам нужно быть не просто профессионалами, но и людьми с высокими этическими ценностями) и *вместе с личностью* (в

смысле общение с человеком, который обращается за помощью).

Новый президент ВПА Марио Май в своей пленарной лекции отметил, что в последнее время в связи с возросшим влиянием на клиническую практику фармацевтической индустрии психиатры в своей работе все чаще руководствуются не интересами пациентов, членов их семей или прогрессом науки, а вторичными (личными) выгодами. Вопросы конфликта интересов (как финансовых, так и нефинансовых) должны, по его мнению, стать предметом особого изучения.

Несколько симпозиумов были посвящены вопросам структуры и возможного использования в практике личностно-ориентированного интегративного диагноза, который включает не только классификацию психических заболеваний и описание других позитивных аспектов здоровья (таких как, качество жизни, копинг-стратегии и т.д.), но и возможность описания с его помощью целостных характеристик личности (ценности, ожидания, достоинства). Особенно ценным являлось то, что в рамках новой парадигмы “Психиатрии для личности” подчеркивалась важность и плодотворность для разработки новых классификационных моделей, наряду с накоплением клинических данных, инструментария современной философии, в частности логического эмпиризма Непрел и философской теории ценностей.

Большое внимание привлек симпозиум с броским названием “Нужно ли переименовать шизофрению?”. Вопрос о переименовании этой болезни активно обсуждается с 2002 г., когда на Всемирном конгрессе в Иокогаме прозвучало предложение японских коллег заменить термин “шизофрения”. Однако, раньше этот термин подвергался критике преимущественно со стороны психологии личности, подчеркивалось, что он за свою столетнюю историю во многом стал стигматизирующим для тех, кто страдает этой болезнью. На настоящем же симпозиуме прозвучала критика этого термина с позиций молекулярной генетики и психопатологии. Подчеркивалось, что генетиками выделяется “психотический фенотип”, общий для шизофрении и других эндогенных психозов, а различные психопатологические синдромы (домены), наиболее часто встречаемые в клинике шизофрении (аффективные расстройства, когнитивная дисфункция, позитивные расстройства) следует рассматривать как отдельные нейробиологические фенотипы. Гово-

рилось о сложностях отграничения в повседневной практике отдельных психотических расстройств эндогенного круга друг от друга, используя представленные в современных классификациях болезней операциональные критерии. Звучали осторожные призывы к отказу от термина “шизофрени” в пользу термина “деконструктивные психозы”, объединяющего все эндогенные психотические заболевания.

Большое внимание на конгрессе было уделено вопросам стигмы и душевного здоровья. В новой концепции борьбы со стигмой, представленной многолетним исследователем этой проблематики, бывшим президентом ВПА Норманом Сарториусом, подчеркивалось, что в стигматизации психических больных большую роль играют врачи-психиатры, игнорирующие в своей повседневной практике базовые характеристики личности (ее ценности, убеждения), использующие такие выражения как “шизофреник”, “психопат” и т.д. В представленной программе по дестигматизации большое внимание уделяется вопросам активной вовлеченности в этот процесс, помимо специалистов в области душевного здоровья, различных общественных институтов и всего общества в целом.

В программе Конгресса было два симпозиума от регионов СНГ под председательством В. Н. Краснова: “Актуальные проблемы связанных со стрессом расстройств” и “Социальные изменения в странах Восточной Европы и уязвимость населения”. На втором симпозиуме был представлен доклад президента НПА Ю. С. Савенко “Навстречу МКБ-11: потребности и запросы российской психиатрии”. Специальная программа для молодых ученых включала в себя 16 семинаров по различным аспектам психиатрии, каждый из которых проводил один из ведущих экспертов в своей области. На одной из секций была принята новая Конституция молодых ученых и тренеров.

Обширная культурная программа Конгресса включала посещение оперы Моцарта “Дон Жуан”, посещение музеев Ф. Кафки, З. Фрейда и Б. Сметаны, прогулки по старой Праге и многое другое. Следует также отметить активную работу антипсихиатрических организаций в дни проведения Конгресса. Так, в различных районах Праги были развешены огромные плакаты с приглашением на бесплатную выставку “Психиатрия: помощь или путь к смерти”, которая состоялась в здании, расположенном всего в двух минутах ходьбы от места проведения Конгресса. На самой же выставке, блестяще организованной и вызвавшей большой интерес как среди жителей, так и среди гостей чешской столицы, демонстрировались различные фотографии и фильмы об использовании психиатрии в немедицинских целях, о “калечащих хирургических операциях” (лоботомия и т.д.), о “придуманных диагнозах” (синдром гиперактивности и дефицита внимания, синдром хронической усталости), о многомиллионных гонимых ведущих западных психиатров, получаемых ими от лоббирования интересов крупных

фармацевтических корпораций. Вся проблематика выставки резко контрастировала с гуманистическим пафосом Конгресса.

В ходе торжественной церемонии закрытия состоялось присуждение Женевской Премии по правам человека в области психиатрии. В этом году впервые ее лауреатом стал представитель стран СНГ — доктор Семен Глузман из Киева. В поздравительном слове было отмечено, что премия ему была присуждена за “исключительное мужество и преданность идеалам гуманизма, за отказ от использования психиатрии против политических диссидентов, а также за распространения этических принципов при реформировании психиатрической службы на Украине”. Зал стоя приветствовал нового лауреата продолжительной овацией.

Был принят стратегический план деятельности ВПА на 2008 – 2111 годы, содержащий 10 общих задач, прежде всего, таких как повышение престижа психиатрии во всем мире, улучшение взаимодействия зональных обществ ВПА друг с другом с целью повышения оказания качества психиатрических услуг, организации образовательных семинаров по всему миру, в том числе для тех психиатров, кто не читает по-английски, интеграция психиатрической помощи в общемедицинскую сеть в развивающихся странах.

Как всегда, одним из центральных событий Конгресса стала Генеральная ассамблея ВПА, на которой были подведены итоги прошедших трех лет работы и избраны новые лидеры организации. Сегодня большая семья Всемирной психиатрической ассоциации насчитывает 135 обществ-членов, и большая часть прислала своих представителей на Генеральную ассамблею.

Выступивший с докладом президент ВПА проф. Хуан Меззич рассказал о той огромной работе, которая была проделана им совместно с другими структурами ВПА за 2005 – 2008 гг., и удостоился огромного количества благодарностей. Особенно горячо благодарили его психиатры из развивающихся стран, которых он вовлек в институциональную программу ВПА “Психиатрия для Человека” и дал возможность существенно расширить свои знания и приобщиться к ценностям современной мировой психиатрии.

Новым президентом ВПА стал проф. Марио Май из Италии (Неаполь), а вице-президентом, который сменит его через три года, — проф. Педро Руиц из США. Последние шесть лет он занимал в ВПА пост секретаря по организации конференций и хорошо известен психиатрам всего мира. Проф. Марио Май представил присутствующим свой перспективный план на ближайшие три года, одним из важнейших пунктов которого стало расширение сотрудничества и поддержка обществ-членов ВПА.

Особый интерес для нас представляли выборы зональных представителей ВПА. Не секрет, что избранный на прошлом конгрессе зональным представителем

лем от региона СНГ и Восточной Европы д-р Согоян из Армении, не сумел удовлетворить надежды психиатров этой зоны на создание общего профессионального пространства, объединение близких по школе и духу психиатров, расширение межнационального сотрудничества. Среди своих достижений за эти три года он указал организацию двух симпозиумов на международной конференции ВПА в Стамбуле (2006) и первый опыт перевода на русский язык Бюллетеня ВПА. В планах — проведение двух региональных конгрессов обществ-членов зоны — в 2010 г. в Москве и в 2011 — в Ереване и издание и распространение научной литературы, результатов новейших исследований на русском языке, а также содействие публикациям русскоязычных психиатров в иностранных журналах и сборниках.

Независимая психиатрическая ассоциация России выступила с инициативой вновь избрать зональным представителем от нашего региона проф. Краснова, который, как говорилось в нашем представлении, является наилучшим претендентом на этот пост, сумевшим установить тесные контакты с лидерами всех психиатрических обществ региона. Он мог бы стать консолидирующей фигурой, поскольку умело сочетает продвижение современных достижений мировой психиатрии с сохранением и упрочением лучших традиций отечественной психиатрии. Практически все общества нашего региона поддержали это предложение, однако сегодня процедура выборов сложна и плохо продумана. Зональных представителей выби-

рают все общества члены ВПА, а не только общества данной зоны, как это было несколько лет назад. В результате, очередной раз взяли верх политические соображения, и с большим перевесом победил д-р Армен Согоян.

Съезд проходил в 40-летнюю годовщину подавления Пражской весны, и многое в городе напоминало события тех лет. Возле Национального музея на Вацлавской площади стоял советский танк, на стенах были воспроизведены плакаты и надписи той поры, а внутри демонстрировалась кинохроника событий. И как эхо тех лет — разговоры о военном конфликте между Грузией и Россией в августе 2008 г. Российская войска еще не выведены из Грузии, несмотря на соглашения Медведева — Саркози.

Поздравляем д-ра Армена Согояна и надеемся, что ближайшие три года он сумеет реализовать новые возможности, которые предоставляет ему этот высокий пост, и направит свои усилия на консолидацию всех психиатрических обществ нашего региона и продвижение основных ценностей психиатрии. Генеральная ассамблея внесла изменения в Устав организации, наделив зональных представителей правом определять основные направления развития организации и принимать решения по актуальным вопросам. Теперь они являются единственными полноправными членами Правления ВПА, а члены Исполкома лишь приглашаются на его заседания и обладают совещательным голосом.

Очередной визит в Россию Европейского Комитета против пыток

Во второй половине сентября 2008 г. Россию посетил Европейский комитет по противодействию пыткам и жестокому унижающему человеческое достоинство обращению — в просторечии “Комитет против пыток” или КПП. Его мандат включает возможность посещать любые закрытые учреждения или места лишения свободы, в том числе психиатрические больницы, в которых некоторые люди находятся не по своей воле. Это не первый визит Комитета в Россию и российские психиатры уже знают, что для членов Комитета должны быть открыты все двери, они могут потребовать любые документы, беседовать наедине с любым пациентом или сотрудником учреждения.

В этом году Комитет посетил психиатрические больницы Московской, Вологодской и Архангельской областей.

О том, как проходил визит Комитета в Архангельскую областную психиатрическую больницу мы бе-

седуем с заместителем ее главного врача вице-президентом Независимой психиатрической ассоциации России Анатолием Борисовичем Богдановым.

— *Анатолий Борисович, мы ведь планировали вместе с Вами участвовать во Всемирном конгрессе по психиатрии в Праге. Наши сотрудники даже сообщили членам Комитета во время встречи в Москве, что Вас не будет... Это что, было абсолютно неожиданно для Вас?* — Да, поездку в Прагу пришлось отменить. Смысл инспекционных визитов, которые проводит Комитет против пыток, состоит как раз в том, чтобы приезжать без предварительного предупреждения. Для них открыты все двери, и они, соответственно, могут увидеть не “потемкинские деревни”, которые у нас часто устраивают для различных зарубежных делегаций, а реальное положение вещей. На первой встрече, которая проходила в узком кругу — главный врач и его заместители, главная медсест-

ра, главный психиатр и заместитель директора департамента по лечебным вопросам, — нам дали длинный список документов, которые они хотели изучить, и попросили информировать всех сотрудников о том, что они обязаны представлять все документы, отвечать на любые вопросы, открывать все двери и обеспечивать возможность беседы с любым пациентом, находящимся в больнице. Комитет работал очень напряженно. В первый день всех попросили задержаться после работы на три часа. Члены Комитета **попросили не сопровождать их во время осмотра больницы**. Они ходили по отделениям, беседовали с врачами, персоналом, пациентами, смотрели документы.

— *Они сообщили Вам об итогах своей инспекции?* — Основной вывод прозвучал так: “Пыток и жестокого обращения с пациентами в больнице не зарегистрировано”. Нас это, конечно, порадовало, но потом мы услышали ряд замечаний. **Очень большое внимание было уделено отношению персонала к пациентам**, тому, как сами пациенты это оценивают. Так, нам сообщили, что в частных беседах несколько пациентов (кажется, двое) пожаловались на грубые высказывания персонала, которые можно расценить как словесную агрессию, а также на то, что они назвали “толканием” или “пиханием”. Случаев немотивированной агрессии зарегистрировано не было, но несоблюдение пациентами распоряжений персонала или нарушения режима могли вызывать некорректное отношение со стороны персонала.

— *Какое впечатление на членов Комитета произвели условия пребывания в больнице? Я знаю, что у вас недавно был ремонт и сейчас условия стали гораздо лучше, чем то, что мы видели пять лет назад.* — По нормам “жилой площади” было отмечено, что в целом нормативы соблюдаются, однако в некоторых отделениях имеется большая скученность. У нас по-прежнему есть отделения, где палаты рассчитаны на 10–12 человек. Это плохо, так не должно быть. Особенно **высокая скученность** в судебно-психиатрических отделениях. Кроме того, у нас там **сняты двери**, и это было расценено как негативный показатель. Дело в том, что по европейским стандартам, большое внимание уделяется **индивидуализации** пребывания пациента в психиатрическом стационаре. А у нас **нет места, где пациент мог бы побыть один**. Кроме того, у каждого пациента должно быть место, где он может хранить свои личные вещи, — важно и само право пациента иметь в больнице личные вещи. А нам порой даже негде поставить тумбочку. В новых корпусах, где все отремонтировано, есть и палаты на 1–2 человек, и тумбочки, и хороший душ и кабинки в туалетах. А вот в старых — материально-техническая база неудовлетворительная, и Комитет отметил, что нужно или проводить кардинальную реконструкцию или строить новые психиатрические корпуса.

— *Обсуждался ли вопрос о применении мер физического стеснения? Это ведь ограничение свобод*

ды пациента, и тут все должно быть очень аргументировано. — У нас есть **специальный журнал**, в котором регистрируют все случаи применения таких мер. Их немного, и это не вызвало никаких вопросов, однако нам указали на то, что **меры физического стеснения не должны применяться на глазах у других пациентов**. Нельзя привязывать пациента или силой удерживать его в палате в присутствии других пациентов. — *А ведь в некоторых больницах, в связи с нехваткой санитаров, случается, что персонал прибегает в таких случаях к помощи других пациентов.* — **Это совершенно недопустимо**. Кроме того, члены Комитета обратили наше внимание на то, что при физическом стеснении, как правило, назначается еще и фармакологическое лечение. Европейский взгляд состоит в том, что это другой вид стеснения, и с их точки зрения, должна быть специальная процедура назначения и регистрации таких воздействий. Они сказали, что скорее всего, будут рекомендовать, чтобы это было отражено в законе. По-моему, в этом есть определенная логика. Ведь при поступлении в стационар пациент дает согласие отдельно на госпитализацию, и отдельно на лечение. Так же и в этом случае. Физическое стеснение и фармакологическое вмешательство — это разные вещи. Хотя с другой стороны, в таких случаях, как правило, применяются те же препараты, которые пациент уже получал, просто другая доза.

— *Как проверялась обоснованность недобровольных госпитализаций?* — Члены Комитета очень живо интересовались судебной процедурой. Они увидели, что закон исполняется в полном объеме, но они увидели также недостатки самого закона. Например, **в законе не отражено право пациента получать решение суда о недобровольной госпитализации**. — *А разве суд не обязан прислать ему свое решение?* — Нет, поскольку он не является стороной в деле. У нас в больнице судья в судебном заседании объявляет свое решение, однако мотивированного решения пациент не получает. Бывают случаи, когда пациент вообще не информирован судом, о судебном решении ему сообщает лечащий врач или заведующий отделением. Мы сейчас приняли решение, что будем вручать пациенту копию решения суда. А пока это очень похоже на ситуацию с недееспособными, которых обычно вообще не приглашают в судебное заседание. Он центр сути дела, но его как бы нет. Он никто, он не может о себе ничего сказать. У нас в судебном заседании участвуют адвокаты, но это государственные адвокаты, которые приезжают вместе с судом. Члены Комитета спросили нас: “А если он не хочет этого адвоката? Если у него нет с ним адвокатского контакта?” — Тогда, ответили мы, он может за свои деньги нанять адвоката. Это сложный вопрос. Фактически, у пациента нет настоящего адвоката, который мог бы разъяснить ему его права, написать жалобу, подготовить какое-то обращение.

— У нас были случаи, когда назначенный адвокат не просто “не возразил”, но “поддерживал заявление больницы”, соглашался, что пациент нуждается в лечении. — Ну, это нонсенс. **Адвокат не может выступать против воли своего доверителя. Он может молчать, но не имеет права поддерживать больницу.** Он должен разъяснить пациенту его права, может выступить с ходатайством о приглашении свидетелей, написать жалобу...

— **Что вы делаете, если пациент не может прийти в судебное заседание?** — У нас такие случаи крайне редки. Как правило, это пациенты с тяжелыми алкогольными делириями, с тяжелыми полинейропатиями, которые не могут передвигаться, не могут встать с постели. У нас даже с трудом ходящих бабушек и дедушек приводят. Иначе получается, что пациент лишен даже права услышать, что он недобровольно госпитализирован. У нас все корпуса больницы соединены переходами, и суды ходят по отделениям.

— **А много у вас недобровольных госпитализаций?** — Есть госпитализированные по ст. 29 — это те, кто отказывается дать согласие в приемном покое, и есть госпитализированные по решению суда по ст. 33. Из 6 тысяч пациентов недобровольно госпитализированных по ст. 29 — примерно 1200 – 1500 в год, но решение суда мы получаем на 400 – 450 человек в год. Это значит, что **примерно две трети потом дают согласие.** Среди них больше всего пациентов с алкогольными галлюцинозами — это примерно 40 % наших больных. Они госпитализируются в недобровольном порядке, быстро приходят в себя и дают согласие на лечение. Как правило, не дают согласие первичные пациенты. Повторные, попадая в отделение и встречая там знакомых врачей, персонал, обычно соглашаются. Здесь такая двойная статистика. Сколько случаев доведено до суда? — **Треть из недобровольно поступивших доходит до суда.**

— **А как вы их потом выписываете? Мы писали о том, что в некоторых больницах Москвы и других регионов пациента обязательно сначала переводят на добровольное лечение.** “Если не соглашаешься лечиться добровольно, значит, у тебя нет критики и нужно продолжать лечение”. — Это никак не связано с выпиской. У нас есть пациенты, которые на каком-то этапе лечения дают добровольное согласие. Иногда это делается преждевременно. Я полагаю, что **если сохраняются критерии для недобровольной госпитализации, то нужно ее продолжать, даже если пациент готов подписать согласие** на лечение. А то бывают случаи, когда пациент дает согласие, а потом требует выписки, к которой он на самом деле еще не готов. Есть пациенты, которые переходят в разряд добровольных сами, когда психоз уже купирован, но требует долечивания. Пациент понимает это и готов лечиться. Или говорит, что он хочет выписаться, и тогда мы уже не можем его удерживать. Ему рекомендуют амбулаторное лечение. Принудительно

госпитализированный пациент выписывается по решению комиссии врачей психиатров, которая принимает решение о его госпитализации в психиатрический стационар. Некоторые принудительно госпитализированные пациенты задерживаются в стационаре дольше, чем у них сохраняются критерии по ст. 29. Вопрос в том, надо ли комиссии врачей-психиатров, как только отпали основания для недобровольного лечения, немедленно выписывать пациента из стационара? По букве закона — да, но есть большое количество пациентов, которые не хотят лечиться, и врачи, пользуясь санкцией суда, могут провести полноценный курс терапии. Мне это кажется вполне логичным и понятным. **Мы ведь рассматриваем случай недобровольной госпитализации, а не момент.** Мы его сейчас выпишем, а потом через неделю он к нам опять поступит. **Оформление недобровольной госпитализации через суд дает врачам возможность лечить столько, сколько они считают нужным.** Иначе, вы должны его потом выписать по его требованию. — *Как правило, речь идет о каких-то конфликтных больных. Они говорят, что врачи требуют от них согласия на лечение в качестве условия выписки. И действительно, порой только пациент подписал согласие, глядишь через пару дней его и выписали... Суды, прокуратуры, вышестоящие медицинские учреждения обычно используют добровольное согласие как аргумент против жалоб.* “Что Вы жалуетесь, если сами дали согласие?” — У нас другой подход. Для нас добровольное согласие — это возможность долечить больного. “Не можем мы тебя больше недобровольно лечить, отпали основания, мы должны тебя выписать, но хорошо бы тебе полечиться еще 2 недели. Если хочешь долечиться, можешь дать добровольное согласие”. Если дает согласие, мы можем закончить курс лечения. Вот смысл перевода на добровольное лечение.

— **А отказы судов вы получаете?** — Один-два в год. Бывает, что на момент судебного заседания основания для недобровольного стационарного уже, действительно, отпали. Мы ни разу не оспаривали решение суда. В крайнем случае, пациент поступает вновь. У нас сейчас **суды стали очень требовательны к критериям недобровольной госпитализации.** Это нужно доказывать, причем не профессиональным психиатрическим, а общепонятным языком. Мы должны доказать, что пациент болен, что опасен или беспомощен. Должны показать, какие именно действия он может совершить. Суд возлагает на учреждение обязанности по доказыванию. Я предлагаю врачам приглашать в суд родственников, знакомых. Врач должен быть убедительным. Этому надо учиться.

— **А у вас есть судебные иски со стороны больных? На вас часто жалуются?** — За последние годы даже и не припомню... У нас был один иск от матери пациента, который во время фиксации получил травму руки. Это был пациент с алкогольным психозом, и

у него развилась полинейропатия. Трудно сказать, являлась ли она алкогольной или травматической. По принудительному лечению, госпитализации, у нас нет жалоб. Это вопрос открытости и информированности. Паранойяльность развивается там, где нет информации. **Как только от пациента начинают скрывать информацию, паранойяльные идеи расцветают пышным цветом.** У нас пациенты пишут жалобы главному врачу, и он по каждой жалобе встречается с пациентом индивидуально, а потом дает поручение решить поставленные вопросы. Недавно была жалоба от пациентки, которая была принудительно госпитализирована, а решение суда еще не пришло. — “Почему меня здесь содержат?” — Главный врач с ней встретился, и потом поручил мне создать комиссию для решения вопроса об обоснованности ее принудительной госпитализации. Дня через два подошло решение суда, и мы ее с ним узнали. Последняя жалоба была от недееспособной молодой больной. Она проживает с матерью, но орган опеки и попечительства в свое время посчитал невозможным назначить ее опекуном, поскольку у них конфликтные отношения. Больная оказалась в нашей больнице, потому что у нее есть психические расстройства, и орган опеки и попечительства дал согласие на ее госпитализацию. Вскоре основания для госпитализации отпали, а опекуна нет, опекунские обязанности в этот момент выполнял главный врач. И что делать? Куда выписывать пациентку? Мы связались с ее бабушкой, которая живет в другом районе. Она приехала в больницу, сказала, что обратится в органы опеки и попечительства по месту жительства внучки с просьбой назначить ее опекуном и потом увезет ее к себе. Молодая женщина тем временем просила, чтобы ее выписали, спрашивала, на каком основании ее удерживают в больнице. Главный врач решил выписать пациентку с бабушкой, которая не является пока опекуном. Это было сделано в интересах пациентки, которая является достаточно сохранной. Есть даже основания сомневаться в недееспособности. Если бы главный врач не встретился с ней, он бы не принял такое решение. Формально он не должен был так делать. Конечно, мы сообщили в органы опеки и попечительства, что мы ее выписываем. Но если бы что случилось, прокуратура не дала бы нам спуска. Наше законодательство таково, что если мы хотим соблюсти права человека, нужно делать какие-то нестандартные шаги.

— *Что было отмечено в качестве положительных моментов?* — Комитет отметил, что в больнице

налажено современное фармакологическое лечение с использованием атипичных нейролептиков в сочетании с организованной психологической и социальной реабилитацией. Причем, это не какие-нибудь игрушки-конвертики, а настоящие структурированные вещи. Например, у нас в отделениях **еженедельно проходят совместные собрания персонала и пациентов.** В течение 20 – 30 минут обсуждаются какие-то важные актуальные на этот момент вопросы: или администрация делает какое-то сообщение, а пациенты высказывают свое отношение к нему, или обсуждают какое-то происшествие. В отделениях идет групповая личностно-ориентированная работа. Даже медсестры немного говорят с пациентами о чувствах. Конечно, не очень глубоко, но зато регулярно. Например, что-то читают, а потом спрашивают: “Что ты чувствуешь? Как ты к этому относишься?”. В некоторых отделениях у нас проходит по 2 – 3 группы в день, причем в группы берут самых разных пациентов, практически без ограничений.

Комитет был удовлетворен уровнем сотрудничества со стороны администрации, врачей, персонала. Они получили полную информацию, которую хотели. Им была предоставлена возможность встречаться и беседовать с пациентами столько, сколько они хотели.

В заключение мы спросили, может ли Комитет прислать нам доклад, подготовленный по результатам поездки. Нам ответили, что доклад или отчет направляют Правительству Российской Федерации, и дело Правительства, знакомить или не знакомить с ним тех, кого проверяли, и других заинтересованных лиц. Было понятно, что члены Комитета считают, что **отчеты должны широко обсуждаться.** КПП приезжает в страну с целью посмотреть, какова реальная практика соблюдения прав пациента, **в каких изменениях нуждается закон, чтобы он соответствовал европейским нормам соблюдения прав человека.** У них это все очень динамично, и это следует обсуждать. К сожалению, российское Правительство за все время проведения инспекций лишь один раз опубликовало подготовленный Комитетом доклад и ни разу не устраивало широкого обсуждения этих документов. Тем самым, те преимущества, которые дает нам этот европейский механизм контроля в виде непредвзятой и в общем-то вполне доброжелательной и конструктивной оценки работы наших психиатрических стационаров остается нереализованным и не помогает улучшить ситуацию с соблюдением прав человека в этих учреждениях.

Приметы времени на двух форумах российской психиатрии

Осень 2008 года ознаменовалась состоявшимися в Москве Ежегодной общероссийской конференцией по психиатрии (28 – 30 октября) и III Национальным Конгрессом по социальной психиатрии (27 – 29 ноября). Их несомненным позитивом была сама возможность регулярного непосредственного общения психиатров разных регионов страны, значительный размах этих встреч профессионалов, разнообразие программы каждой из них.

Однако, знаковым на этот раз были, в первую очередь, материалы, розданные делегатам: “Национальное руководство по психиатрии”, носящее следы спешки, уязвимое по многим серьезным пунктам и вовсе не превосходящее прежние руководства, к чему обязывало его название, — на первом форуме и блестяще изданная и написанная книга Т. Б. Дмитриевой “Три кита обновляемой России” — на втором форуме, — книга чисто политическая и пиаровская, содержание которой находится в полном согласии с идеологией и курсом правящей партии и в столь же полном противоречии с содержанием и духом всей жизни и творчества проф. В. П. Сербского, 150-летнему юбилею которого официально был посвящен конгресс. И хотя деятельность проф. В. П. Сербского достаточно полно и адекватно излагалась в другой, розданной делегатам книге Т. Б. Дмитриевой, К. Л. Иммерман и С. Н. Осолковой “Владимир Петрович Сербский. Уроки будущего” (почему-то изданной тиражом всего 300 экземпляров), но в ней приводит в недоумение библиографическая ссылка на книгу “Три кита”... Впрочем так же, как ссылка на другую столь же одиозную для профессионального контекста книгу Т. Д. Дмитриевой “Альянс права и милосердия” в правовой главе “Национального руководства по психиатрии”.

Что касается содержания докладов, то на Конгрессе по социальной психиатрии тон задали два первых пленарных доклада: как всегда впечатляющий и четкий по форме доклад Т. Б. Дмитриевой “Социальная

психиатрия перед вызовами XXI века” и доклад начальника ФСКН и ГАН В. П. Иванова “О наркоэкспансии в Российской Федерации”. Оба доклада носили характер масштабной панорамы политико-экономико-демографической и проч. ситуации в стране в целом, важных для стратегического планирования минимум министерского масштаба. В. П. Иванов даже утверждал, что наркотрафик из Афганистана поступает в Россию целенаправленно как “наркоагрессия против России США и НАТО”. Было как бы забыто, что социальная психиатрия — это не только макроподход к проблеме, но в не меньшей мере, также индивидуальный, их сопряжение. Данная Т. Б. Дмитриевой дефиниция социальной психиатрии также игнорировала индивидуальный уровень.

Большое место заняло на Конгрессе обсуждение якобы возрастающей “роли клинического психоанализа и групповой динамики в социальной психиатрии будущего” с широким международным участием. Это является неожиданным для традиционных позиций отечественной психиатрии (исключая, впрочем, В. П. Сербского) и ретроградным: психоанализ исчерпал себя в глазах лидеров американской психиатрии, откуда он начал свою экспансию в 20-е годы. Что касается докладов, то более всего нас поразило доклад ответственного секретаря “Национального руководства по психиатрии” — с позиции, диаметрально противоположной той, которую мы последовательно на протяжении многих лет развиваем и которая, как мы убеждены, соответствует традициям отечественной психиатрии. Проф. Ю. А. Александровский заявил, что фундаментальная категория “психотического уровня” “не должна включаться в МКБ-11, так как является клинико-описательной, а не патогенетической”. Это утверждение выражает ушедшую в прошлое парадигму психиатрии.

Ю. С. Савенко

ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ТВОРЧЕСТВО

Пациентка (разбитая ваза)

Андрей Новиков

Рассказ

У врача было такое выражение лица, словно он съел ужа. Он сидел в кресле и задумчиво, даже в чем-то брезгливо смотрел в окно. Роговые очки придавали ему сходство с водолазом, внимательно изучающим дно человеческой души.

“Все психиатры, — подумала Татьяна, — напоминают инопланетян”.

— Вот посмотрите, — сказал он.

Врач встал и подошел к предмету, стоящему на полке. Сначала Татьяна не поняла, что это. На полированной поверхности были два белых изображения, а между ними черная пустота. Сначала Татьяна увидела вазу внутри вазы. Но присмотревшись, она увидела два человеческих лица, смотревших друг на друга. А между ними была вот эта черная ваза.

— То, что вы сейчас видите, — сказал доктор, — напоминает процесс в психике больного человека. Ее сознание, как мы говорим, деперсонифицировано. Иначе говоря — превращено вот в эту “вазу”. Можете представить себе такое лицо, вдруг превратившееся в соляной столб? В статую? Но... пойдете. Увидите все сами.

Он вывел Татьяну в коридор. Они пошли по гладкой пластиковой дорожке, уходившей в бесконечность. Пахло карболкой.

Коридор был чудовищно длинным и представлял собой, наверное, переход между двумя корпусами. С двух его сторон окружали окна, глядевшие друг на друга, словно те лица на вазе в кабинете врача... Татьяне подумалось, что каждый, проходящий здесь превращается в определенном смысле в статую.

Показались палаты. За столом сидела дежурная и читала журнал. Она подняла усталое лицо, посмотрела на врача.

Дошли до самого конца. Вошли в наблюдательную палату.

Горел неоновый свет, и прямо перед собой Татьяна увидела сидящую на кровати женщину. Таня вгляделась в нее и чуть было не вскрикнула: *на ней не было лица*. Это выражение, довольно часто используемое в бытовой речи, сейчас подошло бы больше все-

го. Сидящая женщина словно превратилась в мрамор. Мимика отсутствовала напрочь. Были глаза, — но они никуда не смотрели. Мышцы лица застыли, и лишь изредка по ним пробегала дрожь, — подобно той, которая пробегает по морю. Дыхание было очень глубоким, но каким-то резким, словно организм дышал сам по себе, никак не согласуясь с разумом.

Поза женщины была ступообразной, но вместе с тем в ней было что-то страшное. Казалось, что сидит неживой объект.

И в этой женщине Татьяна узнала свою подругу.

Однажды они сидели в какой-то комнате. На груди ее играло рубиновое ожерелье. Платье было поднято до колен. Лера, — так звали ее знакомую, — рассказывала о своей любви к одному молодому человеку. Татьяна вслушивалась в ее слова, и ей казалось, что она видит перед собой человека, готового взлететь от счастья.

... Она была актрисой. Играла на сцене — трагические в основном роли. Но играла совсем не трагически. Скорее даже смешно. В ней была жизнерадостность, которая перевешивала любую трагедию. Порой могло даже показаться, что она соединила трагедию и комедию в одно целое, но это была не привычная “трагикомедия”, а скорее нечто иное — кометрагедия. Какой-то новый жанр, подобный оперетте. И смысл того, что она делала, был прямо противоположен тому, во что она превратилась теперь.

Ибо если на сцене она оживляла вещи и время, — то здесь, напротив она была заморожена; из живого человека превращена в вещь.

Она казалась деталью, нарисованной на картине. Может быть, эта была плата за ее сценическое искусство?

...Татьяна помнила свои прогулки с Лерой.

Они шли по набережной. У нее была темная вуаль на лице. Она вся была очарована и почти уже безумна.

Ей все время мешал солнечный свет. Казалось, она все более замыкается внутри себя. Она подолгу молчала. Однажды она сказала:

— У меня что-то случилось с душой.

И после этого Лера совсем перестала выходить из дома, просиживая все жаркие дни и вечера у себя при зажженных свечах.

Она погружалась в мир меланхолии. Сцена и работа были заброшены, и вскоре ее уволили. Но вместо театра пришло новое увлечение — рисование.

Мазки складывались в сюрреалистические картины. Сюжетом их была какая-то женщина в белом, птицы или световые явления, которые трудно было разобрать.

Таким же бредом были ее записи, которые она вела в своей тетради, — полустихи, полупроза, с причудливыми метафорами. Но мысль в этих метафорах не взлетала, но опускалась, подобно осенним листьям. Мысль в этих стихах не возрождалась, а напротив умирала. Все это словоблудие напоминало поэтическое самоубийство, и чем больше она их писала, тем меньше она сама понимала, что пишет.

Она однажды спросила Татьяну:

— Ты видела когда-нибудь застывший звук?

Татьяна вздрогнула. Будучи скрипачкой, она много раз пыталась “остановить звук”, но полностью остановившийся звук казался ей полным бредом.

Между тем Лера схватила какую-то грязную кисть и резким движением провела на нарисованном полотне белую полосу. Там остался след, похожий на Млечный путь, проходивший снизу вверх через всю картину.

Этим мазком картина была испорчена, но в ней появилось что-то необыкновенное. Получалось, что все персонажи стоят на этой белой полосе.

Татьяна решила, что Лера полностью сошла с ума.

С этого дня началось самое страшное.

Лера отказывалась есть и часами стояла в комнате, как статуя. У нее изменилась полностью мимика, и лицо превратилось в маску. Она перестала говорить. Ела она только тогда, когда ей давали.

Все это про себя Татьяна назвала “летаргическим сном души”. “Если душа заснула, это еще не значит,

что она умерла, — решила она. — Наверное, случилось какое-то переутомление, и ей нужно время, чтобы однажды проснуться”.

Но однажды, вернувшись из отпуска, она узнала о том, что Лера находится в психиатрической больнице.

Татьяна смотрела на это несчастное существо, когда-то бывшее жизнерадостным человеком, с удивительным голосом, смехом и телодвижениями, во время которых она словно переливалась внутри себя. Слезы катились из ее глаз. Уже не человек, а ваза, хрупкая, словно сжавшаяся внутри себя, стояла перед ней. Дотронуться, растормошить означало разбить ее.

И вдруг ее ослепила одна неожиданная мысль.

Она подумала о том, что если человека можно заколдовать и превратить вот в эту статую, то можно, вероятно, и расколдовать.

Она вынула скрипку и стала играть.

Медленные звуки, точно мазки на картине, превращались в музыку. Постепенно звуки убыстрялись и сливались в мелодию. Внезапно налетевший ветер распахнул форточку.

Лера смотрела на это безучастно, раскрыв глаза.

В палату ворвался врач. “Что вы делаете? Что вы делаете!”, — сказал он ей. Он вырвал у нее скрипку.

Татьяне хотелось дорисовать картину, вынуть из нее черный квадрат.

Они бежали по тому же самому коридору. За окном бились крупные капли дождя. Там была почти буря. Они летели по этому длинному коридору, словно под взвешенной обсерватории, вторгшейся в чужой разум...

В кабинете врача она увидела ту же вазу. “Посмотрите, что вы наделали”, — сказал врач, устало падая в кресло. Она взглянула и увидела, что по вазе прошли трещины...

ПОСМЕЕМСЯ ВМЕСТЕ

ПОЧТА СССР 4 КОП.

Куда Москва
Институт
Суд. мед. эк. СССР
Кому Сергеевского

ПОЧТА СССР 6 КОП.

Куда Москва
Институт судебной
психиатрии им. Сергеевского
Кому Сергеевского

ПОЧТА СССР 6 КОП.

Куда Москва Судбно-психиатрический научно-исследовательский институт
Кому И.И. Сергеевского

0005

Куда Москва
Институт
Сергеевского

ПОЧТА СССР 4 КОП.

Куда г. Москва
Институт им.
Сергеевского
Кому Рыбалька

г. Москва,
И.И.
Сергеевского

г. Москва,
Научно-исследовательский институт психиатрии им. Сергеевского
Кому Сергеевского

ПОЧТА СССР 10 КОП.

Куда Москва
Институт судебно-психиатрии им. Сергеевского
Кому Сергеевского

Индекс предприятия связи и адрес отправителя
Рязань ул. Коммунальная 70/71

* Продолжаем публиковать коллекцию адресов входящей корреспонденции и писем, собранную Ю. Н. Аргуновой во время ее работы в ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сергеевского (Москва, Кропоткинский пер., 23).

Начало см. НПЖ, 2006, № 3, 4; 2007, № 1, 3, 4; 2008, № 2.

БАКУ 22/28 27 24 1500=
МОСКВА Г-34 КРОПОТКИНСКИЙ ПЕР 23 ВСЕСОЮЗНЫЙ
НИИ ОБЩЕЙ И СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИ ИМ В П СЕРЬСКОГО
=
СПРУТ 3/П 802-803-804-805 26/7 НАР СУД НАСИМИНСКОГО
РАЙОНА = ОН 22 АЛИБЕКОВ -



МВД СССР
Северное управление
транспортной милиции
ЛИНЕЙНЫЙ
Отдел милиции
на ст. Ярославль-Гл.
Северной железной дороги
18/IV-80
11/IV-80
и ч. 485
Директору института психиатрии
им. Серьского
г. Москва
цен. 350 руб. и 13/IV

Прошу ускорить ^{197 г.} выполнение нашего запроса в отношении высылки
копии истории болезни в отношении Блатнова Александра Михайловича,
17 ноября 1947 года рождения, который находился на излечении
в связи с заболеванием шизофренией в форме патологического мошенни-
чества.

Наш запрос выслан 29.02.1980 г. за № 406.
С исполнением прощу не задерживать.

Следователь ЛСО МВД СССР
на ст. Ярославль-Главный *Михеев*

*Центральный Ордена
Трудового СССР
Красного знамени.*

*Завяжи.
Прошу вас следить за Грой
ковой Анной Григорьевной.
и за её знакомым.*

РЕКОМЕНДАЦИИ

- Ханна Арендт*. Банальность зла. Эйхман в Иерусалиме. — М., 2008
Карл Ясперс. Великие философы. Будда. Конфуций. Лао-Цзы. Нагарджуна. — М., 2007
Ежегодник по феноменологической философии. — М., 2008
Габриэль Марсель. Ты не умрешь. — СПб., 2008
Франсуа Федье. Хайдеггер. Анатомия скандала. — СПб., 2008
З. А. Сокулер. Герман Коген и философия диалога. — М., 2008
Мишель Фуко. О начале герменевтики себя. Технологии себя. Минималистское “Я”. О генеалогии этики. Дискурс и истина // “Логос”, 2008, 2
Дидье Эрибон. Мишель Фуко (ЖЗЛ). — М., 2008
Артемий Магун. Отрицательная революция: к деконструкции политического субъекта. — СПб., 2008

* * *

- Фриц Рингер*. Закат немецких мандаринов. Академическое сообщество в Германии 1890 – 1933. — М., 2008
Пер Саугетад. История психологии от истоков до наших дней. — Самара, 2008
Вольф Шмид. Нарратология. — М., 2008
Жак Лакан. Семинары, книга 17. Изнанка психоанализа. — М., 2008
Исследование сексуальности (архивы сюрреализма). — М., 2007
Эва Курьлюк. Эротээнциклопедия. — М., 2007

* * *

- Н. В. Мотрошилова*. Цивилизация и варварство в современную эпоху. — М., 2007
О. М. Медушевская. Теория и методология когнитивной истории. — М., 2008
Шведы — сущность и метаморфозы идентичности. — М., 2008
Александр Пятигорский, Олег Алексеев. Размышления о политике. — М., 2008
Франсуаз Буше-Сольнье. Практический словарь гуманитарного права. — М., 2008

* * *

- Василий Бабков*. Заря генетики человека. Русское евгеническое движение и начало медицинской генетики. — М., 2008
Уильям Клаг, Майкл Каммингс. Основы генетики. — М., 2007

* * *

- В. М. Чернов*. В партии социалистов-революционеров: воспоминания о восьми лидерах. — СПб., 2007
Чехословацкий корпус в России 1914 – 1920 гг. — М., 2008

* * *

- М. М. Бахтин*. “Франсуа Рабле в истории реализма”. Собр. соч. 4(1). — М., 2008
Гоголь в русской критике (Сост. С. Г. Бочаров). Антология. — М., 2008
Андрей Белый в меняющемся мире. — М., 2008
П. Н. Зайцев. Воспоминания. — М., 2008 (последние 10 лет жизни Андрея Белого).
“Сохрани мою речь...”. Записки Мандельштамовского об-ва. Вып. 4/1 и 2. — М., 2008
Делир Лахути. Образ Сталина в стихах и прозе Мандельштама. — М., 2008
М. Г. Ваш. Из писем Михаила Леоновича Гаспарова. — М., 2008

* * *

- Эрнст Юнгер*. Сады и дороги. — М., 2008
Кэти Диамант. Последняя любовь Кафки. Тайна Доры Диамант. — М., 2008
Меир Шалев. Русский роман. — М., 2008

ABSTRACTS

Psychiatric Examination of Beilis' Case

V. P. Serbskiy

First republication of Prof. Serbskiy examination on the most famous framed up by a tsarist police case on cultic sacrifice of 1911 – 1913, which caused Jewish riots. Implausible position of the main forensic scientist

prof. Sikorskiy, who went beyond his psychiatric competence and who insisted on the homicide to be cultic, is called by number of up-to-date psychiatrists “a brave gesture”.

Specification of Phenomenologic Description

Yu. S. Savenko

In view of frequent concepts' fusion, the subject of phenomenological methods in reduction of early Husserl (1901) and Jaspers (1912) is explained, its role in clinical psychiatry, dramatic history of this method in Russia,

mechanism of the phenomenological method and its distinction from naive phenomenological description and scientific description in inductive terms is exposed, difference between “phenomena” and “symptom” is explained.

Phenomenology of Delusion and Overestimated Ideas in Psychopathology by Theodor Meynert and Carl Wernicke

N. Yu. Pyatnitskiy

Special branch of German psychiatry, different from Kraepellean, introduces by Th. Meynert and C. Wernicke is discussed. Th. Meynert's associative mechanisms of delusions and two basic form of delusion according to

C. Wernicke: explaining delusion and “Beziehung-“ delusion are delineated. The division of delusions according to parts of consciousness by C. Wernicke and criteria of normal and pathological overvalued ideas are considered.