

ISSN 1028-8554

НЕЗАВИСИМАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ АССОЦИАЦИЯ РОССИИ
INDEPENDENT PSYCHIATRIC ASSOCIATION OF RUSSIA

**НЕЗАВИСИМЫЙ
ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ**

**INDEPENDENT
PSYCHIATRIC
JOURNAL**

**ВЕСТНИК НПА
IPA HERALD**

II

2009

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 22.06.2009. Подписано в печать 29.06.2009. Формат 60×84 1/8.
Бумага типографская офсет № 1. Гарнитура “Таймс”. Печать офсетная.
Тираж 1000 экз. Заказ № 2009-02-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

<i>Открытое письмо Президенту Российской Федерации</i>	5
ЮБИЛЕИ ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКОГО ДВИЖЕНИЯ	
170-летие Франца Brentано (1838 – 1917)	7
160-летие Карла Штумпфа (1848 – 1936)	10
150-летие Эдмунда Гуссерля (1859 – 1938)	12
120-ЛЕТИЕ ВИЛЛИ МАЙЕР-ГРОССА (1889 – 1961).	15
В. Майер-Гросс “Феноменология аномальных переживаний счастья”	17
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ	
Симптомы и синдромы в клинической диагностике — С. Ю. Циркин	26
Симптомы, феномены и синдромы в клинической практике — Ю. С. Савенко	31
КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ	
Симптомокомплекс <i>déjà vu</i> у подростка с ранней параноидной шизофренией — В. Г. Остроглазов, О. В. Мещерина	36
ПСИХИАТРИЯ И ПРАВО	
Уроки конституционности: недееспособность — Ю. Н. Аргунова	46
ИЗ ДОСЬЕ ЭКСПЕРТА	
Клинический анализ судебным психиатрам уже не нужен?	53
СУДЕБНАЯ ПСИХИАТРИЯ	
Обзор “Журнала Американской академии психиатрии и права”, 2009, 1 — В. В. Мотов (Тамбов)	57
ИЗ ПРАКТИКИ	
Психические нарушения при опосредованной психотерапии больных алкоголизмом — А. Ю. Магалиф	61
ПСИХОТЕРАПИЯ	
Состояние спонтанности в психотерапии — А. М. Бурно	67
Нозоцентризм и нормоцентризм, синдром и целостный поведенческий акт в психиатрии — И. С. Павлов	70
ХРОНИКА	
Защита прав, превращающаяся в “гражданскую смерть”	75
Наш вклад в предотвращение суицидов в армии	79
На заседании Совета Федерации	80
На ежегодном 162-м съезде АПА в Сан-Франциско	82
ВОСПОМИНАНИЯ	
Иосиф Фейгенберг (Иерусалим) — Пути-дороги	85
ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ТВОРЧЕСТВО	
К 530-летию “Салернского кодекса здоровья” (1480) Арнольда из Виллановы	93
РЕКОМЕНДАЦИИ	95
АННОТАЦИИ	96

CONTENT

<i>Open letter to the President of Russian Federation</i>	5
JUBILEES OF PHENOMENOLOGICAL MOVEMENT'S LEADERS	
170-th jubilee of Franz Brentano (1838 – 1917)	7
160-th jubilee of Carl Stumpf (1848 – 1936)	10
150-th jubilee of Edmund Husserl (1859 – 1938)	12
120-TH ANNIVERSARY OF WILLY MAIER-GROSS (1889 – 1961)	15
W. Mayer-Gross “Phenomenology of abnormal emotions of happiness”	17
URGENT PROBLEMS OF PSYCHIATRY	
Symptoms and syndromes in clinical diagnostics — S. Yu. Tsyarkin	26
Symptoms, phenomena and syndromes in clinical practice — Yu. S. Savenko	31
DISCUSSION OF A CLINICAL CASE	
Symptom complex déjà vu at teenager with early manifested paranoid scizophrenia — V. G. Ostroglazov, O. V. Mescherina.	36
PSYCHIATRY AND LAW	
Lessons of constitutionalism: legal incapacity — Yu. N. Argunova	46
FROM AN EXPERT'S DOSSIER	
Don't forensic psychiatrists need clinical analysis yet?	53
FORENSIC PSYCHIATRY	
Review of the Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law, 2009, 1 — V. V. Motov (Tambov)	57
FROM THE PRACTICE	
Mental disturbances at indirect psychotherapy of patients with alcohol addiction — A. Yu. Magalif	61
PSYCHOTHERAPY	
State of spontaneity in psychotherapy — A. M. Burno	67
Nozocentrism and normocentrism. Syndrome and integral behavioral act in psychiatry — I. P. Pavlov	70
CHRONICLE	
Protection of rights turning into civil death.	75
The IPA contribution to the prevention of suicides in the army	79
At the Session of the Federal Council	80
At the 162 annual meeting of the APA in San-Francisco	82
REMINISCENCES	
Josef Feigenberg (Jerusalem) — Roads of my life.	85
PSYCHOPATOLOGY AND CREATIVENESS	
To the 530 anniversary of Regimen Sanitatis Salernitanum (1480) Arnoldi de Villanova	93
RECOMENDATIONS.	95
ABSTRACTS	96

Открытое письмо Президенту Российской Федерации Д. А. Медведеву о ситуации в экспертной практике

Господин Президент!

Долгое время складывавшаяся и, наконец, чуть ли не окончательно сложившаяся общая ситуация такова, что экспертная деятельность в Российской Федерации, внесудебная и даже осуществляемая в процессе судопроизводства, перестала отвечать своему предназначению, своему наименованию и своей сущности, превратившись в ее имитацию.

Особое положение экспертной деятельности как таковой, т.е. дающей трезвую непредвзятую картину ситуации в различных профессиональных аспектах, делает ее центральной в любой сфере деятельности. То, что называют “экспертной оценкой”, не вполне точный термин. Оценку осуществляет пользователь экспертного заключения, исходя из своих ценностных предпочтений и целевых устремлений. Эксперт на основе специальных научных познаний и навыков дает не “оценку”, а картину фактов в своем профессиональном аспекте, очищенную от всевозможных оценок. Эксперт может оценивать лишь корректность доказывания. Идеальный эксперт — это специалист, практикующий феноменологический метод в своей области знаний. Существо феноменологического метода — это предваряющая и предопределяющая все прочее ступень непредвзятой картины положения вещей, текущих процессов, складывающихся тенденций, увиденная спокойным незаинтересованным критическим взглядом. Профессиональное квалифицирование и ответы на корректно сформулированные вопросы естественным образом вытекают или выводятся из этой картины. Без этого громоздятся пристрастные, умножающие друг друга искажения, сущая мифология в квазинаучном обличье. Прежняя воинствующая тенденциозность партийного подхода сменилась релятивизмом, готовым оправдать или обвинить кого угодно в чем угодно.

Институт независимых экспертиз вынужден был еще 20 лет назад использовать это, в нормальной обстановке избыточное определение, “независимые”, чтобы подчеркнуть обязательность соответствия действительности ряда процедур, которые превращают обычные исследования в экспертизу. Существо независимой экспертизы мы видим не столько в административной, финансовой и прочего рода независимости, сколько в ее состязательности. Это приоритет универсального механизма перед сколь угодно достойными личными качествами.

Экспертные и “общественные” советы, созданные при министерствах и ведомствах, похоронили инсти-

тут независимой экспертизы подбором конформных некомпетентных и откровенно тенденциозных людей. Так, Общественный совет по психиатрии при Минздравсоцразвития России не включил в свой состав наиболее крупную профессиональную общественную организацию — “Независимую психиатрическую ассоциацию России”, 20 лет представляющую страну во Всемирной психиатрической ассоциации, и даже не приглашает ее на свои заседания. А в Экспертном совете по государственной религиоведческой экспертизе при Минюсте России, укомплектованном раньше профессиональными религиоведами во главе с профессором, заслуженным деятелем науки М. П. Мчедловым (скончавшимся в 2007 г.), сейчас остался один профессиональный религиовед — проф. И. Н. Яблоков, а возглавил Совет одиозный “сектовед” Александр Дворкин, не имеющий ничего общего с наукой, известный своей нетерпимостью и радикализмом, причисляющий к “тоталитарным сектам” и последователей Николая Рериха, и христианские общины Якова Кротова и Георгия Кочеткова. Характерно тесное сотрудничество Дворкина со специальным подразделением Центра им. Сербского “по изучению деструктивных культов” во главе с проф. Ф. В. Кондратьевым, автором псевдонаучной теории сектомании, неоднократно уличенным нами в фальсификациях.

Развращающее действие перерождения экспертизы из наиболее строгого исследования в удобное и послушное орудие манипуляции лишает самих заказчиков реалистической ориентировки и, стремительно многократно тиражируясь, губительно для страны.

Что касается судебной экспертизы и, в частности судебно-психиатрической экспертизы, то для них характерны низкий уровень экспертных заключений, неизбежный при монополизации судебной экспертизы, существенные различия в подходах региональных экспертных комиссий к решению как диагностических, так и экспертных вопросов. Современная правоприменительная практика фактически уничтожила состязательность мнений экспертов и состязательность заключений экспертных комиссий. В результате, уровень экспертных заключений упал до такой степени, что нередко речь идет уже не только об отсутствии целых разделов заключения, даже таких как обоснование выводов, и не только о грубом противоречии выводов описательной части заключения, — речь идет о конкретных утверждениях, настолько

противоречащих общепринятым научным положениям, что возникают сомнения в незаинтересованности экспертов. Весной этого года мы оспорили экспертное заключение, в котором искажения впервые подверглась его описательная часть, что открывает дорогу беспредельным фальсификациям. Это дело, в котором из шести экспертиз четыре проведены в Центре им. Сербского.

Назрела необходимость в привлечении к производству судебной экспертизы негосударственных экспертов, в пересмотре политики противодействия привлечению специалистов по инициативе сторон для выявления ошибочности экспертных выводов в ходе их исследования в суде, в пресечении практики превращения заключения эксперта в исключительное средство доказывания. Суды в нарушение процессуальных норм не проводят анализ экспертного заключения, его последовательности и согласованности во всех его частях, не проверяют выводы экспертов на предмет достоверности полноты и объективности.

Уважаемый Дмитрий Анатольевич!

В рамках ст. 33 Конституции РФ и в соответствии с абзацем восьмым части первой ст. 27 ФЗ “Об общественных объединениях”, а также с учетом Ваших требований о принятии “дополнительных мер для

привлечения к законотворческому процессу представителей неправительственных организаций” НПА России подготовила предложения в виде проекта ФЗ “О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации”, который направлен на совершенствование правовых основ назначения и производства судебной экспертизы; привлечения специалиста к производству по делу; представления, исследования и оценки доказательств, полученных с использованием специальных знаний.

В Ваших ежегодных Посланиях Федеральному Собранию особое место отводится развитию судебной системы, повышению качества ее функционирования. Одной из мер по достижению поставленных задач должно стать устранение пробелов и коллизий процессуальных норм, различий в регулировании однородных по своей юридической природе отношений в сфере использования при производстве по делу специальных знаний.

Обращаемся к Вам с предложением воспользоваться Вашим правом законодательной инициативы для внесения законопроекта в Государственную Думу.

28 мая 2009 г.

Президент НПА России Ю. С. Савенко

ПРИЛОЖЕНИЕ:

Концепция и проект Федерального закона “О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации” (Независимый психиатрический журнал, 2008, 1, 48 – 63).

ЮБИЛЕИ ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКОГО ДВИЖЕНИЯ

170-летие Франца Brentano

Franz Brentano (1838 – 1917)

Несколько поколений отечественных психиатров и даже психологов не знали имени Франца Brentano, тогда как саму историю психологии XIX века определяет вовсе не “физиологическая психология” Вильгельма Вундта (1832 – 1920), а две линии: “линия Вундта” и “линия Brentano” (“философски ориентированная” или “эмпирическая психология”). Именно школа Ф. Brentano обеспечила психологии выдающиеся творческие прорывы, актуальные до настоящего времени.

Франц Brentano родился в 1838 году в Мариенберге в семье известного экономиста Христиана фон Brentano, родной брат которого — знаменитый романтик Клеменс Brentano. Известным экономистом стал и младший брат Франца — Луио. В 1856–1860 гг. Франц Brentano слушает лекции по философии в Мюнхене, Вюрцбурге, в Берлине у Тренделенбурга и по теологии в Мюнстере. Он выбирает своим учителем Аристотеля и делается одним из лучших знатоков творчества Аристотеля и Фомы Аквинского. В 1862 году защищает диссертацию “О различных значениях сущего у Аристотеля”, а в 1864 получает сан католического священника. Его габилитационная работа “Психология Аристотеля и особенности его учения о *poiesis*” (1865) оценивается как лучшая за столетия в Вюрцбурге. Уже здесь, в качестве важнейшей характеристики сознания, Brentano называет его активность и направленность на объект, — то, что будет воспринято спустя 30 лет Вюрцбургской школой психологии мышления. Среди его слушателей — Карл Штумпф, Антон Марти, будущий рейхсканцлер Георг фон Хартлинг. Необыкновенно сильное впечатление от его харизматической личности и блестящих лекций, сочетавших строгость формулировок с яркой образностью, популярность среди студентов всех факультетов, переполненные аудитории, вызывали ревность среди коллег, использовавших его открытое отрицание догмата о непогрешимости Папы. В 1872 году он уезжает за границу, встречается со Г. Спенсером, Д. Ньюменом, переписывается с Дж. Ст. Миллем, общается с Э. Вебером, Г. Фехнером, В. Виндельбандом и разрабатывает собственную концепцию. Brentano был чужд религиозных и националистических предубеждений. В своей инаугурационной речи еще в сане священника он утверждал полную независимость философии от теологии; “не может быть такой вещи как своеобразная национальная



психология, — будь-то даже немецкая психология, — точно также, как не может быть своеобразной немецкой истины”; он совершенно чужд имперскому духу, наоборот, никогда не мог примириться с объединением Германии, предвидя опасность для свободы и цельности человеческой личности, и грядущие потрясения; он был пацифистом и противником идеи, что “сила есть право”. **В 1874 году он публикует свою главную работу “Психология с эмпирической точки зрения”** и получает кафедру в Вене. Его лекции посещает до 360-ти человек. Здесь Алексис фон Мейнонг, Христиан фон Эренфельс, Казимир Твардовский, Томаш Масарик, Оскар Краус, Альфред Кастиль... Был среди слушателей и Зигмунд Фрейд. Многие из учеников Brentano заняли кафедры в Праге, Львове, Мюнхене, Берлине, Инсбруке, Граце, Вюрц-

бурге. В 1879 году он оказывается перед выбором: или сан священника и профессорская кафедра или семейная жизнь. Он выбирает последнее и... переходит на должность приват-доцента. Между тем, его лекции делаются все более популярными, вызывая негативную реакцию профессуры. Смерть жены сломила его. В 1895 году он уезжает с сыном в Швейцарию, но отказывается от места ординарного профессора в Лозанне, предпочтя свободное писательство. В 1896 году он переезжает во Флоренцию, где собирает дома кружок и ведет бесплатные занятия по философии со всеми желающими. У него развивается глаукома, он постепенно теряет зрение, но упорно работает над проектом своей новой философии, непримиримой к умножению сущностей (реизм). С началом Первой мировой войны Франц Brentано переезжает в Цюрих, где умирает за диктовкой своей рукописи.

Колоссальная, немислимая работоспособность Brentано и объем написанного им контрастируют с числом публикаций. В этом он был чрезвычайно сдержан. Огромная часть наследия осталась неопубликованной. Усилиями его учеников до войны было издано десять томов, а после еще семь. В 1931 году с участием одного из самых последовательных его учеников — Томаша Масарика, первого президента Чехословацкой республики, в Праге было основано Brentановское общество с архивом. В 1939 году в последний момент перед аншлюсом архив был переправлен в Оксфорд, а оттуда в Гарвард. Небольшую оставшуюся часть архива немецкие солдаты при обыске выбросили в окно. Случайно оказавшийся поблизости личный секретарь Масарика многое спас. В настоящее время в Вюрцбурге готовится академическое собрание сочинений Франца Brentано.

В 1860 году Brentано разработал концепцию **“четырёх фаз развития философии”**, в соответствии с которой Античность, Средневековье и Новое время состоят, каждая, из четырех циклически сменяющихся друг друга фаз. **Первая фаза — подъема философии**, отличается адекватностью “естественных” методов своему предмету (Платон, Аристотель; Фома Аквинский; Локк, Декарт). **Вторая фаза — начало упадка**, это размывание чистого философского интереса, доминирование “практических” целей, превращение философии в служебную дисциплину (стоицизм и эпикуреизм; Дунс Скот; французское и немецкое Просвещение). **Третья фаза — фаза скепсиса** — лишает доверия науку, “вышедшую на рыночную площадь” и обосновывающую все, что заблагорассудится, часто прямо противоположное (пирронизм, Секст Эмпирик; Оккам; Юм). **Четвертая фаза** — восстанавливает в правах познавательную способность человека, но связывает ее с внеопытными основаниями — это фаза **“мистицизма”** (неопифагорейство и неоплатонизм; Мейстер Экхарт, Николай Кузанский; Кант, Фихте, Шеллинг, Гегель). После этой фазы **“крайнего упадка философии”**, предстает фаза подь-

ема нового исторического периода, которую должна инициировать новая философия, к созданию которой Brentано чувствовал себя призванным. Этой философией стал основной его труд **“Психология с эмпирической точки зрения”** (1874).

Психология, согласно Brentано, изучает “элементы человеческого сознания и способы их соединения, а также предпосылки и условия возникновения этих элементов. Первое — сфера дескриптивной психологии (или феноменологии), второе — предмет генетической психологии”. Свою работу Brentано относил к дескриптивной психологии, которая анализирует и описывает феномены нашего сознания, т.е. факты, непосредственно данные в опыте, или, что тоже самое, предметы, которые имеют место во внутреннем восприятии.

Brentано различает психические и физические феномены. Отличительная особенность психических феноменов и фундаментальное свойство самого сознания (и в этом новация концепции Brentано), — его интенциональность как **“направленность на предмет (содержание сознания)”** или **“отношение к содержанию”**. К психическим феноменам относятся по качеству разных способов направленности на предметы — акт представления, акт суждения и эмотивные акты (желания и чувствования), но правильнее было бы говорить не о представлении, а о **“представливании”**, не о восприятии, а о **“воспринимании”** и т.д., то есть, **следует резко разграничить акт и содержание сознания. Психология является наукой только об актах (функциях) сознания** (тогда как Вундт не делал этого фундаментального разграничения, считая предметом психологии сенсорные содержания). Представление всегда лежит в основании двух других видов психических феноменов. Физические феномены — это цвет, форма, тепло, запах. Видимая структура мира на деле оказывается структурностью сознания. Сознание всегда направлено на что-то, его структура может быть описана только в терминах отношения, она предполагает коррелятивную пару из акта сознания и того, на что он направлен, например, **“акт представления — представленное”**. Только акт представления обладает реальным бытием, **“представленное”** нереально и обладает исключительно интенциональным существованием **“внутри”** акта сознания.

Brentано проблематизировал и развил проблему сознания времени. Он также показал, что определенные эмотивные акты, считавшиеся безнадежно субъективными и иррациональными, обладают специфической определенностью. Любовь к истине и ненависть к заблуждению не просто дело личного вкуса, — эти акты характеризуются как правильные с **“самоочевидностью”**, сравнимой с очевидностью, сопровождающей нашу убежденность в правильности закона противоречия. Так восстанавливалась основа этического знания. Называя свою психологию эмпирической, подчеркивая, что **“только опыт значим для меня**

как наставник”, он относит к нему идеальное созерцание, как особый вид опыта, стилизованный по своим типическим или сущностным особенностям, никогда не идя путем простой индукции. Brentано впервые ясно сформулировал невозможность никакого исследования психологических феноменов, пока не прояснено и не описано то, что же именно исследуется.

Описание по Brentано это не то, что располагает заранее данными категориями для разделения и идентификации феноменов, а то, что их “нащупывает” на основании их естественных сходств и различий. С этого момента психология обретает автономию от естественных наук.

Естественность разделения психических актов на три класса Brentано основывает на особом опыте прерывности или непрерывности при последовательном обозрении феноменов (например, разрыв между представлением и суждением и непрерывный ряд между чувствованиями и волениями).

Brentано, разделяя дискредитацию интроспекции Огюстом Конттом, противопоставляет целенаправленному самонаблюдению (интроспекции), непосредственное осознание собственного внутреннего восприятия психологических феноменов **в непосредственном настоящем**, которое осуществляется (и только и возможно) **“на полях” (nebenbei)** и обладает само-

очевидностью, тогда как основное внимание, направленное на внешние предметы, постоянно подвержено ошибкам.

Brentано принял участие во многих фундаментальных дискуссиях, в частности в споре с Эдуардом фон Гартманом. Brentано отмечал самопротиворечивость термина “бессознательное сознание”, не допуская наличия бессознательных психических феноменов. С тех пор появились разнообразные версии феноменологической интерпретации бессознательного.

Подход Brentано передает следующий отрывок из письма К. Штумпфу: “Что касается меня, то о человеке, который не практикует созерцание, очень сложно сказать, что он живет, а философ, который не культивирует и не практикует созерцания, просто-напросто не заслуживает этого имени: он является не философом, но ученым ремесленником, и самым отъявленным филистером среди филистеров”.

ЛИТЕРАТУРА

- Brentано Ф.* “Психология с эмпирической точки зрения” (пер. и послесловие В. Анашвили) М., 1996.
Анашвили В. В. Brentано // Новая филос. энцикл., том 1, М. 2000
Марциновская Т. Д. История психологии. М., 2004.
Штигельберг Г. Феноменологическое движение. М., 2002.

**Второй психиатрический конгресс Восточной Европы
 (одновременно с ежегодной конференцией
 Российского общества психиатров)
 СОТРУДНИЧЕСТВО РАДИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ**

27 – 30 октября 2009 г., Москва

www.paeeb2009moscow.ru

160-летие Карла Штумпфа Carl Stumpf (1848 – 1936)



Карл Штумпф (Ш.) выступил как крупнейший представитель феноменологической психологии и создатель экспериментальной феноменологии.

Карл Штумпф родился в Визентайде во Франции в семье врача. Его родители занимались музыкой, и он рано проявил себя как незаурядный музыкант. Он играл на шести инструментах и сочинял музыку с 10-ти лет. Неизгладимое впечатление от публичного диспута в Вюрцбурге, где Brentano отстаивал необходимость научного подхода к философии, и совет Brentano поступить к Лотце в Геттинген обратили его к изучению физики и физиологии. Получив в 1868 году докторскую степень по философии (“Платон и теория блага”), он вернулся в Вюрцбург к Brentano и продолжил образование в области философии и теологии, поступив в католическую семинарию. Но идеи Brentano помешали ему стать священником. В 1870 году он получил место преподавателя в Геттингене, где общался с Вебером и Фехнером, с которым обсуждал проблемы единства сознания и занимался экспериментами в области золотого сечения. В 1873 году, в возрасте 25-ти лет Ш. стал преемником Brentano в Вюрцбурге. Здесь он приступил к работе

над своей “Tonpsychologie”. В 1874 году он посетил Лондон. С 1879 года Ш. — профессор в Праге, где среди его коллег А. Марти, Э. Мах и Э. Геринг. Здесь он заканчивает свою “Tonpsychologie”, опубликованную в 1883 году. За год до этого его посетил Уильям Джемс — одно из самых значительных событий в предистории феноменологии. После трех дней непрерывных разговоров между ними возникла переписка, продолжавшаяся до самой смерти Джемса в 1910 году. С 1884 года Штумпф — профессор в Галле. Сюда к нему по рекомендации Brentano на должность приват-доцента приехал Э. Гуссерль, ставший его учеником, а позднее сподвижником, и посвятивший ему свои “Логические исследования”. В Галле Штумпф занимался экспериментами по смешению тонов на кафедральном органе и начал изучать примитивную музыку. С 1889 года он — профессор в Мюнхене, где ему предоставили необходимое оборудование, и он основал свою экспериментальную лабораторию. Здесь он завершил второй том “Tonpsychologie”. В 1894 году, в 46 лет, он занял кафедру философии в Берлине, где его коллегами стали Гельмгольц, Эббингауз и Дильтей. Он принял участие в организации психологического института, стал соучредителем общества детской психологии, а также Фонографического архива с коллекцией более 10 тыс. записей примитивной музыки. Он основал фонд акустики и музыковедения, собирал фольклор у пленных, возглавлял комитет по изучению феномена “умного Ганса” (лошади, выстукивавшей ответы на математические задачи) и сумел объяснить этот феномен. В 1896 году Ш. — Президент (совместно с Т. Липпсом) 3-го Международного психологического конгресса в Мюнхене, в 1907 – 1908 гг. — ректор Берлинского университета. В 1921 году Штумпф ушел в отставку, передав кафедру В. Келеру, и занялся проблемами гносеологии, придя, в конечном счете к Спинозианскому пантеизму.

Главный труд Штумпфа — двухтомный труд “Tonpsychologie” — самый значительный и грандиозный по охвату вклад в психологию слухового восприятия после Гельмгольца. Он выделил и изучил психологические феномены синтеза звуков, предвосхитил принцип гештальта (“целое не является суммой составляющих его частей”), выдвинул теорию гармонии, сформулировав ее законы, сделал многочисленные открытия в психологии музыки, в частности исследовал субъективные тона, двойное слышание, удлинение октавы и мн. др. Он исследовал восприятие звуков речи и сочетание гласных и осуществил новаторское кросс-культуральное исследование примитивной музыки. Своими исследо-

ваниями он доказал правоту основных положений своего учителя Ф. Brentano. Так, следует отличать акт слышания (функция) от воспринимаемого тона (содержание сознания), первое — предмет психологии, второе — феноменологии, как философской дисциплины¹.

В знаменитой полемике — столкновении двух принципиально разных методологических подходов: вундтовского (строго придерживавшегося анализа грандиозного числа элементарных искусственно организованных данных, с расщеплением содержания сознания на элементарные единицы), и феноменологического подхода Штумпфа (оперирующего естественными целостностями содержаний сознания у профессиональных музыкантов), — совершенно разные результаты самонаблюдений испытуемых доказали противоестественность атомизации содержаний сознания.

Штумпф различал две категории функций (актов): интеллектуальные и эмотивные (или аффективные). Последние состоят из противоположных пар: радость — печаль, желание -отвержение, стремление (поиск) — избегание. Эмоциональный оттенок могут приобрести и некоторые явления, названные им “чувственными ощущениями” или “ощущениями чувств” (*gefühlsempfindungen*, 1907, 1916). Его когнитивная теория эмоций, по признанию ряда современных исследователей (1992), во многом опережает нынешние представления многообразием подходов, нюансировкой и намного большей ясностью анализа.

Итак, знание должно быть получено из анализа эмпирического материала, а не из анализа понятий. Анализ этого материала посредством мысленного, а затем и реального экспериментирования позволяет открыть структурные связи между элементами. Штумпф настойчиво утверждал, что это не индукция в духе Дж. Ст. Милля. Еще до Гуссерля он отвергал не толь-

ко психологизм, как сведение всех эпистемологических и других вопросов к психологическим, но и антипсихологизм неокантианцев — “шоры на глазах противопказаны везде”. Свои труды Штумпф характеризовал как феноменологическую пропедевтику психологии, а не психологию. И это действительно была новая самостоятельная область знаний, — пред-наука, первая ступень исследования в любой науке, так как ни одна наука не может возникнуть без предварительного тщательного описания и организации исходного материала. С этого должны начинаться учебники по любой естественной и гуманитарной науке. Честь первого ясного указания на это, согласно Штумпфу, принадлежит его коллеге по Праге — выдающемуся физиологу Эвальду Герингу. Штумпф первым представил примеры феноменологической *Wesensschau* — интуиции (материальных) сущностей, он открыл структурные закономерности строения феноменов, фундаментально отличные от простого индуктивного обобщения и более валидные, чем такое обобщение. Но в отличие от Гуссерля он при этом еще не применял очищающую процедуру феноменологической редукции.

Штумпф был выдающимся педагогом, предоставившим независимость своим многочисленным ученикам, самые прославленные из которых Эдмунд Гуссерль, Вольфганг Келер, Курт Кофка, Макс Вертхаймер и Курт Левин.

ЛИТЕРАТУРА

- Валентайн Е. Р.* Психология. Биографический библиографический словарь под ред. Noel Sheehy, etc. L.-NY, 1997; С-Пб, 1999.
- Михайлов И. А.* Новая филос. энци. 4-й том М, 2001.
- Шпигельберг Герберт.* Феноменологическое движение. М., 2002.
- Ярошевский М. Г.* История психологии в лицах. Персоналии, М., 2005.

¹ Феноменология, по Штумпфу, фундаментальная пропедевтическая наука, построение которой станет основой частных наук о природе и человеке. Ее задача — описание, эмпирическое исследование первичных и вторичных феноменов вне зависимости от причинных отношений. Феномены не подлежат сведению к более элементарным единицам в силу их структурных свойств.

150-летие Эдмунда Гуссерля Edmund Husserl (1859 – 1938)



“Эдмунд Гуссерль оказал и продолжает оказывать самое устойчивое и глубокое влияние на современную мысль” (1). Из его непрестанно развивавшихся идей выросли феноменологический метод и новый тип философствования, феноменологическая философия и учение о “жизненном мире”, а также многообразное разветвленное феноменологическое движение не только в философии, но фактически во всех точных, естественных и гуманитарных науках.

Эдмунд Гуссерль родился в апреле 1859 года в Проснице (Prostějov) в Моравии, тогдашней Австро-Венгерской империи, в еврейской семье, которая на протяжении столетий жила в этом местечке, в семье чиновника, вторым из четверых детей. В каких-то десяти километрах в то же время родились Зигмунд Фрейд (1856) и Христиан фон Эренфельс (1859). В гимназии в Вене, а затем Оломоуце он был худшим учеником, принадлежа к тому типу людей, которые развиваются очень медленно. 1876 – 1887 — студенческие годы Гуссерля. Первые три семестра он изучал астрономию в Лейпцигском университете. Здесь он особо выделяет знакомство с Томашом Масариком,

будущим первым президентом Чехословацкой республики, который стал его старшим другом и наставником, будучи уже доктором философии. “Он помогал мне анализировать проблемы, предлагал пути развития независимой мысли и, прежде всего, излечил меня от ложного, вне-этического национализма”. Масарик руководил его философским образованием, именно он обратил его внимание на учение и лекции Франца Brentano и посоветовал специально поехать в Вену. С 1877 года приходит страстное увлечение Гуссерля математикой, 6 семестров он занимается в Берлине, где его учителями становятся антагонисты Карл Вейерштрасс и Леопольд Кронекер, а по философии — Паульсен. Вейерштрасс пробудил в нем интерес к “радикальному обоснованию математики”. В 1881 году Гуссерль едет в Вену, где часто посещает Масарика, под влиянием которого читает Новый Завет. В 1883 году он защищает диссертацию об исчислении вероятностей, возвращается в Берлин и становится ассистентом Вейерштрасса, но вскоре из-за болезни учителя возвращается в Вену, где в 1884 – 86 гг. слушает лекции Франца Brentano, которые определяют его профессиональную судьбу, особенно лекция о необходимости реформирования логики. Лето 1886 года он проводит с семьей Brentano, который рекомендует его Карлу Штумпфу. Под влиянием Масарика он принимает протестантство. В Галле он слушает лекции Штумпфа, с которым у него устанавливаются дружеские отношения, защищает диссертацию, становится приват-доцентом, женится. Большое значение имело для него и общение с создателем теории множеств Георгом Кантором. Здесь он публикует свою первую монографию “Философия арифметики” (1891), которая встретила резкую критику создателя математической логики Готтлоба Фреге за смешение психологии и логики. Действительно, работа поднимала сложные вопросы взаимоотношения математического, логического и психологического. Гуссерль выводил основные понятия математики из определенных психологических актов, отслеженных в мельчайших подробностях, и опирался на “Систему логики” Джона Стюарта Милля. Критика Фреге радикально повлияла на Гуссерля, она повлекла рождение феноменологии.

С 1895 года Гуссерль начинает свою знаменитую **непримиримую критику психологизма как релятивизма**, выступает за изгнание его из логики и возвращение в его собственные границы. Гуссерль усматривал психологизм также в наивном натурализме и историзме, которые релятивизируют как смысловые данности сознания, так и абсолютные идеалы и нормы. Эта критика составила 1-й том его “Логиче-

ских исследований” (1900). Штумпф буквально отобрал у него рукопись, чтобы передать издателю. Гуссерль колебался, следует ли вообще ее публиковать. Здесь обнаружились депрессивные фазы, которые отмечались у Гуссерля до конца жизни и самые тяжелые из которых пришлось на 1906 и начало 1920-х гг.

Независимая критическая позиция Гуссерля привела к тому, что он необычно долго — 14 лет — оставался приват-доцентом, испытывая (при наличии троих детей) серьезные финансовые трудности. Все эти годы он был вынужден ежегодно подавать прошения в министерство о стипендии приват-доцента и дожидаться результата, не всегда положительного. В 1894 году ему разрешают именоваться профессором, и только в 1901 году прусское министерство согласилось учредить для него должность внештатного профессора в Геттингенском университете. Философский факультет этого университета отклонил приглашение Гуссерля как профессора. Но он все же был назначен, хотя государственную поддержку получил только спустя год.

Весной 1901 года выходит 2-й том “Логических исследований”, где излагался феноменологический метод, — труд, признанный одним из главных философских произведений XX века. А осенью начинается его 15-летний геттингенский период. Признание приходит от молодого поколения философов. С 1902 года начинается активное общение с мюнхенской группой студентов Теодора Липпса, а с 1904 г — с ним самим. Вильгельм Дильтей начал вести семинар по “Логическим исследованиям” Гуссерля. В 1905 году выдающийся геттингенский математик Давид Гильберт собирает отзывы о заслугах Гуссерля у Эрдмана, Кюльпе, Липпса, Наторпа, Рия, Виндельбанда, чтобы добиться для Гуссерля места штатного профессора. Философский факультет энергично протестует против этого. Гуссерлю предлагают место в Галле, затем в Бреслау, его избирают членом-корреспондентом Баварской академии наук. Наконец, в 1906 году кайзер Вильгельм назначает его штатным профессором философского факультета Геттингенского университета. Ему пишет Фреге, к нему приезжает Гуго фон Гофмансталь, с которым завязывается переписка о феноменологическом и эстетическом созерцании. Он посещает Brentano во Флоренции. Уже к 1905 году Гуссерль разработал представления о “феноменологической редукции” и “феноменологии внутреннего сознания времени”. **С 1911 года понятие “феноменологии” стало отождествляться с именем Гуссерля.** К этому году относятся его работы “Философия как строгая наука” и “Идеи к чистой феноменологии и феноменологической философии” (1913), так наз. “Идеи I”.

В 1910 – 1911 гг. лекции Гуссерля слушает Густав Шпет. Состоялось их “знакомство домами”, продолжившееся перепиской. Шпет одним из первых откликнулся на “Идеи I” своей монографией “Явления

и смысл” (1914). Подробно изложив и обсудив их содержание, он указал на необходимость соответствующей разработки социального бытия, что получило одобрение Гуссерля. Из геттингенских учеников выделялись Г. Гофман, В. Шапп, А. Койре, Ж. Геринг. В Мюнхене последователями Гуссерля стали М. Шелер, А. Пфендер, М. Гайгер, Х. Конрад-Марциус, Р. Ингарден, Д. фон Гильдебрандт и мн. др. В период первой мировой войны у Гуссерля погиб сын и был тяжело ранен другой. Погиб и один из наиболее талантливых феноменологов Адольф Райнах. С 1916 года и до самой смерти в 1938 году Гуссерль жил в Фрайбурге и до 1928 года оставался профессором Фрейбургского университета. Здесь его снова окружали выдающиеся ученики: М. Хайдеггер и Эдит Штайн, которые были его ассистентами, а позднее Э. Левинас, А. Гурвич, М. Фарбер, Г. Г. Гадамер, К. Левит, Г. Маркузе, А. Швейцер, Ф. Степун и мн. др. Публичное признание Николаем Гартманом (преемником Пауля Наторпа, главы Марбургской школы неокантианства) своей солидарности с феноменологией, — один из самых впечатляющих успехов феноменологического движения, — Гуссерль встретил очень сдержано (он состоял с Наторпом в давней переписке). В течение 35 лет Гуссерль регулярно читал 4-х часовые лекции по программе и два раза в неделю 2-х часовые лекции по разрабатываемой им проблематике и вел еженедельный семинар.

На свое место Гуссерль рекомендовал Хайдеггера и многое сделал для его утверждения. Но услышав его вступительную профессорскую речь в 1929 году и вчитавшись в посвященное ему Хайдеггером “Бытие и время”, испытал самое большое разочарование в своей жизни, — и этот ученик, как и Макс Шелер, — два самых выдающихся, — пошел своим, совершенно другим путем. С 1914 года Гуссерль развивает свою концепцию трансцендентального идеализма, — поворот, который не приняло большинство его учеников. В 1929 году Гуссерль публикует “Формальную и трансцендентальную логику”, “Картезианские размышления”, “Парижские доклады”... В 1933 году вступил в силу расистский закон о государственных служащих, и Гуссерль из-за своей еврейской национальности был вычеркнут из списка профессоров и даже лишен доступа в университет и его библиотеку. В том же году он получил приглашения от университета в Южной Калифорнии в Лос-Анджелесе, однако не принял его, так как оно не распространялось на двух его сотрудников. В 1935 году Гуссерль и его семья были лишены немецкого гражданства. Его приглашали в Вену и в Прагу, где планировалось основание Архива Гуссерля.

В 1935 году Гуссерль прочитал в Вене и Праге цикл докладов, опубликованных в 1936 году в Белграде — “Кризис европейских наук и трансцендентальная феноменология”. Здесь появляется понятие “жизненного мира” или само собой разумеюще-

150-летие Эдмунда Гуссерля

гося мира, мира жизненного опыта, изучение которого — дело “профанной феноменологии”, то есть это не философская, а предфилософская задача частных дисциплин. Этот последний, четвертый этап развития его идей, пришедшийся на эпоху нацизма, вызвал их продуктивное развитие во многих гуманитарных дисциплинах. Из них выросла, в частности, феноменологическая социология Альфреда Шюца.

В 1938 году, вскоре после своего 79-летия, Гуссерль умер. Его гигантский архив (45 тыс. страниц) с большим трудом был перевезен францисканским патером Германом Лео ван Бреда в Католический университет Лувена (Бельгия). Публикация этого архива (“Гуссерлиана”), насчитывающая уже 38 томов, продолжается.

Больше всего возмущала Гуссерля “распря” философских школ, перебранка различных направлений

“на огромном расстоянии от самих вещей”. “Это же невыносимо: должна быть одна наука, одна философия!”. Это устремление руководило Гуссерлем всю жизнь, и он создал особый метод и особую пред-науку — анализ и организацию самих фактов, общую для всех до всех отклонений и споров, и особый тип философствования, необходимый на этом этапе.

ЛИТЕРАТУРА

- Бохенский Ю. М.* Современная европейская философия. М., 2000.
Ингарден Роман Введение в феноменологию Э. Гуссерля. М., 1999.
Мотрошилова Н. В. “Идеи-1” Э. Гуссерля как введение в феноменологию. М., 2003.
Руткевич А. М. Эдмунд Гуссерль // Философы XX века — М., 2004.
Штигельбергер Г. Феноменологическое движение. М., 2002.

РЕКОМЕНДУЕМ!

Живой журнал Виктора Кагана — <http://vekagan.livejournal.com>

**Универсальное чтение для всех,
кто интересуется проблемами души, психики и бытия,
любит хорошую литературу и поэзию**

Читайте, смотрите, делитесь адресом со своими друзьями!

*НОВЫЙ ЕВРОПЕЙСКИЙ ЖУРНАЛ
ПО ФИЛОСОФИИ И ПСИХИАТРИИ
Jornal für Philosophie und Psychiatrie*

<http://www.jfpp.org/>

120-ЛЕТИЕ ВИЛЛИ МАЙЕР-ГРОССА

Willy Mayer-Gross (1889 – 1961)

Вилли Майер-Гросс был одним из наиболее выдающихся немецких, а потом и британских психиатров XX века.

Вильгельм Майер родился в 1889 году в Бингене-на-Рейне в Германии, изучал медицину в Гейдельберге, Киле и Мюнхене. В 1912 г. защитил в Гейдельберге диссертацию “Расстройства узнавания”, стал ассистентом проф. Фридриха фон Мюллера в Мюнхене. Опираясь на работы мюнхенского ученика Э. Гуссерля Морица Гайгера, опубликовал работу “Феноменология аномальных переживаний счастья” (1914). Во время Первой мировой войны служил военным врачом, последние два года — в военном госпитале по лечению нервных расстройств. В 1919 г. он женился. Последующие 15 лет он работал в самой выдающейся Гейдельбергской психиатрической клинике Франца Ниссля и Карла Вильманса, первые шесть лет в качестве ассистента. Здесь осуществился естественный синтез клинико-нозологического направления Э. Крепелина, делавшего акцент на долговременном наблюдении больных, с окончательно сформировавшимся здесь феноменологическим направлением Карла Ясперса, преобразовавшего психопатологию введением феноменологического метода Гуссерля с его тщательным непредвзятым описанием и строгой и тонкой квалификацией. В кругу К. Ясперса, К. Вильманса, К. Берингера, Г. Груле, Вилли Майер, как все звали его, был самым молодым и активным. Он исследовал здесь конечные состояния шизофрении (1921) и впервые в 1922 году выделил из состояний спутанности сознания и отличный от делириозного — онейроидный синдром, защитив в 1924 г. диссертацию “Самоописания состояний спутанности”. В 1922 – 1923 гг. он уезжал в психиатрическую клинику Реймана в Швейцарии, где занимался экспериментальными психозами при интоксикации мескалином и кокаином и описал состояния патологической экзальтации. С 1924 по 1933 гг. он был заместителем директора Гейдельбергской клиники, а с 1929 г. еще и преподавал в качестве доцента университета. В 1928 г., совместно с К. Берингером, В. Майер основал знаменитый журнал “Nervenarzt” и до 1933 г. был его главным редактором. Он написал главы о психопатологии и клинике галлюцинаций, а также об этиологии, клинике, диагностике и терапии шизофрении в “Руководстве по психиатрии” под редакцией Освальда Бумке (т. 1, 1928; т. 9, 1932).



В 1933 г. все евреи в Германии были уволены с государственной службы. В этой ситуации Э. Мапотер помог трем психиатрам, подвергавшимся угрозе, получить грант от Фонда Рокфеллера для работы в клинике Модсли в Лондоне. Приехав в Англию, В. Майер сменил имя на Майер-Гросс, добавив девичье имя матери, подтвердил свою квалификацию в медицине и стал британским подданным. Совместно с Эрихом Гутманом он организовал отделение клинических исследований в клинике Модсли, где представил британским психиатрам работы Карла Ясперса и Курта Шнайдера и вдохновил многих из своих коллег, включая Э. Слейтер, на работу в этом направлении. Это клиническое отделение стало прообразом и моделью таких отделений в других больницах. Влияние этих выдающихся людей на обучении психиатрии в других образовательных учреждениях страны трудно переоценить. Из-за отсутствия постоянной должности в Лондоне, за несколько месяцев до начала Второй мировой войны, в 1939 г., Майер-Гросс принял приглашение стать руководителем клинических исследований в Кричтонской королевской клинике в Дамфри, где оставался до выхода на пенсию в 1955 году. Здесь он создал исследовательский центр и как всегда оказал мощное стимулирующее влияние на молодых коллег. Он опубликовал ряд статей и монографий, посвященных исследованию афатических, агностических и апраксических расстройств, органических и пресенильных психозов, инсулино-терапии психических заболеваний. Знаком признания его научных до-

стижений стало вручение диплома члена Королевского колледжа врачей в Лондоне в 1945 г., избрание членом Совета в 1951 г., президентом секции психиатрии в 1954 – 1955 гг. В 1952, 1956 – 1957 гг. он был консультантом ВОЗ и ездил с миссией в Бангалор, где помог создать первую в Индии психиатрическую клинику, наладил обучение, исследовательскую работу и повышение квалификации психиатров. Полный энергии и энтузиазма и после выхода на пенсию, он поехал в Бирмингем в качестве руководителя отдела экспериментальной психиатрии и директора клинических исследований Uffculme'ской клиники, где сыграл крупную роль в развитии клинической психиатрии в Зап. Мидлэнде.

Он был выдающимся преподавателем. Его фундаментальный учебник “Клиническая психиатрия” в соавторстве с Элиот Слейтер и Мартином Ротом, опубликованный в 1954 г. (3-е изд. в 1969 г.), дал образование нескольким поколениям психиатров и определил развитие психиатрии в Великобритании. Он был переведен на испанский и итальянский языки. Вместе с Г. Груле, Р. Юнгом и М. Мюллером Майер-Гросс выступил редактором первых томов руководства “Psychiatrie der Gegenwart”, представлявшего современное дополнение исторического многотомного “Руководства по психиатрии” под ред. О. Бумке, а также участвовал в издании “Общей психопатологии” Карла Ясперса на английском языке (1963).

Майер-Гросс был удостоен звания “заслуженный профессор в отставке” в Штутгарте в 1955 г. и дважды работал в качестве приглашенного профессора в Германии. Однако его планы вернуться в Германию на более длительный срок, связанные, прежде всего, с желанием его жены, потерпели фиаско из-за недостаточной местной поддержки. Его внезапная смерть от коронарного тромбоза в 1961 г. лишила его возможности занять пост руководителя фармакопсихологических исследований в Гейдельберге, предложенный ему как раз в то время В. фон Байером.

Майер-Гросс был одаренным научным исследователем, проторителем новых путей в своих почти 100

исследованиях по очень широкому кругу проблем: по общей психопатологии — выделению онейроидного синдрома, исследованию галлюцинаций, деперсонализации, агнозии и апраксии и т.д., методологии клинического исследования, фундаментальному многостороннему исследованию клиники шизофрении, хронического мозгового расстройства, органических и пресенильных психозов. Лечение шизофрении инсулиновой комой стало в его руках не только техникой лечения, но и моделью психозов, которые можно было изучать неврологическими, психиатрическими и биохимическими методами. Майер-Гросс был первым в Великобритании, кто провел биохимическое исследование психозов. Его клинический и методологический вклад в экспериментальные психозы, вызванные мескалином и лизергиновой кислотой, считается сейчас классическим. Он первым провел демографическое исследование психических расстройств в Великобритании. Наделенный юмором, доброжелательностью, компанейством, он мог критиковать и одновременно воодушевлять своих учеников. Сложности, связанные с его положением немолодого иностранца, несмотря на высокое положение, никогда не влияли на его энтузиазм. Эта способность вопреки всему радоваться жизни была, возможно, его главной отличительной чертой, делала его обаятельным человеком.

ЛИТЕРАТУРА

- Рот М.* Памяти В. Майер-Гросса // Ж. невропат. и псих. им. Корсакова, 1961, 12.
- Розентейн Л. М.* К психопатологии и клинике делириозных (аменциальных) состояний // Ж. психол., неврол. и психиатрии, 1923, т. 3, 163 – 185.
- Штернберг Э. Я.* Майер-Гросс // БМЭ, 1980, т. 13.
- Jung R.* Wilhelm Mayer-Gross // Arch. Psychiat., Nervenkr., 1962, Bd. 203, 129.
- Obituary in British Medical Journal, Feb. 25, 1961, 597 – 698.
- Wolff S.* Philosophy, Psychiatry & Psychology, 2000, 4, 292 – 295.

Феноменология аномальных переживаний счастья¹

Вилли Майер-Гросс

Ключевые слова: экстаз, эмоции, счастье, мания, опыт религиозного озарения

Содержание

I. Введение

II. Экстаз

Природа переживания экстаза
в отношении к чувству реальности;
в отношении к процессам воли;
в отношении к “Я”, и особенно его развитию и функционированию.
Состояние сознания во время экстатического переживания счастья;
физические ощущения во время экстатического счастья.

III. Аффект счастья

Природа переживания счастья
в отношении к чувству реальности, включая “чувство предвкушения”;
в отношении к процессам воли: ощущение своих безграничных возможностей,
ясновидение в отношении себя.
Состояние сознания при аффекте счастья;
физические ощущения при аффекте счастья.

IV. Резюме и заключение

1. ВВЕДЕНИЕ

Попытка описать и классифицировать эмоции сталкивается с двумя препятствиями: не существует феноменологических границ или классификационных принципов ни для дифференциации эмоций от других психологических проявлений; ни для различения эмоций друг от друга. Но трудности определений не должны служить препятствием для исследователей, стремящихся к описанию. Только через это может быть создана терминология психологических феноменов. Поэтому мы будем следовать позиции Морица Гайгера (M. Geiger)² (А), который описывает природу эмоций как “овладение опытной стороной сознания”.

В отсутствие феноменологии эмоций, описание аномальности также не может быть *феноменологически выведено*. Мы склоняемся к тому, чтобы именовать аномальными те феномены, которые не являются *психологически понятными* по Ясперсу (Jaspers, 1912a). Но в том, что касается эмоций, есть особые сложности. Эмоции могут быть вызваны болезненными состояниями, которые не имеют никакого отношения к другим психическим переживаниям. Примером могут служить бессвязные необъяснимые проявления “искусственно сделанных эмоций” при шизофрении, странность которых не допускает никаких феномено-

логических объяснений. Все остальные известные патологические аффективные состояния, такие как чувство неадекватности депрессивных больных, эйфория пациентов с парезом, и т.д. вполне понятны в свете целостной психической картины. Здесь для нас возможны только два варианта: или мы называем аномальными те эмоции, которые составляют часть какого-либо аномального симптомокомплекса; или мы утверждаем, что аномальных эмоций вовсе не существует (что непостижимо) — все эмоции, которые встречаются в аномальных психических состояниях, — это понятные эмоциональные сопровождения целостного психического нарушения. В последнем случае нет особой необходимости в феноменологии патологических эмоций. Нам потребуется только феноменология эмоций, нормальных и аномальных.

Все же можно рассмотреть ситуацию, в которой аномальные эмоции, в нашем понимании термина, существуют. Для этого нужно показать, что психологически непонятная эмоция (не выводимая из предыдущего психического опыта) существенно влияет на всю картину аномального психического состояния. Этот аргумент приводит нас к вечной загадке превалирования бредовой идеи, а не аномального аффективного состояния, если не считать того, что мы изложили вопрос не с точки зрения причинно-следственных отношений, а с точки зрения понимающей психологии. Тем не менее, в индивидуальном случае провести такое различие трудно. Например, если мы хотим решить, является ли грандиозность (переживаний) пациента с парезом следствием его эйфории или эйфорию лучше понимать на основе его экспансивных

¹ Zeitschrift für Pathopsychologie, 1914, 2, 588 – 610.

² Мориц Гайгер (1880 – 1937) — ученик Э. Гуссерля, автор многих работ по феноменологии чувств, воли, эстетических переживаний, испытавший влияние критической онтологии Николая Гартмана (прим. ред.)

идей. Чтобы избежать излишних теоретических противоречий, лучше обойти такие “пограничные” случаи, и начать и ограничить свой анализ теми — совсем нередкими — клиническими состояниями, в которых эмоции, отчетливо влияют на изменение общего психического состояния. Именно в этом смысле идея аномальности будет использована в данном исследовании. В каждом индивидуальном случае важно определить эмоциональный вклад во всю целостность психического переживания и разъяснить природу вовлеченных эмоций.

Главным образом по практическим соображениям мы выделили среди этих переживаний эмоции счастья. Причина такого выбора в том, что нам нужен наглядный материал, основанный на литературных описаниях и описании клинических случаев в историях болезни, а эти источники всего богаче в сфере необычных переживаний удовольствия.

Метод опроса — это метод экзистенциального, эмпатического описания. Этот метод отличается представлением, что наблюдение становится достоверным не тогда, когда оно повторяется, но когда то, что наблюдается в единичном случае при строго определенных условиях, может быть расценено как валидное само по себе. И все же вследствие неизбежного несоответствия между языком и психической реальностью, те случаи, когда сходные феномены регистрируются в большинстве описаний, являются предпочтительными.

Большая часть того, что нас интересует, описана недвусмысленно и живо (в терминах популярной психологии) в поэтических текстах, однако мы постараемся не использовать чисто художественные описания. Стремление к достоверности никогда не занимает первое место в художественной литературе, так же как в религиозных свидетельствах. Это хорошо выражают следующие слова Ницше: “Для поэта метафора не просто риторическая формула, но картина, которой его сознание фактически замещает понятие”.

Наиболее ценными данными, конечно, являются самоотчеты пациентов с высоким культурным и образовательным уровнем. Наша главная цель состоит в том, чтобы путем внимательного анализа природы эмоций сопоставить два ряда переживаний, в которых чувство счастья играет решающую роль. Связь с обычными феноменами эмоциональной жизни, если она обнаруживается, рассматривается в обязательном порядке, даже ценой отклонений от главного направления исследования с тем, чтобы изучение могло быть встроено в доступный корпус научного знания.

II. ЭКСТАЗ

Мы начнем с переживания, наиболее важной чертой которого является его эмоциональное содержание. Опытная сторона сознания является центральной для всего психического состояния, внешняя реаль-

ность и воля отводятся на задний план всех сильных эмоций. Это состояние сознания переживается субъектом как необычное и из ряда вон выходящее. Тем не менее, экстаз, как мы назовем этот феномен, редко описывается адекватно.

Здесь следует дать некоторые комментарии относительно описания эмоциональных переживаний. Необходимо учитывать три важных источника ошибок при оценке самоотчетов об эмоциональных переживаниях; первый — фактический, два других — лингвистические:

1. Geiger (A) первый обратил внимание на тот факт, что актуальные эмоции, эмоциональная окраска воспринимаемой внешней действительности часто отражают память о прошлых эмоциях. С одной стороны, это облегчает задачу оценки эмоциональных особенностей внешней реальности; с другой стороны, реальность в этом случае является более значимой, чем это следует из всего сознательного опыта.

2. Лингвистически грамотный человек вносит в классификацию феноменов общепринятые слова и разговорные выражения, но сущности могут высказываться из этих общих фраз и оказаться утраченными. Многие религиозные свидетельства, например, заставляют усомниться в словах пророков.

3. Лингвистически неграмотный человек ограничивает себя простыми картинками или описанием подчеркнута физических ощущений.

Эти соображения неизбежно ведут нас к тому, чтобы рассмотреть примеры из литературного творчества одаренных людей, не подвергая сомнению их исключительную эстетическую или религиозную ценность.

Вот как Heinrich Seuse (Buber, 1921) описывает переживание счастья, которое мы исследуем:

Он стоял всеми покинутый и одинокий, но душа его была переполнена радостью внутри или вне его тела. Он видел и слышал то, что никто не в силах выразить словами. Это было вне какой-либо формы или бытия, и все же полно радостного удовольствия всех форм и способов существования. Его сердце томилось, жаждало чего-то, и тем не менее было удовлетворено, его душа радовалась, и он чувствовал себя непринужденно; его желания осуществлены и все просьбы выполнены. Он не делал ничего, только пристально смотрел в сияющее отражение и стремился к самозабвению и забвению всех вещей. Он не мог сказать, день сейчас или ночь. Это была потрясающая благодать вечной жизни внутри его нынешней неподвижности и спокойного чувствования... Этот бурный восторг продолжался часа полтора; и все это время он не знал, оставалась ли душа в его теле или была отделена от него... Когда он пришел в себя, то почувствовал что он как будто вернулся из другого мира. В этот краткий миг его тело было переполнено болью, и он не мог представить, что можно пережить такую боль за такое короткое время, разве что умирая.

Даже если мы вычленим несколько черт этого феномена, мы все еще будем далеки от понимания природы переживания. Важно продолжать анализ и провести сравнение с другими подобными случаями.

Вопрос в том, как могут эмоции полностью подчинять себе ясное сознание, что, как мы видим, является отличительным признаком экстаза. Внешний мир и все проблемы осознанного понимания исчезают: “забвение себя и всех вещей”; “он не мог сказать, день сейчас или ночь”. Роль эмоций можно понять через то, что так наглядно описано как “сияющее отражение”, как восприятие с помощью зрения и слуха, при котором “все было вне формы или бытия и все же было полно радостного удовольствия всех форм и способов существования”. Эта метафора внутреннего света или сияния, которая встречается почти во всех описаниях экстаза, так же как приписывание сладости схожим эмоциональным переживаниям, отражает ориентацию на внешнюю реальность (James, 1963).

Другая характерная черта экстаза — полное спокойствие, отсутствие всякой борьбы или усилий воли: “Его сердце томилось, жаждало чего-то и было тем не менее удовлетворено... его желания осуществлены и все просьбы выполнены”. Нет сознания какой-либо внутренней или внешней активности и совсем нет желания рассказывать об эмоциональных переживаниях. Все, о чем хочет сообщить личность в состоянии экстаза — это ее удаление от мира. Для иллюстрации этого “спокойного состояния” приведем следующее описание У. Джеймса (1936):

Прошлая ночь была сладчайшей ночью моей жизни. Никогда прежде я так не наслаждался светом, вечным покоем и сладостью небес в моей душе. Мое тело не испытывало при этом ни малейшего волнения ... всю ночь я испытывал непрестанное, чистое и живое чувство небесной сладости удивительной любви Христа, его близости ко мне, и моего ответного чувства к нему, как дорогому и близкому существу; с невыразимым сладостным покоем души... Мне казалось, что я ощущаю жар божественной любви, непрерывным потоком сладкого света спускающийся с небес из сердца Христа в мое сердце... Мне казалось, что я всплываю и плыву в этих ярких, сладких лучах, как потоки воды, плывущие в лучах солнца... Это было удовольствие без малейшей муки, которое никто не мог прервать. Это была сладость, в которой растворилась моя душа; казалось это все, что может вынести мое слабое тело.

Проиллюстрируем теперь примерами это чувство пассивности, которое характеризуется отсутствием какого-либо побуждения сообщать о своих переживаниях. Первый пример — в форме показательного сравнения:

В этом состоянии душа, как малое дитя, которое еще у груди матери. Мать держит его на руках и ласкает. Она кормит его чистейшим молоком, хотя он

даже не шевелит губами... Господь желает, чтобы наши желания удовлетворились впитыванием молока, которое Его Величество льет нам в рот, и чтобы мы получали удовольствие от этой сладости, даже не зная того, что она исходит от Бога. (James, 1963).

К моему облегчению Господь пришел и избавил мою душу от бремени и тяжести греха. Все мое тело трепетало с головы до ног, и моя душа наслаждалась сладостным миром. Удовольствие, которое я затем испытал, было неопишимо. Счастье продолжалось около трех дней, и все это время я ни с кем не говорил о своих чувствах. (James, 1963).

Эмоциональные переживания во время состояний экстаза не находят выражения в произвольном поведении в окружающем мире, но направлены против личности, угрожают ей и ведут к ее подавлению. Эта тенденция относительно подавления личности эмоциями — которую Seuse обозначает как сомнение относительно того, находится ли душа “внутри или вне его тела”, — очень ясно описана в цитируемом тексте мистера Джонатана Эдвардса. Уместно также привести здесь отрывок из автобиографии Аристида из Смирны (Mish, 1950), в котором он приписывает свои переживания после купания в ручье божественному вмешательству Асклепия:

Внутренне это было почти то же самое. Это не было ни чувство удовольствия, ни такое переживание, которое может быть описано как разновидность человеческой радости. Это было несказанное чувство благоденствия, которое заставляет все тускнеть перед лицом настоящего, так что когда я проснулся, я, казалось, не видел ничего кроме Бога, настолько я был близок с ним.

Мориц Гайгер (В) был первым, кто отметил, что потеря “я” во время эмоционального переживания тесно связана с феноменом слияния личности и объекта. Гайгер показал, как переживания растворения, так же как расширения “я” во время эмпатического созерцания произведений искусства могут возникать от слияния настроения, спонтанно вызванного эго, и того, которое исходит от объекта. Но состояние экстаза, как мы видели, беспредметно и, таким образом, когда личность предается этому состоянию, она слита с чем-то совсем общим: Богом, Всем.

С этой точки зрения, мы можем сравнить три вида переживаний. Первый не может быть точно определен как экстаз, хотя его отличает то, что состояние “я” определяется подавляющей эмоцией, и “я” приносится в жертву эмоции, хотя, конечно, на более поверхностном уровне личности. Этот, а также второй вид переживания ясно указывают на то, что причиной внутренней гармонии является эмоциональная окраска внешней ситуации, в то время как третий вид не содержит ничего, кроме переживания экстаза, выражающегося в желании “обнять всех” и в растворении “я”.

...Быть одному довольно неприятно. И стоя под теплым дождем, когда эти мысли преобладали, я

внезапно почувствовал сладостное и благодатное единение с Природой, в рисунке капель дождя, в каждом пейзаже и звуке у моего дома создавалась вдруг безграничная и необъяснимая доброжелательность, аура, поддерживающая меня.... Каждая сосновая иголочка поднималась и росла, выражая симпатию и дружеское отношение ко мне... Я ясно осознавал существование чего-то родственного мне... (James, 1963).

Я помню ночь и то место на вершине холма, где моя душа открылась, как будто в Бесконечность. Это было совместное движение двух миров, внутреннего и внешнего. Это была глубина, зовущая в глубину, — глубина, открывшаяся внутри меня благодаря моей собственной борьбе, в ответ на непостижимую глубину снаружи, выходящую за пределы звездного пространства. Я стоял наедине со своим Творцом, и вся красота мира.... Я не искал Его, но чувствовал, что мой дух — в полной гармонии с Ним. Обычный смысл вещей померк. На мгновение не осталось ничего, только невыразимая радость и восторженность. Это переживание невозможно описать. Это было подобно действию грандиозного оркестра, когда отдельные ноты сливаются в одну растущую гармонию, заставляя слушателя чувствовать лишь то, что его душа вознеслась ввысь и переполнена чувствами (см. отчет священника в сборнике манускриптов Starbuck'a у Джеймса (James, 1963)).

В то время как я и не думал об этом и ни на что не рассчитывал, моя душа была внезапно вознесена богом, я обнимал весь мир, и мне казалось, что я стою уже не на земле, но на Небе, с Богом. Это приподнятое состояние, в котором я находился, превосходило все, что я пережил прежде. Оно было так безмерно, так чисто и ясно, таким облагораживающим и просвещающим, что я чувствовал, что с ним не сравнится никакое другое состояние бытия. (Buber, 1921; для сравнения см. также James, 1963).

Эти описания незаметно привели нас к пониманию того, что в состояниях подлинного экстаза мы находим растворение “я”. Можно приводить примеры и анализировать связанные с этим проблемы, и здесь мы отсылаем читателя к Мартину Буберу, который полагал, что в центре всех мистических переживаний было “бытие как единичность, единственность” и дал богатый материал, подтверждающий это. (Buber, 1921). Однако эти рассуждения уводят нас от изучаемой нами темы к феноменологии “я” (личности). В отношении таких “исключительных” состояний, нам следует рассматривать состояние сознания в более узком смысле слова. Необычная погруженность во время экстаза во внутреннюю жизнь не может быть расценена как нормальное состояние сознания; все же само переживание связано с абсолютно ясным сознанием и легко и четко, ярко вспоминается. Эта очевидная двойственность может быть преодолена, если мы разделим два значения ясного сознания, которые были здесь использованы. С одной стороны, ясное со-

знание обозначает психическое состояние, при котором восприятие определяет цель, подготавливает к принятию решения и действию, т.е. является осознанным восприятием. В этом смысле экстаз — это процесс, при котором сознание аномально или, по меньшей мере, изменено. В другом смысле, ясное (или целостное) сознание может подразумевать участие в переживании всей личности — не в смысле широты, но энергии — без какой-либо рациональной оценки и в состоянии абсолютно ясного сознания.

В заключение, следует обсудить природу физических ощущений, связанных с экстазом. Недавно Гайгер (1913) внес окончательную ясность в то, к какой степени физические ощущения относятся к феноменологическому анализу эмоций: (1) Неуместно включать их в феноменологическое обсуждение с точки зрения их функции (например, в той степени, в какой они составляют символическую основу эмоции), но только как объекты для размышления, физические ощущения как таковые. (2) Они входят в целостный эмоциональный опыт, во-первых, увеличивая его сенсорную непосредственность и богатство, а во-вторых, подчеркивая природу эмоции как личностного опыта посредством прохождения через физическую составляющую личности.

Первое положение, вероятно, не относится к состояниям экстаза. Физические ощущения неизбежно привлекают к себе внимание; Seuse, как и многие другие исследователи, упоминавшие неприятные физические ощущения, связанные с феноменом экстаза, подчеркивает, как велика была боль, которую переносило его тело. Вот описание голландского анабаптиста Hemme Hayen (Buber, 1921):

Я шел домой, с удовольствием поднимаясь все выше, внутренне разгоряченный и переполненный. Я думал, что могу погибнуть в этом богатстве, поскольку тело мое было слишком слабым, чтобы выносить такое великолепие. Я помолился и сказал: “Господи, ничего больше или я лопну!” И так, в сладостном ощущении я продолжал путь домой. И потом я достиг высочайшей точки и, принимая во внимание мое физическое несовершенство, она не могла быть выше.

Очевидно, что физические ощущения вовсе не происходят из эмоции, но являются, как раз наоборот, противоположными ей. И, тем не менее, они точно служат второй функции, указанной выше, т.е. усиливают сознание “я”: они не просто являются “сопутствующими” переживаниями. Мы видим, что в экстастических состояниях существование подавляющих эмоций угрожает личности, физические ощущения усиливают зыбкую сопротивляемость “я” полному растворению. Ясно, что они также связаны со смертью (Buber, 1921). Это видно из следующего описания:

Я громко рыдал от любви и радости; я не знаю, что это было, но следует сказать, что я буквально

ревел от неописуемых излиятий моего сердца. Я помню, что эти волны перекатывались через меня вновь и вновь, одна за другой, пока я не вскрикнул: “Я умру, если это будет продолжаться”. И я сказал: “Господи, я не могу этого больше вынести...” (James, 1963).

Результаты нашего анализа состояния экстаза могут быть обобщены следующим образом:

1. Экстаз характеризуется переживаниями, которые стараются максимально подчинить себе сознание личности.

2. Эти переживания (согласно Geiger (B)) ощущаются как сконцентрированные целиком в пределах внутреннего “я”, без всякой тенденции проявить их.

3. Кроме того, эмоция не стремится проявить себя как движущая или побудительная сила деятельности. Ее природа в неподвижности и спокойствии.

4. Эмоция стремится растворить личность, заставить ее подчиниться переживаниям, в то время как личность готова к этому растворению внутри эмоции. Это растворение, потеря себя в эмоциях очень похожа на переживание расширения “я” и единства с внешним миром.

5. В соответствии с определением ясного сознания, состояние сознания во время экстаза может быть описано как нарушенное, если сравнивать его с осознанным восприятием, это будет еще яснее, если мы используем наше определение ясности сознания и неповрежденных функций памяти.

6. Уникальное качество физических ощущений, отличающих состояния экстаза, придает окраску имеющейся экзистенциальной угрозе личности.

III. АФФЕКТ СЧАСТЬЯ

Рассмотрим теперь другой аффект счастья и возьмем в качестве отправной точки цитату из самоотчета, опубликованную Фридрихом Энгелькеном (1849).

Меня подняли мягкие облака, было похоже, что моя душа ежеминутно освобождается от оков, и невыразимое наслаждение и благодарность входили в мое сердце... Совершенно новая небесная жизнь началась внутри меня... Мои мысли стремились вперед так быстро, что я теперь сама противоречила тому, что утверждала еще час назад. Я была невероятно бодрой и казалась себе преображенной. Я была в таком удивительном состоянии, о котором могла только мечтать. Откровенно говоря, в моей душе было предвкушение рая. Весь мир и все человечество улыбались мне, я жаждала действий, хотела начать новую жизнь. Мой голос вдруг стал чистым и светлым, я все время пела, окружающие меня лица казались неообразимо прекрасными. Я хотела сделать весь мир счастливым, принеся себя в жертву, и разрешить все конфликты. Было предсказано, что в 1832 году произойдет что-то очень важное, и мне казалось, что это зависит от меня. Люди казались

мне исключительно красивыми, а дом был дворцом из волшебной сказки...

Сразу понятно, что это совершенно другое переживание счастья, чем то, которое мы разбирали в связи с состоянием экстаза. Это очевидно из приведенного воспоминания, и для того, чтобы найти причины отличия, мы должны, прежде всего, обратиться к его эмоциональному содержанию.

Мы видим, что это чувство также локализовано целиком во внутреннем опыте. Героиня живет этим чувством, ее сознание заполнено им вне всякой связи с внешними объектами. Но в то же время это чувство стремится распространиться за пределы эмпирического познания и переносится на осознание внешних объектов. Это не значит, что оно переживается как локализованное во внешнем мире, но эмоциональная окраска внешних объектов отражает эмоциональное состояние, переживаемое внутри: “Весь мир и все человечество улыбались мне... Люди казались мне исключительно красивыми, а дом был дворцом из волшебной сказки...”

Здесь мы хотели бы отметить, что изучение эмоций, переживаемых как исключительно внешние, мало что даст для понимания аномальных эмоциональных состояний. Поскольку в тех случаях, когда настроение связано, прежде всего, с внешними объектами, и эмоциональное переживание является его понятной составной частью, при рассмотрении природы такого явления следует учитывать процессы восприятия, а это уже лежит вне сферы психологии эмоций. Поясним это примером.

Случилось так, что ночью вся комната была погружена в полумрак, и я был поднят с постели каким-то шумом и прозвучавшими словами. Я стоял в комнате и озирался вокруг, когда я выглянул в окно, то увидел нечто великопное и невообразимое. Я представил, что передо мной трон господинь, окруженный золотыми креслами, и оттуда исходит могучий свет, лучи которого проникают в мое тело и наполняют его чувством неописуемого блаженства. Я опустился на колени и прокричал: О Господи, я не достоин...” (самоотчет Фердинанда Сп.).

Это определенно патологическое состояние вызвало “нормальные” эмоциональные переживания. Увидеть в них причину искаженного восприятия или их эмоциональной природы означало бы отойти от феноменологического подхода и принять сомнительную точку зрения. Поэтому понятно, что процессы, которые отвечают целям нашего анализа, лежат вне поля чистого восприятия.

Несмотря на это, мы должны осознавать свое стремление вынести чувства счастья вовне. С одной стороны, это может привести к серьезным искажениям таких переживаний, как были описаны выше, когда память, окрашенная связанным с внешними объектами настроением, придает им особое значение, которое не сочетается с действительно переживаемым

состоянием. С другой стороны, это облегчает наше исследование упомянутой тенденции к экстернализации.

Мы видим, что это эмоциональное состояние фактически распространяется на все объекты без исключения (Starbuck, 1899 дает описание, в котором “изменились мои кони и боровы, и все живое”). По контрасту с экстазом, который имеет отношение только к таким понятиями как Бог, Вселенная и их производным, здесь состояние счастья переносится на конкретные предметы. Какова природа этих состояний?

Предметы кажутся “измененными”, “новыми” относительно своего прежнего вида (см. James, 1963), они “более красивые”, они “преобразились”, окружены нимбом (Engelken, 1849, James, 1963, Starbuck, 1899). Блаженная трансформация также приписывается свету и воздуху, который их окружает.

По пути назад, внезапно, без предупреждения, я почувствовал себя я в раю — внутреннее состояние покоя, радости и уверенности, неописуемо сильное, сопровождалось чувством, что я купаюсь в теплом зареве. У меня появилось чувство, что я ухожу в загробную жизнь, однако при этом сцена вокруг меня выделялась более четко и как будто стала ближе ко мне, поскольку мне казалось, что я нахожусь в центре освещения (James, 1963).

Люди видятся в более благоприятном свете, они становятся лучше. Вот как рассказывает о своих возвышенных переживаниях пациентка Пьера Жане (Janet, 1903): “Я чувствую себя прекрасно, мне кажется, что здесь нет злобных людей, как в других странах, все персонажи мне симпатичны, и мне кажется, что я уже ушла на покой”. И еще, окружающие кажутся более счастливыми, чем сам человек. “Все люди на улице улыбаются, потому что они должны были использовать свою короткую жизнь, чтобы быть счастливыми” (самоотчет Карла Г.).

Но для нас более интересны не эмоциональные состояния, которые переносятся на окружающие объекты, поскольку они ничего не дают для феноменологии эмоций, а когнитивные связи между чувством счастья и внешним миром. Это особенно очевидно при остром психозе, который богат переживаниями, и они полностью отделены от действительности. Пациент Кучен (чей самоотчет любезно предоставил мне проф. Уильманн), описывает “удивительное состояние грез”, “состояние очарования”. “Все казалось ему более совершенным и красивым. Он представлял в своем воображении, что Атлантида стала реальностью, и при этом не всегда понимал, что это всего лишь его фантазии. Напротив, он был эмоционально захвачен этим”.

Два следующих примера также соответствуют этому, как и сравнение с дворцом из волшебной сказки в нашем первом примере.

Погода была замечательной, горы, солнечный свет, как на картинах Это было так прекрасно,

что у него появилось чувство, что наступил золотой век” (Jaspers, 1912).

Я не могу описать чувство, которое испытывал, находясь среди этих удивительных существ. Они были дороги мне, хотя я их совсем не знал. Они были как первобытное святое семейство, их смеющиеся глаза искали мои глаза и предлагали сочувствие. Я начал вытирать горячие слезы, которые полились в память о потерянном рае” (de Nerval 1971).

Мы видим, что здесь мы имеем дело уже не с чувством счастья, с которого мы начали и которое распространялось на все объекты, а с дифференцированной и определенной эмоцией счастья, особым образом связанной с умственными представлениями и осознанием и определяемой ими. Если мы назовем этот психический феномен чувством предвкушения, то эмоции счастья будут эмоциями предвкушения. Конечно, чувство предвкушения, будучи связанным с одним и тем же психическим содержанием, может измениться от счастья к переживанию особой важности, перейти от праздника к кошмару и ужасу. И наоборот, одни и те же чувства могут сопровождать различные виды умственных представлений; но психическое содержание предвкушения или предчувствия всегда будет зависеть от чувства предвкушения, потому что эмоциональное состояние объектов сочетается с этим предвкушением. Эта реципрокная связь между эмоциями и содержанием мыслей характеризует чувство предвкушения. Теперь мы должны провести более детальный анализ этих переживаний, которые можно часто наблюдать в начале психической болезни.

Но сначала вернемся к нашему первому примеру. Эмоциональная окраска, которая, как мы видели, распространилась на все объекты окружающего мира, струилась и в душе этого счастливого человека: “как будто каждую минуту душа стремительно освобождалась от оков.... Совершенно новая, райская жизнь начиналась во мне”. И в полной противоположности экстазу, который захватывает все сознание целиком, и все умственные силы поглощаются этим чувством, здесь описано, как чувство счастья ведет к освобождению новых стремлений и желаний. “*Мои мысли стремились вперед так быстро, ... я жаждала действий, ... Я хотела сделать весь мир счастливым, ... разрешить все конфликты*”. Такие устремления являются общими при аналогичных эмоциональных переживаниях. Пациентка Жане, которую мы цитировали выше, продолжает: “Правильные слова с легкостью приходят на ум, это у меня-то, застенчивой до мозга костей, я буду говорить перед ассамблеей”.

Какова связь между чувством и такими побуждениями? Оно просто окрашивает их, как это делает умственное представление переживающего человека, или здесь есть более тесная связь? Несомненно, второе, и мы можем увидеть это из следующего описания:

Он думал обо всем, он занимался физическими упражнениями со стульями, так как чувствовал себя

очень сильным. Потом он подумал, что ему следует заняться бизнесом, он должен стать художником. Он барабанил пальцами и свистел в своем офисе, он хотел музицировать, хотя никогда не учился этому. Он был уверен, что его лотерейный билет на канарейку, обязательно выиграет. Тогда он продаст эту канарейку за 10 марок, и купит другой лотерейный билет. Он мог бы поступить в музыкальную школу и стать музыкантом. В тот день он также открыл для себя, что очень хорошо рисует, и подумал, что мог бы стать художником. Уровень его активности был очень высок, он хотел заниматься спортом и т.п. (Карл Г.).

Мы сразу понимаем, что пациент испытывает состояние счастья, хотя он не говорит об этом. Но сам его рассказ является доказательством этого.

Проанализируем эту связь более детально. Импульс к действию, выраженный в форме усилия, является составной частью переживания счастья и, с другой стороны, кажется, что весь внутренний хаос является производной этого импульса аффекта счастья. Чувство счастья является движущей силой побуждений, которые в свою очередь используют его и разжигают. Поэтому такие переживания часто отличаются соответствующей бедностью эмоций.

Мы рассматриваем здесь группу феноменов, которые характеризуются одной и той же связью между эмоцией и импульсом. Будем называть эту связь “ощущением безграничных возможностей”. Ее побуждающее действие часто аналогично тому, которое вызывает чувство счастья. Например, когда наш пациент Кучен говорит, о “счастливейших днях, когда он видел свое будущее в розовом свете, и сильно переоценивал свои способности”... И еще: “На некоторое время он вновь был полон грандиозных планов, полагал, что может стать великим художником или скрипачом, он радовался жизни и влюбился в медсестру”.

Сходным образом писал Жерар де Нерваль (Gerard de Nerval, 1971):

Я не знаю, почему я использую слово “болезнь”. На самом деле, я никогда не чувствовал себя лучше. Иногда я думал, что моя сила и продуктивность удвоились, мне казалось, что я все знаю и понимаю, мое воображение приносило мне бесконечную радость. На следующий день... я с энтузиазмом обсуждал мистические темы. Я поражал их своим особым красноречием, мне казалось, что я знаю все, что все тайны мира открылись мне во время этих возвышенных бдений.

В маниакальных состояниях процесс проекции и вся психическая активность проявляются сходным образом. Однако другие эмоции также могут быть связаны с побуждением к действию. Гнев, например, может вызывать ощущение силы: “Он чувствовал в себе исключительную силу, он с яростью сжимал кулаки, хотя не собирался принести вред кому-либо” (см. Dr. Mendel in Jaspers 1912).

Такая же основа может быть и у чувства напряженного ожидания. Наш пациент Кучен вынужден был сказать о себе: “Во время путешествия я представлял, что сила, исходящая от меня, может влиять на решения незнакомых людей, и я также полагал, что могу чувствовать эту силу физически”. Если подумать о природе этого процесса, то “его эмоции были очень напряженными, он чувствовал внутри себя безграничную энергию, которая не могла превратиться в действие. Он полагал, что его мысли и наблюдения стали глубже и точнее, и он чувствовал, что во всех отношениях превосходит своих попутчиков”.

Наконец, ощущение безграничных возможностей может быть основано на повышенном чувстве ответственности. Даниэль Пауль Шребер (Daniel Paul Schreber, 1988) описывал это эмоциональное состояние как “святость цели”, “глубокая и искренняя озабоченность моей связью с Богом и моей жизненной ситуацией”, “со всей святостью души и попытками самопожертвования, чтобы помочь Господу”. Фактически, в какой-то момент он писал: “Я жил с верой в то, ... что я должен решить одну из наиболее запутанных проблем, когда-либо стоящих перед человечеством, и что я должен выдержать священное сражение, чтобы привести человечество к величайшему благу”.

Это чувство ответственности показывает наиболее очевидным образом, что ощущение своих безграничных возможностей — это нечто большее, чем просто движущая сила стремлений и побуждений. В отличие от аффекта гнева, где эмоция ослабляется в связи с отказом от действия, эмоция, связанная с чувством ответственности, не только дает энергию усилию и побуждению, но также получает новый прилив сил от того, что находит свое выражение в действиях и поступках. Поэтому радостные устремления Шребера к самопожертвованию усиливаются его борьбой за величайшее благо человечества. А описанное Нервалем воображение приносит “бесконечную радость”, т.к. усиливается переживанием счастья.

Эта двойственная связь между эмоцией и побуждением предполагает, что ощущение безграничных возможностей феноменологически параллельно соответствующему чувству дефицита силы. Известно, что эти чувства возникают из подавления, подтверждают и усиливаются им.

Теперь мы исследуем природу ощущения безграничных возможностей, в основе которого лежит чувство счастья. Это ощущение характеризует тем, что люди предполагают наличие у себя особых “способностей”. И это опять приводит нас к проблеме аффекта счастья. Побуждения или, точнее, активность (потому что, как мы увидим, трудно говорить просто о побуждениях) эквивалентны особому озарению или шестому чувству. Это включает в себя сложный процесс, который можно назвать ясновидением. Проиллюстрируем это примером. (James, 1963).

Я испытывал состояние тихой, пассивной радости, когда я не думал, но позволял мыслям, образам и эмоциям самим течь через мое сознание.

Сразу после этого на меня нашло чувство экзальтации, огромной радости, которая сопровождалась интеллектуальной просветленностью или сразу переходила в нее. Это невозможно описать. В числе прочего, я просто не мог не видеть, что Вселенная состоит не из мертвой материи, но напротив, из живой таинственной силы. Я видел, что все люди смертны, что космический порядок таков, что без всяких сомнений все вещи вместе работают на благо каждого и все...

Кажется, природа описанной здесь эмоции соответствует ощущению безграничных возможностей. Эмоция формирует импульс, лежащий в основе восприятия, и сама усиливается актом восприятия. Однако, это эмоциональное переживание отличается от того, с которого мы начинали свой анализ. Состояние тихой пассивной радости, чувство, которое захватывает автора. — Эти описания отличаются от нашего предшествующего описания аффекта счастья. Для большей ясности, мы должны узнать природу пассивности, которая является отличительной чертой этого вида восприятия. Любой ясновидящий предается особому восприятию в определенное время, однако активно чувствует, что он был в процессе. Он открывается для этого и ждет озарения, которое находит на него. “Просветление”, испытываемое ясновидящим, является исключительно пассивным процессом восприятия. Это можно сравнить с неожиданным даром зрения слепому человеку, как если бы “повязка спала с моих глаз”. Поэтому кажется, что эмоции ясновидящего включают чувство счастья, которое очень близко к тому, что испытывала пациентка Энгелькена (Engelken, 1849).

Говорили, что за три недели до того, как он попал в больницу, он проснулся в блаженном настроении. Он сказал своей жене: “Смори, жена, я достоин Бога”. Он чувствовал, что живет в совершенно особое время. “Я смог понять Библию, как никогда раньше” (Мартин С.).

Однако более детальное описание делает очевидным, что эти переживания счастья ближе к тем, что мы определили, как связанные с экстазом. Сошлемся здесь на слова Немме Науен и сходные описания Джемса (James, 1963) и Бубера (Buber, 1921).

... мои мысли коснулись определенных текстов священного писания, и я сразу понял их духовный смысл и достиг глубокого прозрения, которого не знал никогда раньше. Я подумал о других священных текстах и вскоре понял их так же ясно. Все, о чем я думал, я понимал тотчас в духовном выражении, и чувство сверхъестественного, невыразимого и сверхчеловеческого, божественной сладости и чувство причастности к Вселенной заставляло меня громко

кричать от переполнявшей меня радости, которую я не мог сдерживать” (Buber, 1921).

Таким образом, чувство ясновидения структурно является ощущением силы, своих возможностей, но пассивная природа особого восприятия, в которое оно включено, наполняет эмоцию качеством несостоятельности и пассивности, которое имеет больше сходства с экстазом, чем с аффектом счастья, который мы здесь разбирали.

Однако, прежде чем обсуждать это состояние, необходимо отделить его от экстаза и дать ему название. Поскольку все это часто ассоциируется с феноменом, сходным с волей, мы можем, не боясь быть неправильно понятыми в свете нашего обсуждения, назвать это состояние аффектом счастья без “аффекта”, который здесь присутствует.

Что можно сказать об особенностях “я” при аффекте счастья? Как и экстаз, аффект счастья переживается как сконцентрированный внутри себя, и оба эти аффекта полностью занимают сознание человека, однако существование “Я” в этих двух состояниях отличается. Во время экстаза “я” отдается эмоциям, и они угрожают его целостности, в состоянии счастья “я” утверждает себя. Это не значит, что “я” находится как бы в оппозиции или является сторонним наблюдателем чувства счастья. Наоборот, “я” существует целиком внутри этого чувства, оно трансформируется им в “новый модус существования”, “новый мир”, и чувствует свое подтверждение, переживая чувство счастья и все другие аспекты сознания как свое собственное воплощение и приобретающее дополнительную силу от богатства переживания. Можно говорить об усилении самосознания во время таких состояний, хотя буквально это относится также к тому, что мы прежде определили как чувство своих безграничных возможностей и сил. Все импульсы и побуждения при ощущении счастья, конечно, содействуют утверждению “я”.

Возникает вопрос об отношениях с “Я”, который не имеет смысла по отношению к экстазу: переживание счастья обязательно укоренено в центре “я” или оно может возникать в более поверхностном слое “я” без участия ядра личности? Употребляемый нами термин “аффект счастья” фактически исключает вторую возможность. Счастье, в непредвзятом понимании, может относиться только к наиболее глубоким и самым центральным частям психики. Следовательно, мы будем понимать под переживанием счастья (так же как экстаза) исключительно такое эмоциональное состояние, которое связано с глубоким внедрением в личность и переживается как опыт превращения, истоки которого должны лежать в самом центре “я”.

Мы говорим о ясном сознании при аффективных состояниях счастья, поскольку сознание и память отличаются живостью и свежестью, и имеется четкое осознание внешней действительности. Счастливый человек гордится также своей возросшей силой (Ja-

	Переживание экстаза	Переживание счастья
1.	Переживание экстаза целиком сконцентрировано во внутренней жизни человека, оно стремится заполнить все его сознание и вытеснить все другие содержания психики.	Переживание счастья целиком сконцентрировано во внутренней жизни, оно стремится окрасить своим эмоциональным тоном все содержания психической жизни.
2.	Таким образом, в душе человека, испытывающего экстаз, нет места явлениям внешнего мира.	Эмоциональная окраска переживания счастья распространяется на внешние объекты, но сам внешний мир не является центром эмоционального переживания. Природа этого переживания рождает предчувствия, связанные с содержаниями сознания.
3.	Экстаз свободен от всех внутренних противоречий, это переживание покоя и бездействия (пассивности).	Переживание счастья содержит различные побуждения, связанные с ощущением собственных сил, безграничных возможностей.
4.	Переживание экстаза таит в себе растворение “я”, в то время как “я”, в свою очередь стремится предаваться этому чувству.	Для переживания счастья характерна высокая уверенность в себе, укрепление “я”.
5.	Во время экстаза сознание воспринимающего субъекта ясно и живо, и целостность памяти не нарушена, но восприятие внешнего мира изменено.	Во время переживаний счастья сознание живо, память и восприятие не нарушены, но аномальны, поскольку природа восприятия изменена эмоциональной окраской переживания.
6.	Во время переживания экстаза неприятные физические ощущения обостряют угрозу целостности “я”.	Во время переживаний счастья физические ощущения отражают настроение счастья, придают свежесть переживаниям и повышают уверенность в себе.

mes, 1963, de Nerval, 1971). Но мы должны спросить, следует ли считать состояние сознания, при котором происходит перенесение эмоциональной окраски наших переживаний на внешнюю действительность, аномальным? Во всяком случае, это явление объясняет один из факторов, который может содействовать ухудшению сознания в аффективных состояниях, что редко осознается.

И, наконец, физические ощущения во время аффективных состояний счастья в значительной мере выполняют задачу усиления перцептивной свежести переживания, а также высвечивания эмоции как состояния “я”. Это относится, в частности, к ощущениям силы, безмерных возможностей. Пациент Жане описывает это так: Он чувствует как спокойно и размеренно бьется сердце, мускулы полны сил и одновременно расслаблены... он все хорошо понимает и вновь ощущает желание преподавать. И самое главное, он наконец-то, чувствует себя счастливым, состояние, которое он никогда не испытывал. (Janet, 1930).

IV. РЕЗЮМЕ И ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В результате этого исследования мы выделили характеристики переживаний счастья и экстаза, которые представлены в таблице. Анализ этих двух переживаний делает необходимым изучение взаимоотношений между ними и определение некоторых понятий.

1. Мы показали, что при экстастических состояниях эмоциональные переживания играют определенную роль в феноменах “я”.

2. Мы утверждаем, что из эмоционально-когнитивного опыта возникает предчувствие, которое характеризуется уникальным сочетанием эмоциональ-

ных и когнитивных аспектов и требует дальнейшего изучения.

3. Мы применили термин “ощущение безграничных возможностей” к сочетанию эмоции и побуждений, когда эмоциональное переживание не только вызывает побуждение, но и поддерживается благодаря ему.

4. Чувство ясновидения по своей структуре эквивалентно ощущению безграничных возможностей, но его эмоциональный вклад похож на состояние экстаза.

Перевод С. Ю. Савенко

ЛИТЕРАТУРА

- Buber M.* Ecstatic confessions collected by M. Buber. — Jena, 1909; Leipzig, 1921.
- De Nerval G.* Aurelia. — Paris, 1855.
- Engelken F.* Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychische gerichtliche Medizin, 1849, 6, 586 – 653.
- Geiger M.* Das Bewusstsein von Gefühlen // Мюнхенер Philosophische Abhandlungen, 1911.
- Geiger M.* Zum problem der Stimmungseinfühlung // Zeitschrift für Aesthetik, 1911, 6, 1 – 42.
- Geiger M.* Contributions to the phenomenology of aesthetic appreciation // Jahrbuch für Philosophie und phänomenologische Forschung, ed. By E. Husserl. Vol. 1, part 2, Halle: Max Niemeyer, 1913, 567 – 674.
- James W.* Многообразие религиозного опыта (1902) — М., 1993.
- Janet P.* Les Obsessions et la Psychasthenie. Vol. 1. Paris : ancienne Librairie Germer Bailliere, 1903.
- Jaspers K.* Каузальные и “понятные” связи между жизненной ситуацией и психозом при dementia praecox (шизофрении) (1912) // Собр. соч. по психопатологии, т. 2. М. — СПб., 1996.
- Jaspers K.* Allgemeine Psychopathologie, 1913.
- Mish G.* Geschichte der Biographie, 1907.
- Schreber D. P.* Denkwürdigkeiten eines Nervenkranken. — Leipzig, 1903.
- Starbuck E. D.* The psychology of religion. — London, 1899.

Симптомы и синдромы в клинической диагностике

С. Ю. Циркин

Ключевые слова: *симптом, синдром, нозологическая единица, диатез, функциональная патология, диагностика*

В первой трети 20-го века в немецкой психиатрии проходила оживленная и богатая интересными аргументами дискуссия о перспективах синдромологии и нозологии в психиатрии. Эта полемика в виде критического реферата изложена А. С. Кронфельдом (1), и здесь целесообразно сослаться лишь на некоторые ее аспекты, касающиеся значения симптомов, синдромов и нозологических представлений для клинической работы.

Побудительной причиной этой полемики следует считать неудовлетворенность некоторых психиатров сформировавшейся относительно незадолго до этого нозологической систематикой. В противовес ей они предлагали опираться на установление синдромов разных типов, в частности, относящихся к экзогенному или эндогенному кругу. Нельзя сказать, чтобы аргументы приверженцев нозологической систематики оказались весомее, чем у сторонников синдромологического подхода. Тем не менее, именно гипотетические нозологические единицы были положены в основу большинства психиатрических систематик. Возобладала высказанная Крепелином надежда, что это только пока невозможно дифференцировать клинические картины многих экзогенных психических расстройств, а в ходе последующих исследований их отличия будут установлены. К тому же считалось, что синдромологический подход не оставляет перспектив для разработки этиологической терапии. За прошедшие с той поры многие десятилетия твердые критерии диагностики нозологических единиц с убедительностью так и не определены. Наиболее заметные различия обнаруживаются только при сравнении экзогенно-органической и функциональной патологии. Терапия, несмотря на все ее успехи, остается преимущественно синдромально ориентированной (точнее было бы сказать, что она направлена на симптомы, одна часть из которых имеет эндогенное происхождение, а другая — экзогенно-органическое). Широкие перспективы виделись в изучении характерных для разных болезней особенностей течения, однако и этому критерию было отказано в достаточной специфичности.

Вместе с тем, под сомнение ставилась неоспоримость диагностического значения не только нозологических единиц, но и синдромов: в какой мере они

специфичны для эндогенных или экзогенно-органических расстройств. В частности, указывалось, что одни и те же синдромы “экзогенного типа реакций” обусловлены самыми различными инфекционными или интоксикационными вредностями, а сама предрасположенность к ним указывает на значение врожденных, т.е. эндогенных свойств психики. Симптоматологическое направление в психиатрии считалось к началу прошлого века полностью исчерпавшим свой ресурс. Это объяснялось тем, что известное с допелевских времен многообразие симптомов не позволило выявить их этиологическую специфичность (“изобилие и разнообразие фенотипического материала” приводило в “большое смущение”). Преимуществом же интегрального синдромологического подхода считалась возможность опереться на угадывавшуюся “внутреннюю связь” отдельных симптомов в рамках одного и того же состояния. Впрочем, некоторые психиатры сожалели, что такая связь лишь постулируется, но не раскрывается. (Можно было говорить только об устойчивости сочетания симптомов определенного круга.) Оспаривалась даже принадлежность к “экзогенному типу реакций” большинства синдромов, первоначально отнесенных к нему. Наименьшие споры вызывала экзогенная обусловленность делирия, хотя некоторыми психиатрами указывалось, что и его возникновение в какой-то мере зависит от предрасположенности, иначе он не возникал бы в некоторых случаях даже при легкой лихорадке. Проницательный Крепелин в одной из своих последних работ рассматривал экзогенез как провоцирующую, но не основную причину делирия (правда, он считал аналогом делирия сновидения, видя разницу между ними лишь в том, что при делирии “отсутствует сон, сопровождающий сновидения”). Вслед за этим нашлись психиатры, полагавшие, что органические процессы лишь “открывают шлюзы” эндоформным синдромам, но предрасположенность к ним они пытались усмотреть в клинически верифицируемой конституции. Например, для маниакального синдрома требовалось установить синтонную конституцию, что, разумеется, удавалось совсем необязательно. Поэтому представления о преимущественно эндогенном происхождении эндоформных синдромов (а тем более делирия) не получили одобрения большинства психиатров. Для А. С. Кронфельда например, просто-напросто “выглядело убедительнее”, что эндоформные синдромы “порождаются органическим процессом”, хотя не-

которая роль наследственности полностью и им не отрицалась.

К сожалению, дискуссия была прервана (видимо, из-за отсутствия новых аргументов). Американская и международная психиатрические систематики преследуют прежде всего статистические цели, они атеоретичны, ориентированы на воспроизводимость диагнозов, и поэтому не могут рассматриваться в качестве завершающего итога в развитии концептуальных психиатрических взглядов. Сформировавшиеся в нашей стране взгляды на классификацию психических болезней рассматриваются отечественными психиатрами как предмет гордости, который не нуждается в обосновании и не может быть подвергнут сомнениям (разве только небольшим уточнениям).

На сегодняшний день, оценивая перспективы нозологического и синдромологического, а также полностью заброшенного симптоматологического направлений, оправдано сделать ряд заключений.

В качестве преамбулы следует резюмировать некоторые понятия. При функциональной патологии (т.е. психопатологическом диатезе и шизофрении) на фоне незначительных аномалий структуры (преимущественно на уровне ультрамикроскопии), которые постоянны или относительно мало изменяемы, возникают динамически разнообразные расстройства психического функционирования, в основном и определяющие картину заболевания. В таких случаях изменения функционирования явно преобладают над структурными аномалиями. Здесь подразумевается также генетически детерминированная (наследственная) предрасположенность к патологии, что Крепелин именовал эндогенностью и что не исключает дополнительного значения психогенных или соматогенных влияний. Первичные нарушения при эндогенных предполагаются в головном мозге. При органических заболеваниях функциональный компонент не является главным, поскольку клиническая картина и прогноз прямо зависят от локализации и массивности структурных изменений. В случаях экзогенных (психических расстройств интоксикационного и инфекционного происхождения), подразумевающих первопричину вне головного мозга, основное — расстройство психических функций вкупе с соматическими нарушениями, причем наследственная предрасположенность отсутствует. Поскольку существенных структурных изменений в нервной ткани головного мозга здесь нет, экзогенно правильное было обозначить экзогенно-функциональной патологией, если бы не традиция и возможные (хотя и не обязательные) существенные органические нарушения в других, помимо мозга, органах или системах. Сопоставление функциональных расстройств и экзогенно-органических противопоставляет, соответственно, психопатологический диатез и шизофрению остальным нарушениям психики, происхождение которых обусловлено сомато-неврологической патологией.

1. По настоящему значимые, безусловные, т.е. первичные симптомы психических расстройств совсем не многочисленны. Их список короче, чем перечень пси-

хиатрических синдромов. Это двухкомпонентные нарушения эмоций (депрессивный, маниакальный и тревожный аффекты), когнитивной деятельности (бред), восприятия (галлюцинации, психический автоматизм, сенестопатии). Это искажение эмоций (деперсонализация), когнитивной деятельности (расстройства формального мышления), восприятия (иллюзии, психосенсорные расстройства). Это негативные нарушения эмоциональности (астения, эмоциональная дефицитарность), расстройство организации когнитивной деятельности (некритичность), интеллектуальная парциальная или общая недостаточность, уменьшение объема восприятия. Кроме того, психическая патология часто приводит к функциональным неврологическим расстройствам (вегетативной, кататонической и конверсионной симптоматике). Подробнее см. (2).

Синдромальная квалификация обычно создает лишь иллюзию интегральной оценки состояния. На самом деле, она всего-навсего информирует о ведущей симптоматике. Так, “депрессивный синдром” означает лишь наличие депрессивного аффекта, “кататонический синдром” свидетельствует только о кататонии. Если же необходимо охарактеризовать особенности депрессии или других синдромов, то приходится прибегать к двух- или многосоставным определениям: “тревожный сенесто-ипохондрическая депрессия”, “кататонно-бредовой синдром” и пр. Однако и категория сложного синдрома включает неоднозначные варианты. Некоторые синдромальные понятия формально предполагают хотя бы небольшой перечень симптомов, но и здесь все сводится к ведущему или облигатному симптому. Например, при парафреническом синдроме облигатен фантастический бред (величия), а остальные симптомы (бред преследования, воздействия, психический автоматизм, галлюцинации, аффективные нарушения) факультативны. В результате синдромальные оценки либо дублируют, либо упрощают симптоматологическую квалификацию. К исключению следует отнести лишь синдромы помрачения сознания, при которых, впрочем, тоже желательна их симптоматологическая детализация (например, о характере дезориентировки, амнезии и пр.).

2. Диагностический вес симптомов психической патологии не одинаков. Следует устанавливать не столько их “внутреннюю связь” в рамках синдромов, сколько производность вторичной (условной) симптоматики от первичной (безусловной), которая указывает на сущность и происхождение расстройства. Если перечисленные в пункте 1 безусловные симптомы однозначно свидетельствуют о психическом расстройстве, то в отрыве от них условные симптомы сами по себе не означают патологии (например, скорбная мимика не обязательно производна от депрессивного расстройства аффекта).

Безусловная симптоматика может выступать в любом сочетании (хотя и с разной вероятностью), поскольку даже взаимоисключающие друг друга реактивные компоненты маниакального аффекта (веселье, довольство, восторженность, ощущение легкости), с

одной стороны, и тревожного и депрессивного (волнение и печаль), с другой, могут очень быстро чередоваться.

Частым примером условной симптоматики являются усиление или ослабление разнообразных влечений (в том числе к общению), когда они производны от изменения аффективного уровня (вариабельность интенсивности влечений в норме очень широка). Подробнее см. (2).

Клиническое значение (для диагноза, лечения и прогноза) условной симптоматики не представляется очевидным. В более пристальном изучении может нуждаться и клиническое значение симптомов искажения психических функций (см. выше).

3. Вряд ли стоит пытаться установить нозологическую специфичность психических нарушений при разном происхождении экзогенно-органической патологии. Если орудие травмы представляет интерес для травматолога, поскольку от этого “этиологического фактора” может зависеть специфика повреждения тканей и обработки их, то для невролога оно мало существенно, важнее определить локализацию и массивность травмы. Точно так же конкретное происхождение (травматическое, инфекционное, онкологическое, атрофическое) неврологической патологии важно знать неврологу, чтобы определиться с прогнозом и терапией, а для психиатра оно имеет лишь общемедицинский смысл, т.е. дублирует неврологическую оценку. С последствиями со стороны психической деятельности коррелируют не происхождение, а локализация и (или) массивность неврологической патологии, а также наследственное предрасположение к психической патологии, если таковое имеется в конкретном случае: см. ниже.

4. Совсем необязательно, что все компоненты одного синдрома имеют общее происхождение. Так, при делирии помрачение сознания (оглушение) может быть обусловлено экзогенным или органическим фактором, а галлюцинации или бред — эндогенным. Собственно, другие состояния экзогенно-эндогенной природы (помимо состояний помрачения сознания) так даже и не получили обобщенной синдромальной квалификации. Например, развивающиеся на фоне соматической патологии так называемые переходные синдромы отличаются присутствием заметной астении, но в отличие от депрессивно-параноидных синдромов, например, об астено-параноидных говорить не принято. Если на фоне слабоумия возникают обильные галлюцинации, то определяется деменция с галлюцинозом, т.е. фактически обозначаются два вида симптоматики.

Разными факторами могут определяться не только разные симптомы в рамках одного синдрома, но и отдельные характеристики одного симптома. Экзогенно-органические влияния определяют предпочтительность галлюцинаций в зрительной модальности перед слуховой, а также истинных перед псевдогаллюцинациями. При эндогенном происхождении галлюцинаций — обратная предпочтительность. (Обобщая, следует заключить, что экзогенно-органический фактор

способствует более осязательному нарушению процессов восприятия.)

А. С. Кронфельд настаивал, что нозологическую специфичность следует усматривать не в синдромах, а в их специфической структуре, “окраске”. Например, если при маниакальном синдроме отмечаются расстройства мышления, то речь идет о шизофрении, а если двигательные расстройства и брадифрения — об энцефалите. Из этих приводимых им примеров следует, что “окраска” или “структура” как раз и заключается в присутствии симптоматики, относительно специфичной для того или иного заболевания.

Более правомерно было бы говорить об особой “окраске” симптомов: в частности, слабая выраженность реактивного компонента при депрессивном аффекте может быть обусловлена неполноценностью эмоциональности при шизофрении или психопатологическом диатезе. Однако и в таком случае оправдано квалифицировать эмоциональный дефицит как дополнительный симптом (нозологическая специфичность которого относительна).

5. Этиологическая специфичность классификационной принадлежности симптомов, в отличие от их окраски, отдельных характеристик или синдромов, представляется существенно более высокой. Доказательства служат данные сравнения распространенности различных симптомов в общей популяции и среди определенных когорт больных. Например, поскольку при детском церебральном параличе депрессивный аффект не встречается существенно чаще, чем в популяции, то нет оснований приписывать этой органической патологии депрессогенную роль. Последней противоречит и отсутствие достаточных сопоставлений в ухудшении сомато-неврологического состояния и обострений эндоформной симптоматики (хотя здесь вполне допустимо предположение о возможной если не этиологической, то провоцирующей роли сомато-неврологического фактора). Еще один аргумент состоит в возможности выявлять предшествующие сомато-неврологической вредности и эндоформной симптоматике доманифестные психические расстройства в подавляющем большинстве наблюдений с информативным анамнезом. Подробнее см. (2).

В результате такого анализа следует заключить, что депрессивный и маниакальный аффекты, тревога, бред и обманы восприятия имеют однозначно эндогенное происхождение (хотя бы они и были спровоцированы средовыми или сомато-неврологическими факторами). Диагностическое значение астении, оглушения и слабоумия, которые обычно обусловлены экзогенно-органическими факторами, нельзя абсолютизировать. Это связано с тем, что интенсивные функциональные психопатологические нарушения (как и массивные психологические нагрузки, стрессы) оказывают истощающее влияние на нервную деятельность. Поэтому при острых психозах и в состоянии реконвалесценции после них могут наблюдаться проявления неглубокой астении, а при онейроиде — оглушения. Кроме того, следует помнить, что призна-

ки интеллектуальной недостаточности (хотя и парциальной) присущи и функциональной патологии.

Можно было бы указать на более широкий перечень экзогенно-органически обусловленных расстройств. Однако астения, оглушение и слабоумие охватывают всю соответствующую симптоматику. Почти весь ее спектр включен в состояние оглушения, в рамки которого вписываются астения, замедленность психических процессов (брадифрения), снижение эмоциональности (включая побуждения) и умственной продуктивности (включая память), повышение порога восприятия. Этими нарушениями обусловлены отрешенность и дезориентировка (которые, таким образом, представляют собой условную симптоматику). Сочетание астении и слабоумия обозначается как органический психосиндром, а преимущественно амнестические расстройства — как корсаковский синдром.

Если нет экзогенно-органической симптоматики, в частности признаков астении, оглушения или слабоумия, то одна только органическая окраска состояния (например, преобладание истинных над псевдогаллюцинациями) свидетельствует всего-навсего о патопластическом, но не этиологическом влиянии интоксикации, инфекции или неврологического повреждения на расстройство эндогенного происхождения. Этиологическая же роль экзогенно-органических факторов проявляется в возникновении только астении, слабоумия или оглушения, но не возможной сопутствующей симптоматики.

6. Э. Крепелин разделил синдромы на легкие (аффективные, параноидные), средней тяжести (шизофренические, вербально-галлюцинаторные) и “глубокие” (дементный, эпилептиформный). При этом утверждалось, что чем деструктивнее заболевание, глубже нарушение, тем тяжелее синдром. Эти представления развил А. В. Снежневский, соотнес тяжесть “общепатологических” позитивных и негативных синдромов с нозологическими единицами.

При всем уважении к классикам, вряд ли корректно пытаться определять тяжесть оторванных от конкретного случая и взятых отвлеченно синдромов, синдромов или заболеваний. Выявленные ими закономерности подразумевают весьма усредненные представления о патологии, составленные, к тому же, на стационарном материале. В самом деле, можно ли считать аффективное расстройство легким симптомом, синдромом или расстройством? Конечно, оно может сказываться лишь на субъективном самочувствии, но нередко имеет хронически инвалидизирующий характер, может требовать госпитализации по витальным показаниям. Бредовых больных обычно следует стационаризовать, но бред в форме “двойной бухгалтерии” (“амальгамированный” по Вайтбрехту) обнаруживают и случайно в ходе диспансеризации. Нередко о перенесенных бредовых состояниях психиатры узнают ретроспективно при сборе анамнестических сведений. Вряд ли возможно аргументировано обосновать, что нарушение когнитивной сферы априорно является более тяжелым или глубоким, чем расстройство эмоций. Скорее следует предполагать об-

ратное, поскольку эмоции, будучи фило- и онтогенетически более ранними проявлениями психической деятельности, должны отличаться и большей устойчивостью к патологическим воздействиям. Кататоническая симптоматика, которая, строго говоря, не является расстройством психической деятельности, хотя и производна от нее, почти неизбежна в раннем детском возрасте и не означает непременно плохого прогноза; она обычно остается нераспознанной или оценивается неврологами как малозначимая “мышечная дистония”. Тяжесть и глубина синдромов помрачения сознания также неоднозначна. Обнубиляция — легкий вариант оглушения, ее отличия не в наборе симптомов, а в их меньшей выраженности. “Ужасы во время сна” и сомнамбулизм (две разновидности сумеречного помрачения сознания) представляют собой по существу “невротическую” симптоматику в детской психиатрической практике. У взрослых в амбулаторных условиях также могут развиваться многочисленные сумеречные состояния, в том числе в форме патологического опьянения, на фоне субдепрессий (причем поводом для обращения к врачу могут служить именно последние). Разумеется, онейроид и делирий в классическом варианте — тяжелые состояния (хотя прогностически они обычно благоприятны), но и они встречаются в abortивной форме, не требуя госпитализации. По свидетельству Вен. Ерофеева в состоянии алкогольного делирия вполне возможно совершить путешествие по маршруту “Москва — Петушки”. При деменциях первым делом необходимо устанавливать их глубину, которая варьирует очень широко.

Оценивать соотношение тяжести психических нарушений и заболевания оправдано, если речь идет о соматической или неврологической патологии. Но при этом корреляция касается только симптоматики экзогенно-органической природы: чем тяжелее сомато-неврологическое состояние, тем более выражена астения или глубже оглушение; чем обширнее область атрофии головного мозга, тем тяжелее слабоумие (важна, разумеется, и локализация атрофии). Выявление оглушения или слабоумия свидетельствует более существенной экзогенно-органической патологии по сравнению со случаями, симптоматика которых ограничивается астенией. Закономерной корреляции тяжести сомато-неврологического поражения с так называемой эндоформной симптоматикой (ее правильнее считать эндогенной, но спровоцированной и модифицированной сомато-неврологическими факторами) нет. Если рассматривать два вида функциональной патологии, то нельзя утверждать, что психопатологический диатез ограничивается более узким или “легким” кругом симптомов или синдромов по сравнению с шизофренией. (Если после онейроидного приступа нет нарастания дефицитарной симптоматики, то нет и шизофрении в крепелиновском смысле, а речь идет о психопатологическом диатезе.)

7. Наиболее отчетлива зависимость течения симптоматики экзогенно-органической природы от изменений в сомато-неврологическом состоянии. Не столь

очевидным образом с ними коррелирует динамика синдромов смешанного (т.е. комбинированного, эндогенно-экзогенного) происхождения. Так, манифестные алкогольные делирии в последующем нередко сменяются (как в состояниях абстиненции, так и на фоне продолжительных ремиссий) вербальными (псевдо)галлюцинозами, параноидами или галлюцинаторно-параноидными состояниями, которые перемежаются или сочетаются с отчетливыми или относительно стертыми аффективными расстройствами. Течение же функциональных расстройств чрезвычайно разнообразно, частично зависимо от различных факторов (включая психогенные и соматогенные воздействия, аутохтонные изменения) и трудно прогнозируемо. Хотя долгосрочная динамика (клиническое течение) психических расстройств и является важнейшим параметром оценки случаев, в качестве диагностического критерия их нозологической принадлежности она в настоящее время вряд ли может быть использована. (Естественно, за исключением нажитого шизофренического дефекта, который является диагностическим критерием этого заболевания в крепелиновском понимании. Диагностическую значимость, в отличие от формы течения расстройств, имеет и тип дефицитарных изменений, т.е. органический или шизофренический, если таковой имеется).

Немалые надежды возлагались на изучение нозологической специфичности смены синдромов (синдромокинеза). Однако и здесь относительно закономерны только те общие тенденции, которые прослеживаются при экзогенно-органической патологии: чем она тяжелее, тем глубже нарушения психической деятельности. Поэтому при остром повреждении головного мозга с последующими восстановительными процессами (например, при черепно-мозговой травме) синдромы помрачения сознания сменяются неврастеноподобными, тогда как при нарастании неврологических расстройств (например, при опухолях мозга) стереотип смены синдромов обратный. Что же касается функциональной патологии, то разнообразие вариантов синдромокинеза не позволяет выделить их четких корреляций с чем-либо. Даже считавшийся характерным для шизофрении стереотип динамики бредовых синдромов от параноидного через галлюцинаторно-параноидный к парафреническому не встречается в большинстве наблюдений. Очень часто парафренический или галлюцинаторно-параноидный синдромы определяют картину манифестного состояния и лишь воспроизводятся в рецидивах причем как в ремиссиях, так и в обострениях возможна аффективная и невротоподобная симптоматика. Попытку установить надежную корреляцию между нажитым шизофреническим дефектом и определенными синдромами или определенным стереотипом трансформации синдромальных картин нельзя считать удавшейся, поскольку существует немало случаев, в которых по миновании бредовых, онейроидных или иных состояний личностные аномалии не могут доказательно оцениваться как не имеющие врожденного характера. Такие случаи должны рассматриваться как психопатологический диатез, если придерживаться крепелиновского понимания шизофрении.

* * *

Таким образом, по-настоящему отчетливым образом может быть противопоставлена, с одной стороны, симптоматика условно функционального характера, развивающаяся как аутохтонно (эндогенно), так и провоцируясь психогенными или экзогенно-органическими факторами, а, с другой стороны, расстройства, которые полностью производны от сомато-неврологической патологии, представляя собой лишь ее психической компонент.

Обоснованность выделения нозологических единиц в кругу функциональной патологии дискуссионна. Разграничение психопатологического диатеза и шизофрении основывается на выявлении нажитой дефицитарности, которая обычно устанавливается по эмоциональному обеднению. Разграничить в ходе практической работы врожденную и нажитую эмоциональную дефицитарность далеко не всегда просто. Основная же проблема состоит в том, что нажитой эмоциональный дефект теоретически может быть понят как усиление аффективных нарушений, представленный преимущественно негативным компонентом (2). Углубление когнитивной неполноценности имеет более доказательный характер для квалификации нажитого дефекта, но констатировать его в ходе ретроспективной оценки еще сложнее, чем эмоциональный.

Диагностика обязательно включает психопатологическую квалификацию, и, разумеется, нет смысла отказываться от синдромального термина, если картина состояния соответствует его типичному варианту. Но, как правило, этого недостаточно. Требуется уточнять, какие базисные симптомы дополняют ведущую симптоматику (учитываемую синдромальной квалификацией), какие присутствуют условные симптомы. Отдельно необходимо определять тяжесть симптоматики (т.е. степень изменения психической деятельности, которая необязательно коррелирует со степенью социальной дезадаптации), ее динамические характеристики и механизмы развития (симптоматика аутохтонная, реактивная или эндореактивная, спровоцированная психологическими нагрузками и спровоцированная экзогенно-органическими факторами или производная от них).

Принципиальное противопоставление симптоматики экзогенно-органического и функционального происхождения диктует необходимость использования во многих случаях (например при алкогольном делирии и переходных синдромах) двухосевой диагностики.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кронфельд А. С. Проблемы синдромологии и нозологии в современной психиатрии. (Отдельный оттиск из трудов института психиатрии им. Ганнушкина, вып. V, 1940 г.). — М., 1940. — 147 с.
2. Циркин С. Ю. Аналитическая психопатология. Издание второе, исправленное и дополненное. — М.: Бином, 2009. — 216 с.

Симптомы, феномены и синдромы в клинической практике

Ю. С. Савенко

Ключевые слова: феномен, симптом, синдром, МКБ-10, диагностика, учебник, руководство

В дискуссии с проф. С. Ю. Циркиным, как ведущим российским разработчиком МКБ-10, показано, что неудовлетворенность этой классификацией заставляет его, защитника ведущей роли дополнительных симптомов, двигаться в сторону внутренней структуры симптомов, т.е. в сторону феноменов. Кластеры МКБ-10 представляют собой, фактически, редуцированные симптомокомплексы, составленные индуктивным путем.

Показано, что симптомы и симптомокомплексы представляют индуктивное описание, дополнительное к принципиально другому — феноменологическому описанию: феноменам и макрофеноменам (феноменологическим синдромам). В работе разъясняется их отличие. Осмысленное использование их дополнительной, их интерференции, вместо смешения, с чем постоянно приходится сталкиваться на практике, предоставляет на порядок больше возможностей для диагностики разного рода.

ПОПЫТКА РЕВИЗИИ ПОНЯТИЯ “СИНДРОМ”

Профессор Сергей Юрьевич Циркин выступил с весьма нестандартной, даже парадоксальной для психиатра позиции ниспровержения эвристической ценности понятия синдрома, в контексте критики высоко ценимого несколькими поколениями отечественных психиатров труда Артура Кронфельда “К вопросу о синдромологии”. Эта работа вовсе не “критический реферат”, как именует ее С. Ю., а грандиозная по охвату панорама научных дискуссий по важнейшим оппозициям, представленная творчески и настолько ярко, что жар этих интеллектуальных споров создает впечатление живых диспутов.

С. Ю. взялся за оспаривание давно ставшего классическим понятия синдрома, понятия, позаимствованного даже другими науками, ставшего метафизическим. Казалось бы, непродуктивное, неподъемное и ненужное занятие. Однако такой нетривиальный подход позволил проблематизировать и оживить эту проблему. Такого рода проверки на прочность даже необходимы.

Кронфельд показал как синдромологический подход, начав с ожесточенной конфронтации с нозологическим подходом, вполне может быть в конечном счете встроено с ним в единое целое. При этом, на примере серии дискуссий, он показал какое большое число различных полярных оппозиций содержит в себе это понятие. Эндогенные — экзогенные, облигатные — факультативные, гетерономные — гомономные... Растворение или релятивизация этих оппозиций не означает их устранения из диагностического процесса, просто представления об их роли и значении постоянно усложняются: они остаются необходимыми инструментами клинического анализа.

Нозологическое, синдромологическое и в самом деле “полностью заброшенное симптоматологическое направление” на сегодняшний день, по крайней мере в отечественной психиатрии, давно естественным образом интегрированы. С. Ю. попытался полемически заостренно снова развязать их и взглянуть за-

ново на сегодняшние перспективы их возможного развития. Он пишет, что синдромальная квалификация создает лишь иллюзию интегральной оценки состояния, отражая только центральную симптоматику, дублируя или упрощая ее. Однако этим игнорируется, что синдром отличается от симптома не только принципиально большим сканированием (охватом), не только более сложной структурой, но прежде всего тем, что это динамическая категория, что это его сущностная характеристика, запечатленная в самом наименовании синдрома, тогда как симптом, изолированный, единичный, а главное относительно статичный признак. Нередкое совпадение их наименований не следует понимать буквально, в таком случае это омонимы.

Симптом депрессии — это подавленное настроение, депрессивный синдром охватывает еще темп, богатство и разнообразие “потока сознания”, двигательных и поведенческих актов, неустойчивость активного внимания, чувство виновности, низкую самооценку, переживание своей бесчувственности, неуверенность, замкнутость, падение работоспособности, бесперспективность, истощенность и обесценивание жизни, торможение влечений, расстройства сна, потерю веса, соматовегетативные проявления: тахикадию, запоры и т.д., а также суточную ритмику отдельных из этих характеристик, прежде всего настроения: переливы его интенсивности, различного рода волны или вкрапления тревожного настроения, дисфорий и т.д.

Впрочем, С. Ю. пишет о наиболее значимых, характерных, “безусловных”, а не любых симптомах. Но и таких он называет более двадцати. Что же это за отдельные “наиболее значимые симптомы”, которые определяют собой картину синдрома? Следовательно, оценить их таким образом возможно только с синдромальной, т.е. структурной точки зрения. Т.е., это уже синдромологический, а не симптоматологический подход.

И вряд ли следует столь категорично утверждать приоритет “производности вторичной (условной) симптоматики от первичной (безусловной)” перед их

Таблица 1. Различие единиц психопатологического анализа

	Симптом	Феномен
1.	<i>Аналитические</i> (физические, химические, биологические, физиологические, психологические и клинические) признаки психического расстройства	<i>Описательный фрагмент</i> психического расстройства на естественном языке, изоморфный существу психического расстройства конкретной личности
2.	<i>Косвенный</i> признак с разной длиной цепочки и количеством звеньев, отделяющих условный знак (симптом) от существа предмета (психического расстройства)	<i>Непосредственное</i> выражение существа предмета (“первичные симптомы”)
3.	<i>Универсальный, общий, стандартный</i> признак, в котором индивидуальные особенности сведены на нет или незначимы, усреднены, т.е. это результат обобщения, индуктивная категория	<i>Уникальный</i> признак в рамках однотипности, т.е. здесь высоко значимы индивидуальные особенности
4.	<i>Одномерный, одновекторный, простой, однородный</i> признак, как неделимая единица	<i>Многомерный, многовекторный, сложный, разнородный</i> признак, собственная сложная структура, как целый микромир
5.	<i>Многозначный</i> признак	Предельно ясный, <i>стремящийся к однозначности</i>
6.	<i>Явление</i> , не прошедшее процедуру феноменологического метода и, таким образом, <i>не лишенное предвзятостей разного рода</i>	<i>Явление, прошедшее процедуру феноменологического метода по Гуссерлю</i>

“внутренней связью” в рамках синдромов. Ведь вторичная симптоматика при таком подходе в самом деле второстепенна, а ведущее, центральное положение “безусловных” симптомов сразу очевидно, тогда как “внутренняя связь” симптомов определяет общую стилистику, конкордантность или дискордантность, гомономность или гетерономность синдромальной структуры, что может иметь большее диагностическое и прогностическое значение чем квалификация синдрома по ведущему (“безусловному”) симптому.

Мы видим смыкание наших позиций в следующем абзаце текста С. Ю.: “А. С. Кронфельд настаивал, что нозологическую специфичность следует усматривать не в синдромах, а в их специфической структуре, “окраске”. Например, если при маниакальном синдроме отмечаются расстройства мышления, то речь идет о шизофрении, а если двигательные расстройства и брадифрения, — об энцефалите. Из этих приводимых им примеров следует, что “окраска” или “структура” как раз и заключается в присутствии симптоматики, относительно специфичной для того или иного заболевания. Более правомерно было бы говорить об особой “окраске” симптомов: в частности, слабая выраженность реактивного компонента при депрессивном аффекте может быть обусловлена неполноценностью эмоциональности при шизофрении или психопатологическом диатезе. Однако и в таком случае оправдано квалифицировать эмоциональный дефицит как дополнительный симптом (нозологическая специфичность которого относительна)”.

Там, где С. Ю. говорит об особой “окраске” симптомов, пытаясь объяснить это “дополнительными” симптомами, мы видим то, что Лев Маркович Розенштейн называл “микросимптомами” и что представляет из себя не что иное, как феномены.

СИМПТОМЫ И ФЕНОМЕНЫ

Симптом — это, как правило, стандартизованная, четко и конечным образом сформулированная индуктивная категория. Когда речь заходит о различной окраске сходных симптомов, об их разнообразной внутренней структуре, это уже решительный поворот от индуктивных, номографических категорий к идеографическим, индивидуализирующим, феноменологическим “категориям”.

Под симптомами болезни имеются в виду косвенные о ней свидетельства, в отличие от свойств самой болезни, как ее непосредственных проявлений. Но то и другое называют признаками болезни, что приводит к путанице, преодолению которой служит разделение первичных и вторичных симптомов.

Первичные симптомы характеризуются элементарностью, непосредственной обусловленностью болезненным процессом, изначальной понятностью, тогда как вторичные обычно производные от этих первичных и понятным образом вытекают из них. Этому соответствуют и различия симптома и феномена, которые приобретают смысл, в соответствии со знаменитым замечанием Курта Шнайдера, только при наличии клинического значения такого различия.

Приводимый ниже отнюдь не исчерпывающий перечень различий единиц психопатологического анализа представляет, фактически, шкалы, на которых каждый из признаков конкретного психического расстройства может не только найти свое место и, таким образом, квалификацию, но и — в ряде случаев — направление, в котором его стоило бы дифференцировать (табл. 1).

Уже из этого видно чрезвычайное разнообразие симптомов во многих отношениях, помимо указанных общих вариаций, — прежде всего, диагностическом: с каким расстройством мы имеем дело? Каковы его глубина и интенсивность? Каковы его динамиче-

ские особенности, конфигурация его протекания? Каковы тенденции дальнейшего развития?..

Дифференциация этих вопросов — путь поиска и нахождения диагностически высокозначимых таксономических признаков разного рода, которые представляют непрерывно обогащаемое и обновляемое поле, а не застывший статичный каркас.

Указанные различия можно уподобить палитре красок, с помощью которых художник передает предмет своего изображения. Он может использовать контрастные краски или всю палитру, это может быть графический рисунок, эскиз или живописное полотно. Наконец, это может быть реалистическое или экспрессионистское произведение, подчеркивающее, как карикатура или шарж, наиболее значимые (с точки зрения художника) особенности. Последнее значительно облегчает узнавание, но обнаруживает тенденциозность... Художникам феноменологической складки, т.е. трепетно относящимся к предмету изображения и работающим буквально в самозабвении, делается доступной актуализация скрытых тенденций самого предмета изображения, а не собственной предвзятости...

Основопологающим остается положение Курта Шнайдра: «При описании базисных симптомов... психопатолог должен оставлять без ярлыка то, что не подходит под его определение. Подведение наблюдаемых явлений под понятие симптоматики... является для него чем-то второстепенным... Ни динамику, ни генез нельзя исследовать до того, как будет установлен сам факт. Тщательное описание явлений — “начало всякой науки”»¹.

Симптомы должны разделяться на отдельные группы, соответственно перечисленным и другим основаниям и вопросам, т.е. по своей диагностической значимости, а внутри каждой группы ранжироваться по своей информативности, надежности, степени опосредования. Понятно, что отдельные симптомы могут одновременно находиться в разных группах.

Принятые методы математической обработки, исходящие из равновесности всех признаков, независимо от их реальной значимости, масштаба, меры дифференцированности, качественной разнородности и т.д. игнорируя все эти различия, основываются на тотальности нормального распределения без обоснования его адекватности для этих случаев.

Мы видим здесь первоначально быть может оправданное самоограничение перед лицом неподъемной сложности задачи с использованием заведомо примитивного математического метода, но позволяющего извлечь хотя и небольшую, но четкую, проверяемую и универсальную информацию.

Таким образом, индуктивные категории и индуктивный метод в своем отображении, а точнее, реконструкции реальности являются не противоположностью феноменов и феноменологического метода, не тем, что исключает друг друга, а разными дополняющими друг друга подходами. Начиная с феноменологического метода и феноменов, для предохранения от всякой предвзятости, и анализируя полученное описание с различных концептуальных подходов, каждый из которых своего рода эскиз целого на макроуровне, мы получаем возможность убедиться, какой из них конгруэнтен конкретным феноменам, создает с ними “прегнантную фигуру”, естественно вписывается в них по своим архитектурным, структурно-динамическим и стилистическим характеристикам.

Тем самым оказываются востребованными методы искусствознания. Что касается методов литературоведения, то беспредельная релятивизация предмета исследования, продемонстрированная психодинамическими школами, легко превращающая его во что угодно, связана с имманентно присущей этому предмету особенностью.

Фундаментальное в математической логике представление о тройственной природе языкового знака или о **треугольнике Фреге**: “знак (объект) — значение знака (предмет) — смысл знака”, в лингвистике и литературоведении, в силу условности объектов рассмотрения этих дисциплин, часто подменяется адекватной для них **двухчленной системой Ф. де Соссюра**: “означающее — означающее”. Здесь объект (истина или объективная действительность) не имеет смысла, не нужен. Отсюда легкость той эквилибристики психодинамических спекуляций, которая нашла свое поле в области литературоведения. Но не так объект психиатрии, как медико-антропологической дисциплины, охватывающей естественно-научный аспект рассмотрения, имеющий в качестве объекта человека. Курьезно, что представители психодинамических школ его незаметно для себя потеряли. Между тем, представление об объекте утвердилось в математике.

СИНДРОМ КАК СИМПТОМОКОМПЛЕКС И КАК МАКРОФЕНОМЕН

Вряд ли можно согласиться, как это делает С. Ю., с включением в перечень симптомов, имеющих “однозначно эндогенное происхождение” тревоги, которая, — в отличие от депрессии, — часто свидетельствует о наличии экзогенно-органической почвы. Добавим, что это касается и психотических тревожных синдромов.

Вряд ли можно согласиться, что abortивные формы онейроида и делирия не требуют госпитализации. Именно из-за такого общего принципа они делаются крайне опасными. Речь опять-таки идет о синдромах.

И уже никак нельзя согласиться с полемическим заострением попытки доказать нерелевантность по-

¹ Курт Шнайдер “Клиническая психопатология” — Киев, 1999, с. 215.

Таблица 2. **Индуктивный и феноменологический типы квалификации**

Обобщения	Конкретные примеры
Симптомы	Феномены
Синдромы как симптомо-комплексы	Синдромы как макрофеномены
Нозологические единицы (факультетский уровень)	Конкретное заболевание конкретного человека (госпитальный уровень)

нения “синдром”, которое доходит у С. Ю. до следующей гиперболы: “5. Этиологическая специфичность классификационной принадлежности симптомов, в отличие от их окраски, отдельных характеристик или **синдромов**, представляется существенно более высокой”. И: “3. Вряд ли стоит пытаться установить **нозологическую специфичность** психических нарушений при разном происхождении экзогенно-органической патологии... С последствиями со стороны психической деятельности коррелируют **не происхождение**, а локализация и (или) массивность неврологической патологии, а также наследственная предрасположенность к психической патологии”. (*Выделения наши — Ю. С.*).

Итак, получается, что синдром наименее информативная и эвристичная категория, чуть ли не излишняя.

Между тем, синдром как неизбежно необходимая категория “среднего”, “промежуточного” уровня, между симптомами и “нозологическими единицами”, — категория не средней меры обобщенности между максимальными обобщениями в лице симптомов и конкретными болезнями, а категория другой меры сканирования при том же уровне обобщения, что симптомы в случае симптомокомплексов (“индуктивных синдромов”), и той же индивидуализации, что феномены в случае макрофеноменов (“феноменологических синдромов”). Наконец, сами болезни выступают как обобщения в случае “нозологических единиц” и как конкретные заболевания конкретного человека (табл. 2).

Следует еще раз отметить, что излагаемые здесь различия являются не противоположными, исключаящими друг друга, не конфронтационны, а просто имеют друг друга в виду, аналитически их дифференцируют, так как любые полярности — это очередное самостоятельное **единое** измерение. С наибольшей наглядностью это выступает в отношении нозологической квалификации, когда ставится диагноз нозологической единицы (факультетский уровень), чреватый жесткостью и догматизмом, а потом индивидуализированный диагноз конкретного больного (госпитальный уровень), который все равно содержит в себе указание на определенную нозологию.

Первое, что воспринимает клиницист при знакомстве с пациентом, — картина целого: *habitus*, позы,

движения, манера держать себя, подвижность лица, диапазон его выражений, наличие оттенков, громкость голоса, разнообразие интонаций, напор и богатство речи... — из этого уже складывается синдромальная картина. Синдром — это наиболее простая и надежная квалификация, с которой начинается диагностический процесс, если о пациенте ничего не известно. Если этот процесс начнется с наиболее выступающего симптома, вероятность ошибки намного выше.

Наконец, клиницисту необходима непрестанная критическая рефлексия. Следует всегда иметь в виду процедуры собственного осмысления эмпирических данных со всех сторон и в различных аспектах.

Симптоматологический подход с воскрешением диагностических словарей, построенных по симптоматологическому принципу, давно обозначенные как фельдшерский уровень, представляет сейчас побочный продукт машинной диагностики, с превращением врача в придаток системы различных инструментальных и лабораторных процедур. Забывается, что это всегда только параллельная и притом только вспомогательная линия приложения усилий. Иначе, это подмена постоянно усложняющегося диагностического процесса и клинического мышления готовыми шаблонами. Мыслительный процесс диагностики сводится к сличению с образцом! Даже машинная диагностика оставила такие представления.

В наиболее крупном, двухтомном “Руководстве по психиатрии” для врачей под ред. А. С. Тиганова (1999), в его собственной первой главе “Клиническая психопатология”, сделан фундаментальный по значимости шаг в сторону осмысленно-клинического, а не формального принципа изложения материала (на котором мы давно настаивали, приводя в пример руководство А. С. Чистовича). В отличие от двухтомного “Руководства по психиатрии” под ред. А. В. Снежневского (1983) и его первой главы на ту же тему, А. С. Тиганов начинает изложение с синдромов, а не с симптомов, как было у А. В. Снежневского. Это соответствует реальной последовательности клинической практики, которая сложилась, исходя из эмпирического материала, с которым клиницист имеет дело, — психически больным или, точнее, взаимодействием с ним в ходе общения в различных ситуациях. Первоначально мы видим целое, даже когда в глаза бросается какая-то деталь, ее восприятие определяется контекстом, т.е. опять-таки целым. Это положение, доказанное гештальт-психологией, давно стало общепринятым.

Однако изложение симптомов в руководстве А. С. Тиганова дается по алфавиту, — принцип, уместный только для словарей, и то для словарей, предназначенных для непрофессионалов. Для профессионалов необходимы идеографические словари, построенные по принципу лексико-семантических полей, т.е. семантических кругов (гнезд, кустов, областей, сфер). Алфавитный принцип годится только в качестве словника к такому словарю.

Таблица 3. Различия двух типов синдромов

	Индуктивные синдромы симптомокомплексы	Феноменологические синдромы макрофеномены
1.	Политетическая классификация: набор только главных признаков, т.е. <i>частичная и закрытая система</i>	Монотетическая классификация: контекст всех признаков, т.е. это <i>полная и открытая система</i>
2.	Составляющие симптомы <i>не ранжируются по важности</i>	<i>Иерархическая система</i>
3.	Характерно " <i>суммативное сходство</i> " за счет количества равновесных признаков	Характерно " <i>функциональное или сущностное сходство</i> " за счет значимых индивидуальных признаков и акцентирования сходства по гомологии, а не по аналогии

Последовательность изложения синдромов в этом руководстве, в основном, естественным образом следует регистрам — поступенчато возрастающей глубине и массивности психической дезорганизации. Это второе фундаментальное преимущество этой главы, по сравнению с изложением А. В. Снежневского, который последовал совершенно искусственному давно устаревшему нейрофизиологическому принципу, позаимствованному из руководства Е. Bleuler.

И, вдруг, в "национальном" (!) руководстве "Психиатрия" (2009) синдромы излагаются А. С. Тигановым по алфавиту!

Разработанный Артуром Кронфельдом синдромологический структурный анализ позволяет выделить патогмоничные синдромы, а объединение этого анализа с клинико-нозологическим анализом в соответствии с крепелиновской точкой зрения, т.е. с учетом этиологии, течения, наличия дефекта, превращает даже неспецифические синдромы в патогмоничные.

В качественном отношении необходимо различать, по меньшей мере, двухуровневое рассмотрение синдромов по глубине психических расстройств: **не-**

психотические и психотические синдромы. В этом наиболее фундаментальном разграничении особенно ясно видно, что оно связано не с особыми симптомами, а с особым видоизменением фактически всех симптомов.

Это одно из основных наших **решительных несогласий с МКБ-10**, которая само понятие "психотического" связывает не с качественно особым "витальным" преобразованием всей психики в состоянии психотической депрессии, а с появлением дополнительных симптомов бреда и галлюцинаций.

Структура синдрома содержит в себе разнообразные конкретные указания на определенный "наклон", определяющий тенденции дальнейшего развития болезненного процесса. Это важное прогностическое значение синдромального рассмотрения связано опять-таки не с какими-то особыми, дополнительными специальными симптомами, а с дискордантной, внутренне противоречивой, напряженной структурой взаимоотношения симптомов.

МКБ-10 широко использует так наз. политетическую классификацию, т.е. набор, например, не менее 4-х любых из 7 данных признаков. Это фактически "редуцированные синдромы", составленные индуктивным путем, т.е. это симптомокомплексы. Вся МКБ-10 проникнута индуктивным, а не феноменологическим духом².

В дополнение к перечню различий единиц психопатологического анализа в отношении симптома и феномена, в отношении синдромов важно сделать по меньшей мере несколько следующих добавлений (табл. 3).

В заключение можно сказать, что полемическая работа С. Ю. Циркина является ярким свидетельством того, что наиболее крупный отечественный разработчик МКБ-10, выразитель ее индуктивного духа, испытывая неудовлетворенность от этого труда, движется дальше в сторону феноменов.

² В предисловии к русскому переводу "Общей психопатологии" К. Ясперса на одной странице сделаны три фундаментальных ошибки, что показывает, какой долгий путь предстоит пройти, чтобы адекватно усвоить содержание этого основополагающего труда. **Во-первых**, феноменологический метод Гуссерля, введенный Ясперсом в психиатрию, является не дескриптивной психологией, а самым решительным антипсихологизмом, что как раз оттеняет использование им понимающей психологии Дильтея. **Во-вторых**, в основу МКБ-10 положен не феноменологический, а противоположный ему индуктивный принцип. Поэтому аргументировать этим актуальность перевода "Общей психопатологии" довольно комично. В этом плане перевод актуален тем, что он далеко опережает МКБ-10. **В-третьих**, здесь совершенно неуместно и сомнительно упоминание о Фрейде, в адрес которого именно Ясперс и вся Гейдельбергская школа еще за несколько лет до выхода "Общей психопатологии" и до ее последнего издания адресовали самую непримиримую критику. Поэтому утверждение, что Фрейд "поддержал идею написания Ясперсом этой монографии", малоправдоподобно.

Симптомокомплекс *déjà vu* у подростка с ранней параноидной шизофренией

В. Г. Остроглазов, О. В. Мещерина¹

Больной Павел Х., 13 лет 8 мес. (28.06.1990 г.р.)

По данным истории болезни, в нашу клинику поступил впервые из детского приюта по направлению детского психиатра-нарколога 14.11.2003 года с **диагнозом: “Психические и поведенческие расстройства в результате употребления паров летучих растворителей. Синдром зависимости. F-18.252”**.

По данным путевки психиатра, страдает упорной токсической зависимостью. Терапевтические ремиссии были только в стационаре. Не удерживается в приюте. Склонен к бродяжничеству, часто убегает. Инфантилен, отстаёт в физическом развитии. Расторжен, груб, дистанции не соблюдает, не критичен.

Диагноз при поступлении — тот же: F-18.252.

Анамнез. Направлен на лечение из-за нарушений в поведении. Ранний анамнез не уточнен, (утеряна амбулаторная карта). В феврале 2003 г. лечился в МОПБ № 4.

По данным выписки из И/Б № 76 детской МОПБ № 4: Лечился с 12.02.03г. по 24.09.03 г. в связи с токсической зависимостью, бродяжничеством.

Вместо *анамнеза* указано, что анамнестических данных нет. В настоящее время является воспитанником соц.приюта, ученик 2 класса м/школы. Программу не усваивает, школу не посещает. Бродяжничает, вдыхает пары летучих растворителей (клей “Момент”, “Спрут”).

В *сомато-неврологическом статусе* отмечено только пониженное питание.

Психический статус: “В сознании, контакту доступен, адекватен, во времени ориентирован слабо. Выражение лица “с налетом” безразличия. Хочет показать, что многое знает, и многое повидал. Сразу же в разговоре заявил: “Не хочу лечиться”. На вопрос: “Почему?” — ответил: “Тут дураков лечат”. Речь изобилует своеобразным сленгом типа: “иногда я затуркиваюсь”, “шмонать”, “нюхнуть” и т.п. Внимание неустойчивое, быстро иссякаемое. Мышление и интеллект — возрастные. Память резко снижена. Забывает буквы алфавита. Не может сложить 5+8, читать не умеет. Учится во 2 классе. Курит с 6 лет. В настоящее

время со слов мальчика к курению очень большая тяга.

2 – 3 раза в неделю по мере добычи денег нюхает клей на протяжении более года. На вопрос: “Зачем ты это делаешь?” — отвечает: “Ловлю глюки, вижу мультики”. На вопрос: “что же ты видел еще?” отвечал: “Многое... Будущее, как земля проваливается; как за зайцем бегал; как появились красивые звезды, а потом удар по голове и я бросил пакет, побежал, крича “мама”; как черт за мной бежал, я упал и на нож наткнулся, хотел открыть глаза, но не смог”. А один раз я курил “травку”, “не понравилось, потому что ноги стали бетоном, потом вырвало, а глаза стали большими”. Галлюцинаций зрительных, слуховых без фона не отмечает. Грозится убежать: “я все равно отсюда убегу”. Критика к своему поведению и состоянию снижена.

В дальнейшем поведение стало более упорядоченным, сдержанным. Тяга к курению оставалась очень длительно, также и к вдыханию паров клея и растворителей. С детьми иногда конфликтовал. Школьный материал усваивает с трудом, продуктивно работает 15 – 20 минут. Работоспособность снижена. Быстро иссякаем, импульсивен. Критика к своему состоянию снижена”.

В результате комплексного лечения (инъекции витаминных, пираретам, курс аминазина, неупелтила в возрастных терапевтических дозировках) выписан через 7,5 месяцев “в состоянии улучшения” с **ключевым диагнозом: “Психические и поведенческие расстройства в результате употребления паров летучих веществ, растворителей” (F-18.252)** и рекомендацией продолжения обучения по вспомогательной программе.

После выписки из МОПБ № 4 обучался по вспомогательной программе во 2 классе. Однако, скоро возобновились те же поведенческие и психические расстройства с токсикоманией, что и послужило основанием для настоящей госпитализации в МОПБ № 5.

По данным обследования в детском психиатрическом отделении МОПБ № 5:

Сомато-неврологический статус — без патологии.

Окулист — без патологии.

¹ ГУЗ Московская областная психиатрическая больница № 5.

Невропатолог: Со слов мальчика, в 8 лет — ушиб головы с сотрясением головного мозга. Не лечился. (неврологический статус не описан). Заключение: возможен резидуально-органический фон поражения ЦНС. ЧМТ, сотрясение головного мозга в анамнезе.

ЭЭГ — Заключение: “Снижение функциональной активности коры, скорее всего резидуально-органического генеза”.

Экспериментально-психологическое исследование № 1 от 03.12.03 г.: “IQ = 68 (умственный дефект, дебильность). Заключение: в исследовании выявлены неустойчивость внимания, умеренное снижение памяти (непосредственной и опосредованной), некоторое нарушение умственной работоспособности, снижение интеллектуальных возможностей: снижение уровня обобщения, поверхностность суждений. В эмоционально-личностной сфере: неустойчивость эмоциональных проявлений, трудности саморегуляции и самоконтроля, слабость волевых компонентов, склонность к малоопосредованным формам поведения с тенденцией ориентироваться на свои побуждения, чувство дискомфорта, избирательность в общении, снижение адаптации”.

Психический статус в динамике (за первые 52 суток).

“Ориентирован, контактен. На вопросы отвечает охотно, односложно. Запас знаний мал. Память и интеллект снижены. Мышление конкретное. Причину госпитализации объясняет тем, что прогуливал уроки в школе, нюхал клей. Испытывал зрительные галлюцинации, курил. Желания учиться нет. Склонен к бродяжничеству, которое объяснить не может.

В дальнейшем в отделении поведение и настроение ровные. Режиму отделения подчинен. С детьми, персоналом не конфликтует. На замечания реагирует правильно. Бывает суетлив, навязчив, просит о выписке”. Посещает общеобразовательную школу, которая входит в структуру детского психиатрического отделения.

По данным характеристики “на ученика 2 класса филиала Хотьковской общеобразовательной средней школы № 4 при МОПБ № 5, Павел обучается во втором классе по вспомогательной программе с первой недели поступления в детское отделение. Наблюдения показали, что у Павла есть желание получить знания. На уроках он старается выполнять задание. Записи в тетради ведет аккуратно, особенно по математике. Текст списывает с небольшими ошибками. Быстро выполняет лишь ту работу, которая ему легко дается. При возникновении трудностей может и отказаться ее выполнять. Читает неплохо, но пересказ только с помощью учителя. Читать не любит. Ему нравится рисовать и делать на уроках труда разные поделки. На уроках почти всегда спокоен, скрытен. С ребятами общается. Со старшими вежлив. Пока в нарушении дисциплины замечен не был.

Успеваемость за 2-ю четверть 2003 – 2004 года:

1. Русский язык — 3.

2. Математика — 4

3. Чтение — 4

4. ОБЖ — 4

5. Окружающий мир — 4.

6. Труд — 5.

7. ИЗО — 4.

8. Музыка — 5.

Рекомендации: необходимы дополнительные занятия по русскому языку, чтению с целью привития любви к этим предметам и повышения уровня знаний.”

Поведение изменилось на 52 сутки после визита священника и обещания окрестить его. Стал беспокойен. Часто спрашивал, когда же батюшка придет его окрестить. С 20 января стал еще более тревожен, суетлив, навязчив. Просил о выписке. После визита священника и беседы с ним успокоился.

Клинический диагноз: “Умственная отсталость легкой степени с нарушением поведения и влечений. Токсикомания”.

На этом этапе — на 52 сутки стационарного лечения — ребенок был включен в настоящее исследование контингента детского отделения с целью выявления симптомов дежавю. При этом стала очевидной необходимость заново исследовать анамнез жизни, болезни, психический статус в динамике, повторить экспериментально-психологическое исследование с дифференциально-диагностической целью; запросить объективные данные и психолого-педагогическую характеристику из приюта. В результате был впервые выявлен комплекс симптомов дежавю, получены новые клинические и патопсихологические данные, (которые приводятся ниже) и клинически обоснован принципиально иной диагноз.

Анамнез (со слов больного, по данным направления детского нарколога, психолого-педагогической характеристики из детского приюта, выписки из МОПБ № 4):

Об отце известно лишь, что он занимался вольной борьбой и умер от рака, когда больному было несколько лет. Паспортные данные отца вписаны в “Свидетельство о рождении” нашего пациента, которое было выдано 04 июля 2003 года, когда ему было 13 лет.

Старшая сестра 18 лет, проживает с матерью, здорова. Мать работает продавцом. В раннем детском возрасте отвезла его на Украину в г. Екатеринослав к бабке по л/о, где он воспитывался до 5 лет, затем забрала его домой в Орехово-Зуево, в однокомнатную квартиру. Там он проживал вместе со ст.сестрой, матерью и отчимом, который работал на стройке. Часто убегал из дома, ездил в Москву, жил в компании беспризорников. Ночевал на чердаках. С 8 лет пристрастился нюхать клей “Момент”. Попрошайничал, на поданные ему деньги покупал клей. После ингаляции клея был “как пьяный”, “видел цветные глюки”. Ингалировал будто бы не чаще одного раза в месяц, так как ребята говорили, что “умрешь или дураком станешь,

если чаще”. Пил пиво не часто. Курил много. До 12 лет “все бегал, убегал в Москву” и “мать сказала, что я им надоел”. Сбегая из дома, подолгу проживал в дивизии им. Дзержинского в г. Балашихе. Мать отказалась от него, была лишена родительских прав, и 25 октября 2002 года (с 12 лет) был помещен в МУ “Социальный приют для детей и подростков” г. Орехово-Зуево. С этого времени пошел учиться в первый класс. Однако, продолжал сбегать из приюта, ингаляровал клей. Оставался на второй год во 2-м классе.

По данным *психолого-педагогической характеристики*, запрошенной из приюта: “Мальчик поступил в МУ “Социальный приют для детей и подростков” г. Орехово-Зуево 25.10.2002 года в связи с тем, что неоднократно совершал побеги из дома. Убежав, Павел проживал в дивизии им. Дзержинского. Домой возвращаться не захотел и был направлен в приют. До этого мальчик проживал дома с матерью. Отец умер. Из беседы с матерью Павла мы выяснили, что мальчик долгое время проживал у свекрови на Украине. Лишь два года назад — с 11 лет — стал жить с матерью. Однако, в этот период стал часто прогуливать школу, поэтому был оставлен на второй год. Большую часть времени подросток находится один, так как мать работает. Желания забрать сына домой мать не изъявила. Взаимоотношения матери с сыном холодные. Паша маме не обрадовался, оставался холоден при встрече с нею. Она вела себя так же, то есть просматривается проблема нарушения детско-родительских отношений.

После этого мать сына в приюте не навещала. При посещении семьи Павла работниками приюта выяснилось: мать к судьбе сына была равнодушна, никакой материнской заинтересованности не проявляла, на соответствующие вопросы отвечала неохотно, объясняя это тем, что уже сделала все, что могла, чтобы вернуть сына домой, но все эти усилия оказались напрасными: сын продолжал убегать из дома, бродяжничать, заниматься токсикоманией.

В ситуации фрустрации у подростка обычно доминирует внешненаправленное поведение. Для Паши характерно проявление агрессии, направленной против окружающих. Реакции агрессии чаще всего носили защитный характер. Паша инфантилен, мечтателен, уровень тревожности повышен, самооценка занижена.

Мальчик скрытный, склонен ко лжи. Уровень интеллектуального развития ребенка ниже возрастной нормы. Речь бедная. Сведения об окружающем мире скудные. Отношение к учебной деятельности поверхностное. На уроках отвлекается, интереса к учебе не проявляет, склонный к защитно-агрессивному поведению.

Уровень развития концентрации, переключения внимания ниже нормы. Утомляемость повышенная. Ребенок откликается на все новое, от однообразия скучает.

Уровень развития волевой сферы низкий. Паша с удовольствием выполняет лишь ту деятельность, которая дается ему легко, при возникновении трудностей — отказ от деятельности. Уровень работоспособности низкий.

Уровень развития логического мышления низкий. (“м. Равена”, “Аналогии”, “Последовательность событий”, “Классификация”, “Ассоциации” — все эти методики ребенок выполнил на низком уровне (25 – 45%), что свидетельствует о низком уровне развития операций анализа, синтеза, классификации, аналогии и пр.)

Пристрастие к вдыханию паров клея “Момент” с 9 лет. Паша неоднократно проходил лечение от токсикомании, но заметных улучшений не наблюдалось. Склонен к бродяжничеству, токсикомании.”

4.02.2004 г. беседа и клинический разбор с доктором мед. наук В. Г. Остроглазовым

В начале обследования держится скованно, настроен, малодоступен. Постепенно становится доверчивым и раскрывает свои болезненные переживания.

С 8 лет, как только начал нюхать клей, появились и повторяются неприятные ощущения в области сердца и в голове — “в сердце, вдруг, будто иголкой тыкают, словно человечки или микробы какие-то”. При этом темнеет в глазах, и он сразу присаживается, держась рукой за сердце, чтобы не упасть в обморок и не умереть от сердечного приступа. В это время считает, что у него большое сердце и поэтому он может умереть. Голова периодически болит. Это описывает как “трещание”, “будто трактор в голове”.

С этого же возраста наплывы тяжелого подавленного настроения с физическим ощущением тяжести и напряжения за грудиной, и тревожными предчувствиями. По ночам испытывал страхи, что “кто-то выскочит из-под кровати и убьет” его.

Однако потрясающие переживания — “глюки” — испытывал при вдыхании паров клея “Момент”. С первых затяжек ощутил, как быстро растёт его голова, увеличиваясь в 1,5 – 2 раза. И вдруг “птичка врезалась в голову, в мозг, почувствовал что умирает” и заплакал от жалости к себе. Пока не разубедил друг, сказав, что это — всего лишь “глюки”. В другой раз ингаляции терзал медведь, “а я никак не мог проснуться от этого кошмара”, пока друг не ударил его. А однажды затосковал по давно умершему отцу и стал усиленно вдыхать клей из целлофанового пакета, “чтобы умереть и попасть к отцу на небо...”

Но чаще всего при вдыхании клея “Момент” это были приятные, до восторга, превращения во всемогущего монстра (из мультиков): при этом вначале окатывала приятная волна мощи и потоков в сосудах снизу вверх. Ощущал, как быстро растут мощные мышцы, и он становится могучим “Монстром, который никого не боится, может убить всех без жалости. В точности как в телефильмах и компьютерных играх”. Считает, что также реально существует “парал-

лельный компьютерный мир — это мир, где одни злодеи и как бы компьютер тобой управляет” гипнозом. К этому компьютерному миру Зла относит и некоторые фильмы в кинотеатрах, например, фильм “Матрица”: “Когда смотрел первый раз, то думал, что это все по правде, думал, что я в нем сейчас сижу и я там живу, а не в кинотеатре. А когда вышел из зала, чувствовал, что я — “Матрица”. В это время живешь в этом мире смертельных драк, компьютерных людей, становишься главарем, который крушит и убивает все вокруг; в это время злишься как этот главарь, копируешь его удары руками и ногами, но только слегка. Чувствуешь себя страшно сильным, и потом эта злоба и чувство страшной силы в руках и ногах держится после фильма еще час, а потом в следующие дни это может вместе с воспоминаниями о “Матрице” нахлынуть снова. Выходишь на улицу, все кипит, и кто не нравится, хочется дать в морду и все разрушать. Были бы силы, разрушил бы все, весь мир, надоело уже все. Может быть, оставить парочку добрых, которые в церковь ходят, что б не скучно было. И все”.

Так же с 8–9 лет все больше стал раздумывать над своей несчастной судьбой сироты и беспризорного, отверженного ребенка. Мечтал стать сильным, чтобы никто его не обижал. Ненавидел тех, которые “были злыми и подставляли других”. Ни к кому не испытывал привязанности. Со все большим интересом смотрел телефильмы о звероподобных киллерах, всемогущих монстрах, которые стали для него идеалом. Мечтал стать таким же. С восторгом переживал воплощение своей сверхмечты и превращение в Монстра при отравлениях парами клея. Пристрастие к токсическому опьянению взяло верх над всеми другими увлечениями. Ему теперь не надо было ни табакокурения, ни пива. Неодолимо тянуло к клею при тревожно-подавленном настроении, которое сопровождалось мучительной натянутостью и тяжестью в сердце.

С этого же возраста почувствовал, будто раздвоение в собственной душе. В душу порой вторгались “дурацкие мысли убить кого-то или задушить”. Потом это стало звучать в ушах, внутри головы, как негромкий, а потом резко усиливающийся голос сатаны, бьющий по мозгам: “Убей! Убей! Убей!”, и не было сил ему противостоять. Понимал, что сатана — властелин Зла — хочет его погубить, чтоб он стал убийцей и попал в ад. А Бог защищал его. Поэтому теперь он хочет “скорей покреститься” и ищет защиты у Бога. Говорит, что Бог с Сатаной борются на небесах и в его душе. А он послан Богом, чтобы убивать сатанистов и “тех, которые подставляют”.

Вспоминает, что раньше он верил в сатану, интересовался сатанизмом, рассказами ребят-сатанистов, которые истязали кошек на кладбищах по ночам и показали ему символ сатанинской звезды. Когда он глядел на эту звезду, она очаровывала его своей поразительной несказанной красотой, которую он теперь не

может объяснить или передать словами. Впоследствии, после беседы со священником он понял, что сатана это чистое Зло и хочет вечной гибели для него. А Бог — это Добро. Бог хочет спасти его душу. Но все равно Добро можно принести человечеству только насилием. И теперь он убежден, что избран Богом, для того, чтобы убивать сатанистов и установить в нашей стране и во всем мире Добрую жизнь. Верит, что станет “киллером”, затем, “вором в законе”, и, наконец, “Человеком-Зверем — всемогущим Монстром и Властелином Мира”. Он изживает из себя все человеческое и станет Зверем, который может убить всех, не зная человеческой жалости и вообще никаких человеческих чувств.

Он “будет убивать сатанистов и тех, которые подставляют”, и установит по-своему справедливый — “криминальный”, т.е. бандитский мировой порядок. Наконец, чтобы убрать Президента, он “подставит его как убийцу”. Для этого оставит на месте убийства (которое совершит сам в перчатках) отпечатки пальцев Президента. Того “посадят в тюрьму”, а он займет место Президента Мира.

Но самый главный путь, метод завоевания власти над Миром видит в галлюцинаторных превращениях во “Всемогущего Монстра” с помощью вдыхания клея “момент”. Хотя эти превращения кажущиеся — “только глюки”, — они погружают его “в атмосферу” сверхчеловеческого всемогущества и путем тренировок помогут ему не только войти в образ, но и стать в действительности “Зверем” (Апокалипсиса). Да, он “станет Бессмертным”, для этой цели заставит работать ученых, или — “проще” — сам “с помощью таблеток”. И будет “Вечным Властелином”. Но у него никогда не будет детей, семьи. Он будет вечно один — “Единственный”. Он избран Богом навести порядок в этом злом Мире, а Сатана делает все, чтобы помешать ему и погубить его в Аду. Нашептывает ему “плохие мысли”, т.е. преступные приказы, толкает его на убийство. Но он изо всех сил сопротивляется сатанинским внушениям, чтобы спасти свою душу и Человечество. Однажды в приюте приятель-сатанист рассказал, что можно спастись, если умереть ребенком, на котором еще не так много грехов. И тогда попадешь в Рай. Например, если убить себя, перерезав себе вены, горло, либо отравиться парами клея “Момент”. Однако, он отверг такой путь собственного “спасения”, так как призван стать спасителем Мира по имени Зверь.

Говорит обо всем этом спокойно с полной убежденностью в реальности собственного мессианства. В течение беседы сохраняет однообразную согбенную позу и маску напряженной озабоченности на лице со сведенными бровями и глубокой вертикальной складкой между ними. Поясняет, что у него подавленное настроение с беспокойством, мучительной тяжестью в груди и напряжением, от которого невозможно расслабиться. И сейчас “больше всего на свете он хотел

бы своего клея”, чтобы снять это мучительное напряжение в груди и испытать телесный восторг чудесного воплощения своей мечты и превращения в “Зверя”.

Подробно рассказывая о своих болезненных переживаниях, ничего не сообщает о пережитых им состояниях дежавю, которые были выявлены только после прицельного исследования. Отвечает, что с 8 лет часто испытывает состояния “уже пережитого”, 2 – 3 раза в месяц, продолжительностью от нескольких минут. Например, “Так посмотришь, увидишь цветок, и играют все, подумаешь, я здесь уже был, кажется, все это уже видел, но когда? Это мне во сне снилось, потом наяву”. Или — “когда везли сюда в больницу, по дороге показался лес знакомым. Что я здесь уже проезжал в лагерь или из лагеря летом. Затем, удивился, что никогда в жизни не был здесь, а все знакомое! Я хотел узнать, вспомнить и успокоиться. Вспоминал и вспоминал. Вокруг видишь все, удивительно как будто сон “вещий”. Решил, что мне это приснилось во сне. Но вспомнил в этом сне только лес, этот лес. Сон приснился дня за 3 до этого. Так было минуты две. Потом успокоился и перестал это вспоминать”.

Эти состояния могут длиться до нескольких часов, иногда половину дня, как, например: “Пришел впервые к другу, кажется, что уже был тут, так же пил чай с ним. Все время, что там был, казалось, что это повторяется. Все думал, как это я здесь был? Когда? Вспоминал и вспоминал, решил, что это было во сне”.

В другой раз “Играл в кубики с мальчиком, и вдруг стало казаться, что это уже было вчера и повторяется. Это было удивительно: как так может, что второй раз так повторяется, как и в первый! Стал беспокоиться и усиленно вспоминать вчерашний день. Что вчера делал, вспомнить не удалось. Стал спрашивать у мальчика: “Вчера так же играли с тобой?”. И не поверил, когда он ответил: “Нет”. Решил, что мальчик просто пошутил. Сам я был уверен, что играл, либо это приснилось мне во сне. И вспомнил, что вчера точно так же играл и с таким же чувством, будто это уже было. И вспомнил, что позавчера мне приснился точно такой вещий сон: во сне так же играл, а потом мне приснилось так же и во втором сне, и затем сбылось. В этом была какая-то загадка. Поэтому спросил воспитательницу: “Как может два раза сниться один и тот же сон? И к чему это может быть?”. Она ответила, что так не может быть. А у меня еще полдня было тревожное состояние с попытками вспомнить эти сны, чтобы понять, отчего второй раз повторяется точно, как и в первый? Что вчера делал, вспомнить не удалось. Тогда решил, что во сне это видел. Так и неясно остается, как это могло быть, чтобы два сна подряд, а потом сбылись? Решил, забыть надо. И забыл про это: не может, так не может два сна одинаковых сниться. Хотя и теперь уверен, что снилось это дважды, а может и дважды играл в кубики с этим мальчиком”.

В 12 лет едва не попался при краже велосипеда. В панике удирал с другом от преследования дядькой,

вдруг ощутил, что все это уже было — “И вся эта кража, и мелькающие дома, и деревья — уже было. Казалось, что бегу я долго, а надо быстрее, как будто я в другое измерение попал, где время остановилось и я стал вечным. Это было удивительно и страшно. И когда уже убежали, спаслись, все думал, как так могло быть: туда шли быстро, а оттуда бежал долго? Думал так и останусь там, бежать вечно. Как будто убежал в реальный мир из другого чужого мира, где время стоит. А друг-то этого не заметил, тогда я подумал, что ошибся. Но мысли меня эти терзали, они приходили снова, я их гнал. Подумал, что если вечно я там был и бежал, значит вечно жить останусь. Подумал, что все ведь умирают и я умру. Мне не хочется умирать, и кажется, что я не умру, буду жить вечно... Время как будто остановилось и стало вечным. Накануне это мне все также приснилось. Это Бог меня предупреждал во сне, чтобы я не ходил воровать велосипеды. Бог сделал дома и деревья одинаковыми, чтобы сон сбылся, чтобы велики не воровал.

А бес, когда я бежал, остановил время, чтобы меня поймал дядька. В это время я верил, что время остановилось навсегда, думал, так бежать останусь вечно”.

КЛИНИЧЕСКИЙ РАЗБОР

Как мы видели из анамнеза, подросток в течение многих месяцев лечился в 3-х разных психиатрических больницах Московской области, в том числе два раза в специализированных детских психиатрических стационарах. И во всех этих учреждениях независимо друг от друга ему определялся один и тот же диагноз токсикомании с нарушением поведения и влечений F.18.252.(в нашей больнице, — в сочетании с “умственной отсталостью”). Очевидно, эта диагностика была не случайной, а типичной для подобных наблюдений наркотической и токсической зависимостей в детской психиатрии Московской области. Однако, теперь в результате специального исследования стало ясно, что речь идет о совершенно ином психическом заболевании, диагноз которого мы должны установить путем клинико-психопатологического разбора.

Психический статус определяется параноидным синдромом с центральной идеей сверхъестественного предназначения — стать бессмертным монстром “Зверем”, Властелином и Спасителем Мира. Убежден, что кругом добрые и злые духи, которые борются между собой и за овладение его душой.

Особенности ведущего синдрома:

1) неразвернутый, стертый характер вербального псевдогаллюциноза с прерывистым, эпизодическим течением, и

2) мистическая, фантастическая, мегаломаническая перспектива эволюции бреда.

Собственно мегаломанической, фантастической в этой бредовой системе является ее цель, которую еще только предстоит осуществить в Борьбе с силами Зла.

Но эта цель, а так же манихейская антагонистическая структура, заложенная в ядре бредового комплекса, указывают на парафреничную эволюцию этого хронического бредового психоза.

Очевидно, речь идет о бредовой шизофрении. Что касается умственной отсталости, то после знакомства с внутренним миром подростка, первоначальное впечатление дебилности значительно меняется. Удивляющая доступность и владение понятиями, в том числе, сложными как, например, категории пространства и времени, жизни, смерти и бессмертия, а также дифференцированная религиозная картина мира как борьбы Бога с Сатаной, с проблемой спасения души путем выбора между Добром и Злом, исключает олигофрению как первичную умственную отсталость. Речь идет, скорее, о вторичной умственной отсталости сложного генеза как результате сочетания фактора раннего начала эндогенного процесса и социально-педагогической запущенности.

Сведений о психических заболеваниях в семье нет. Однако, по своей родительской холодности с равнодушием к судьбе собственного маленького ребенка, по дефекту материнского инстинкта мать вряд ли психически здорова.

О раннем детском развитии, преморбиде, возрасте начала шизофренического процесса и его начальных проявлениях также нет сведений. Однако, уже с 8 летнего возраста, установлены процессуальные признаки: сенесто-ипохондрические расстройства в голове и груди, кардиофобические субраптоидные состояния, витально-дистимические фазы. К этим нарушениям довольно скоро присоединяются расстройства психотического уровня: галлюцинаторно-параноидные симптомокомплексы с вербальным псевдогаллюцинозом, становлением дуалистического бреда борьбы Добра и Зла и собственного мессианства и реформаторства. Цель последнего — построение очередной Мировой Утопии, основанной на насилии.

С 8 лет (т.е. еще на фоне непсихотического этапа болезни)- до настоящего времени — сложный синдром повторяющихся состояний *déjà vu*, порой с многократными, будто повторениями реальных событий, или ранее пережитых в повторных сновидениях-копиях с последующим многочасовым обсессивным размышлением. Иногда они сопровождалась предвосхищением предстоящих событий, ситуаций и расположения предметов. Хотя сами эти повторные “сновидения”, повторяющие друг друга, ему вспомнить не удалось, осталась некорректируемая убежденность в их реальности, что они ему действительно снились, сначала один, затем другой.

Наблюдались и *déjà vu* в структуре фантастически-бредовой картины: в ситуации преследования обкраденным мужчиной и убегания от него казалось, что все это уже было, длится вечно, а время остановилось, так что он почувствовал себя бессмертным. Здесь *déjà vu* выступало в структуре такого бредово-

вого симптомокомплекса, который соответствовал сквозному, фантастически-бредовому синдрому как проявлению шизофренического процесса.

Таким образом, повторяющиеся феномены *déjà vu* вплетаются в психопатологическую структуру бредовых синдромов и сами по себе отличаются разной степенью сложности. Среди них можно выделить 3 типа:

1) сравнительно простой из них — “уже виденное” с убежденностью в повторении и действительной знакомости дороги в больницу как пережитого ранее в сновидении.

2) более сложный феномен “уже пережитого”, сочетающийся не только с полной убежденностью в реальности повторения данного эпизода, но и с мистическими переживаниями “остановки времени, вечности и бессмертия”. Этот психотический эпизод наблюдался в парафреничной структуре апокалиптического типа.

3) многоступенчатое *déjà vu*, переживаемое как ретроспективные копии удвоенных, утроенных воспоминаний.

Первичное по времени начало эндогенного процесса, формирование токсической зависимости на основе уже текущей шизофрении свидетельствует о вторичном, симптоматическом характере токсикомании. Особенность взаимоотношения этих двух процессов заключается в их тесном взаимодействии и взаимовлиянии. Психопатологические проявления шизофренического процесса вплетаются в мотивацию к употреблению нейротоксических веществ. В свою очередь, отравление нейротоксическим ядом провоцирует и раскрывает психотические расстройства, патогенетически связанные с механизмами шизофренического процесса. Представляет специальный интерес стремление к сумасшествию, к психотическим метаморфозам сознания и самосознания как ведущему мотиву токсической зависимости — парадоксальная инверсия присущего человеку страха перед безумием — психофобии — в стремление к нему. В таких случаях можно говорить о диспсихомании не только как о варианте ипохондрического бреда (по аналогии с диспсихофобией А. К. Ануфриева) но так же и как о страсти стремления к сумасшествию, к бреду, который полностью заступает место реальности.

Бредовый психоз течет непрерывно, несмотря на прерывистый характер вербального псевдогаллюциноза. Светлых промежутков в эволюции бреда нет и прогнозировать их пока нет оснований. Прогноз же развития самого бредового психоза по закону его эволюции, описанному Валентином Маньяном, наиболее вероятен и будет зависеть от течения основного патологического процесса. Эволюция и трансформация бреда с переходом его на парафреничный уровень, темпы этих явлений будут определяться прогрессивностью патологического процесса. Однако, его патопластика, его содержание понятным образом вытекает из судьбы

брошенного мальчика-сироты и черпается из окружающего его жизненного Зла и соответствующих сюжетов компьютерных фильмов и игр с присущей им атмосферой Зла, сатанизма и сверхчеловеческих культов киллера, человека-Зверя, Всемогущего Мага-Монстра, взявшего себе в заложники весь Мир.

Так, отверженная и больная душа ребенка-изгоя с самого раннего детства погружается одновременно в реальный и виртуальный сатанинский компьютерный мир, обретает для себя искусственную чудовищную реальность, лишенную каких-либо связей с семейными и национальными корнями и традициями реальной жизни. В этом прелщении детская больная душа прошла через очарование сатанизмом, через риск сатанинского ритуального самоубийства. Но и потом, после формального отвержения сатанизма абсолютное Зло детской душой воспринимается как Добро в очередной Мировой Утопии, основанной на кровавом насилии. Здесь — исток неизвестных для нас ранее чудовищных “синдромов Чикатилло”, сатанинских ритуальных убийств православных иноков и недавней непонятной, абсолютно “бескорыстной” как “убийство для убийства” гомицидомании “вменяемого битцевского маньяка Пичужкина”. Ведь мотивы бредовых поступков определяются не материальным мозговым патологическим процессом, а тем содержанием, которое больная душа ребенка черпает из окружающей жизни общества и семьи. Потребность смысла жизни является первой чисто человеческой потребностью, которая, конечно, отсутствует даже у высших приматов (хотя мы порой празднуем “год обезьяны”). Эта потребность формируется в подростковом возрасте вместе со становлением личности человека и гражданина, ее мировоззрением. Однако, в этом возрасте подросток не в состоянии создать собственное мировоззрение и сформировать потребность смысла собственной жизни и осознать ее. Поэтому ведущее место в становлении этой потребности у подростка занимают психологические процессы подражания и выбора идеалов или кумиров. Ребенок говорит в своей душе, что хочет стать Гагариным, Чакаловым, вообще героем, причем героем своего народа, своей Родины. Печальная реальность наших дней должна быть ясно осознана: не только проститутка, путана, но профессиональный бандит, убийца, киллер остаются культовыми фигурами, кумирами и не только в маргинальных слоях подрастающего поколения. По данным социологических исследований в 90-е годы и на пороге 3-го тысячелетия каждый третий подросток в провинциальной РФ мечтал стать “киллером” или “путаной”.² Вот кто теперь — “герои наше-

² Молодежная ОПГ “Мордва” в Саранске имела собственную “школу киллеров”, которых набирала среди подростков-учеников массовых школ. Средний возраст киллера в ОПГ “Мордва” — 18 лет. (данные МВД республики Мордовия).

го времени”, ставшие кумирами для миллионов беспризорных детей-бродяг, погибающих от наркотиков. И наш пациент лишь одна из миллионов страдающая душа подростка, брошенного собственной матерью, обществом и “казнящего себя за грехи наши”, как это с болью сказал проф. Г. И. Россолимо. Такова структура психоза, по К. Бирнбауму, и его патопластика с содержанием, которое черпается из окружающей социальной действительности.

Специфический шизофренический дефект проявляется и в беседе в виде эмоционально-волевой нивелировки с дискордантностью, амбивалентностью, амбитендентностью и расстройством логики суждений с нечувствительностью к противоречиям вплоть до антиномий.

Заключительный диагноз: *Шизофрения, параноидная, непрерывная, осложненная токсической зависимостью (вдыхание паров ПАВ); параноидный синдром мегаломанического содержания. Вторичная умственная отсталость.*

Выписан после 3-месячного лечения (симптоматическая психофармакотерапия, ноотропы, витаминотерапия, рациональная психотерапия) с диагнозом (в соответствии с МКБ-10-ВОЗ): *Шизотипическое расстройство, неуточненное с психопатоподобными, неврозоподобными расстройствами и параноидными включениями. Токсикомания летучими веществами. Вторичная умственная отсталость.* F-21.9.

Катамнез:

По объективным данным педиатра социального приюта, после выписки из МОПБ № 5 26.02.2004 г. был передан на попечение матери. С этого времени в поликлинике не наблюдался, не прививался. Мать работала, и мальчик находился все время один. Скоро он вновь стал убежать из дома, вдыхал пары клея “Момент”, постоянно испытывал влечение к ингаляции растворителей. Высказывал угрозы “надышаться клеем до смерти”. 18 ноября 2004 года вновь помещен в приют. 15 декабря 2004 года доставлен в нашу клинику социальным педагогом приюта. По запросу больницы директор МУ “Социальный приют” как “государственный опекун” прислала свое “разрешение на госпитализацию по месту требования” вместе с копией психолого-педагогической характеристики годичной давности.

На этот раз **диагноз направившего учреждения повторял заключительный диагноз нашей клиники:** “Шизотипическое расстройство личности с психопатоподобными и неврозоподобными нарушениями. Вторичная умственная отсталость, токсикомания летучими веществами”.

Однако, **диагноз дежурного врача при поступлении** вернулся в привычную диагностическую колею: “Умственная отсталость, умеренная, с выраженными нарушениями поведения, осложненная токсикоманией”.

СОМАТИЧЕСКИЙ СТАТУС: 14 лет. Небольшого роста, пониженного питания (рост 153 см., вес 39 кг). Бледен. На волосистой части головы два старых рубца (“упал у бабушки с дерева, болела голова, двоилось в глазах”). В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца громкие, ритмичные. Пульс удовлетворительного наполнения. Живот мягкий, б/б. Печень, селезенка не увеличены.

Консультация *окулиста* 29.12.04 — “Диски зрительных нервов бледно-розового цвета. Границы четкие. Сосуды нормально калибра. Очаговых изменений нет”.

Консультация *невропатолога* 4.02.05 — “Симптомов поражения нервной системы не выявлено”.

Консультация *логопеда* 23.12.04 : “Обнаружено нарушение произношения звука “Л”=“У” (параламбдацизм). Словарь скудный. Грамматический строй речи с нарушением. Темп речи умеренный. Письма с орфографическими ошибками. Читает послогово с ошибками. Пересказать прочитанное может по наводящим вопросам. Слух без нарушений. Диагноз: “Функциональная дислалия (нарушение произношения отдельного звука)”.

Экспериментально-психологическое исследование (повторное) 22.12.04: “Предварительный диагноз: Шизотипическое расстройство личности. Цель исследования — патопсихологические данные, способствующие уточнению диагноза. Используемые методики: Куб Линка, запоминание 10 слов, пиктограмма, классификация, исключение 4-го, сравнение понятий, тест Люшера, тест Кеттелла, тест неоконченных предложений; беседа.

Во время исследования больной неохотно вступает в контакт. Пассивен, вял, эмоционально снижен. Отгорожен, не раскрывает свои переживания. Жалоб на здоровье не предъявляет. Стационарирование объяснить не может — “просто на елку привезли”, скрывает факты плохого поведения.

Мотив экспертизы не сформировался, отношение к исследованию формальное, не огорчается при указании на ошибки, не старается их исправить и добиться правильного решения, побудительная функция мотива нарушена — легко бросает работу при встрече с трудностями. Эмоциональные реакции на успех и неудачи в работе безразличны (плачет, если только вспоминает о приюте — “хочу домой”). Критика нарушена.

Инструкции усваивает после дополнительного объяснения, выполняя не все предложенные задания. Интеллектуальные возможности снижены, темп и продуктивность деятельности низкие. Умственная работоспособность нарушена. Объем внимания значительно сужен (с кубом Линка не справился). Память умеренно снижена, кривая запоминания 10 слов: 2, 5, 6, 6, через 45 минут воспроизвел 4 слова. Опосредование доступно, но не улучшает результаты запоминания, также воспроизводит 4 из 10 предложенных словосочетаний. Ассоциации в “пиктограмме” конк-

ретны, индивидуально значимы (так, для того, чтобы запомнить слово “страх”, нарисовал ночь, дерево, мушкетера. “Я боюсь темноты, когда идешь, то кажется, что за деревом кто-то стоит, мужик, он может меня убить”.

Больной способен оперировать обобщенными категориями, хотя уровень обобщения снижен, в решениях часто конкретно-ситуационные сочетания. Вместе с тем, отмечаются трудности дифференциации существенного и несущественного, повышенная актуализация латентных признаков: так больной сравнивал несравнимые понятия: “плащ и ночь черные и страшные”, “у собаки и кресла четыре ноги”, “рука и ручка одинаково звучат” и т.п. Суждения не всегда последовательны. Круг знаний и представлений о мире значительно сужен. Обучаемость слабая (по тесту Кеттелла IQ=62 — умст. дефект)

Личностная сфера характеризуется эмоциональной напряженностью. Чувство протеста, неудовлетворенности в связи с обстоятельствами, субъективно оцениваемые как навязанные и нежелательные, способы решения проблем носят иррациональный характер, однако поступки и высказывания не столько агрессивны, сколько своеобразны. Ощущение диссонанса с окружением, отгороженность, избирательность в контактах, нарушение внутреннего равновесия. Также можно отметить некоторые шизоидные черты: “тест неоконченных предложений”: “Я устал, меня часто кто-то окликивает, это мужской голос, особенно когда я занят какой-то игрой, постоянно называют мое имя”. Адаптационные возможности значительно снижены.

Таким образом, можно говорить об умеренном снижении памяти (непосредственной и опосредованной), нарушении умственной работоспособности (трудности дифференциации существенного и несущественного, повышенная актуализация латентных признаков), своеобразии суждений. Имеются выраженные нарушения в эмоционально-личностной сфере: эмоциональная напряженность, протестные реакции, снижение побудительной функции мотивов, нарушение коммуникативных возможностей и социальной адаптации, определенные шизоидные черты”.

ПСИХИЧЕСКИЙ СТАТУС: При поступлении в отделение на беседу пошел спокойно. Сразу начал спрашивать, когда его выпишут, и просить, чтобы его выписали до Нового Года 30 декабря. Но не мог сказать, какое сейчас число, месяц. Когда ему сообщили, что сегодня — 15 декабря, не мог сосчитать, сколько дней осталось до 30-го. Начал плакать, но скоро успокоился. Не знает, какой сейчас год (“сейчас зима”), какой месяц. Из писателей назвал Пушкина, но знает только его “Золотую рыбку”. Общая осведомленность низкая. Пословиц не знает. “Голоса” отрицает. Часто бывают оклики, боится темноты. Читает по слогам, без выражения, без знаков препинания, с ошибками. Пересказать легкий текст для 2-го класса

не смог. Арифметические действия в пределах 10 на подсобном материале. — “кажется, что сейчас провалюсь куда-то, где мертвецы” На специально заданный врачом вопрос о дежавю, рассказал, что однажды видел сон, как был в разрушенном доме с подвалом, а потом был на самом деле в разрушенном доме и, когда спустился в подвал, вдруг понял, почему ему здесь все знакомо — потому, что “все это уже видел во сне”.

Порой тяготится обществом, жалуется: “мне все надоело, все пристают, учат, лучше бы я не родился, или умер”. При разговоре о его токсической зависимости иногда выражает опасение “стать дураком от клея”.

Постепенно успокоился. Освоился в отделении, общается с детьми мало. В отделении и в школе поведение адекватное. Настроение ровное. Контактен. В конфликтах не замечен. В школе занимается без замечаний. В классе бывает сонлив, кладет голову на парту и дремлет на уроках, делать ничего не хочет. Высказывает отрицательные установки к учебе: “Выпишусь, все равно в школу ходить не буду”. В отделении режим не нарушает. Иногда становится навязчивым с различными вопросами, просьбами. Сон и аппетит удовлетворительные.

12.01.05. Беседа с доктором мед. наук В. Г. Остроглазовым и клиническое заключение.

Из беседы. В начале беседы держится настороженно, формально отвечает на поставленные вопросы, пытается диссимулировать болезненные переживания. Так говорит: “Я отошел от клея, от своих мыслей — мечты стать властелином мира отказался, думаю, что это не получится”. Лишь постепенно втягивается в беседу, вновь раскрывает свои затаенные переживания, связанные с овладением Миром.

По его мнению, “Существуют три мира:

1) *Наш мир — живой, но слабый, Зло и Добро в нем вместе;*

2) *Компьютерный мир — неживой, мертвый, параллельный реальный мир в компьютере, злой, там царит Зло и на тебя действует — хочется все громить;*

3) *Мир с Монстрами — живой, но сильный, чудовищно сильный, безжалостный, никого там не жалеешь, сатанинский мир с Сатаной во главе. Злом смещен в тот мир и сильнее нашего, живого мира. Он под землей. А наш мир тоже живой, но слабый”.*

Еще есть и особый мир — мир сновидений. Это реально существующий мир. Туда уходит душа во время сна. Все три мира существуют в одном нашем живом мире: под землей — злой мир с монстрами и дьяволом; компьютерный мир — в компьютере; а мир сновидений — в голове. “А Мир снов — когда тебе снится, что по городу ходишь Но это не мозг разделяется, а душа уходит и бродит. Но мир сновидений можно не считать, т.к. это душа уходит”.

Иногда находит чувство мощи и ярости: *Вчера хотелось все крушить, вспомнил Зверя Монстра (из ки-*

но- и телефильмов) и даже рычать захотелось. Почувствовал себя этим Зверем. Хотелось сквозь стены проходить. Но сейчас у меня еще нет такой силы. Хотелось всех избить, чтобы они мертвые были, злость такая была. Это было в классе, когда играли. Но потом жалко стало, не стал убивать никого. Вот сейчас, в детстве думаешь, что вдруг вырастешь и станешь маньяком каким-нибудь? — А мне не хочется!

(На вопрос, скучает ли о доме, приюте, ответил:) *Дома — мама, отчим, сестра. Даже сам не представляешь, что дома делал бы. И дивизию Дзержинского вспоминаешь, как там хорошо было. По приюту больше скучаю, там интереснее, веселее, чем дома. Там некого любить в приюте. Люблю некоторых, кто хорошо делает. Вас, например. Хорошо, когда культурные люди. В приюте все равно, есть ли я или нет, жив ли, им — пофигу. Сейчас рождают и выкидывают, дети с грудных не знают матерей, на таких матерей зло даже идет. Каждому, кто брошен, хочется увидеть маму.*

(На вопросы о его мыслях о бессмертии) — *Я думаю, что умру, все люди умирают же. Но, бывает, что считаю себя в мыслях бессмертным.*

Верит в реинкарнацию, может быть живет повторную жизнь. Чувствует это в мыслях-воспоминаниях: “увидишь незнакомого человека, думаешь — “я его уже видел и здоровался с ним”, значит это было, если не в этой жизни, то в прошлой”.

Подобные воспоминания “уже виденного”, начиная с 8-летнего возраста, по-прежнему бывают 2–3 раза в месяц. “Придет друг, а ты думаешь, “вот опять пришел, уже ведь был у меня”, но этого не было, потому, что не может быть, чтобы опять тоже все самое, — протягивает мне палку и говорит: “На, я тебе палку принес” Иногда такое состояние “повтора”, “уже виденного” длится в течение часа, или многократно повторяется.

Даже знает иногда, что будет в следующий миг, “прямо мысли предсказывают, что будет дальше в следующую секунду”. Но изредка бывает и наоборот. Например, однажды удивился, что не узнал своего отчима, подумал: “Откуда я его знаю? Потом вспомнил” — то есть, состояние, близкое к “никогда не виденному” — *jàme vi.*

Порой ощущает в себе сверхъестественную мощь, когда чувствует “Как подчиняются мне люди, есть какая-то сила во мне, я на них посмотрю, и они даже не могут ничего мне сказать”.

Признается, что главная мечта все-таки остается, хочет быть могущественным Зверем — Властелином Мира, “охота быть таким, но только людям не хочется делать зло”. Но, “когда слушаешь злые песни (рок), чувствуешь, приятный ток по мне проходит и хочется все крушить!”. До сих пор чувствует, как в нем сатана с Богом борется за его душу, кто овладеет им Добро или Зло? Чувствует это “по энергии, кото-

рая по телу ходит". Он то "за Добро, но иногда за Зло — это когда все надоедает". Но часто устает от этой борьбы и путается в мыслях: "Иногда плохие мысли бывают, я хочу хорошие, а их нет, хочу выкинуть плохие мысли, от головы, ведь они от беса, чужие — и не могу. К этим чужим мыслям привык уже. Как бы постоянные мысли с двух сторон. Передаю мысли беса Ангелу. Кругом есть духи, добрые и злые, и борются." А сейчас, он настроен учиться и "схитрить, чтобы взять власть над Миром".

Заключение. Ведущий параноидно-парафренный синдром остается тот же. За год его содержание стало менее наивным и более рационализированным: оно теперь выявляется с трудом из-за установки на диссимуляцию. Структура и содержание бреда — те же. Центральная идея — мечта стать бессмертным монстром "Зверем" и Властелином Мира. Так же сохраняется антагонистический характер психических галлюцинаций Баярже, полярных влияний на тело и душу, убежденность, что кругом добрые и злые духи, которые борются между собой и за овладение его душой.

Что касается вторичной токсической зависимости, то следует отметить сдвиг акцентов ее психопатологической мотивации: от абстрактного стремления к психотическим трансформациям сознания — к страстному стремлению реализации центральной бредовой мечты в аутопсихозе. При самоотравлении парами растворителей его мечта становится для него реальностью — он реально ощущает себя Зверем — Бессмертным Властелином Мира. Но вместе с тем, магия превращения в "Зверя", заключающаяся в галлюцинаторных токсикоманических метаморфозах, теперь становится необязательной. Теперь она становится доступной ему и без нейроинтоксикации, все больше предпочтение отдается произвольному пси-

хическому самовнушению — своеобразным аутогенным тренировкам. Последнее он рассматривает как путь развития своих магических способностей для превращения в бессмертного Властелина Мира.

Поразительна картина расщепления его Я и картины мира не только в пространстве, но и во времени. Так картина мира у него представлена раздробленной на три или четыре мира, которые существуют параллельно в реальном и виртуальном пространствах.

Сложный симптомокомплекс дежавю, включающий и состояния жамевю, входит в клиническую картину шизофренического процесса. Выявление феноменов дежавю, исследование их структуры и динамики имеет практическое диагностическое значение. Однако, и это следует подчеркнуть, — несмотря на наблюдение у многих психиатров и стационарное лечение в 3-х психиатрических лечебных учреждениях — до настоящего исследования симптомокомплекс дежавю ни разу не был выявлен. И эта ситуация является не случайной, а обыденной или даже типичной для детской психиатрии Москвы и Московской области.

В экспериментально-психологическом исследовании по сравнению с предыдущим от 3.12.03 отмечены впервые выявленные патопсихологические признаки, соответствующие шизофреническому спектру расстройств.

Итак, катamnестическое исследование подтвердило установленный нами диагноз.

17.02.05 г. выписан в приют.

К сожалению, продолжение проспективного исследования стало невозможным: по объективным данным директора социального приюта, Павел Х. депортирован на Украину, куда переехали жить его мать и сестра.

Уроки конституционности: недееспособность

Ю. Н. Аргунова

Конституционный Суд РФ (далее — КС) вслед за признанием неконституционными норм УПК РФ, регулирующих правовой статус невменяемого лица (Постановление от 20 ноября 2007 г. № 13-П)¹, признал не соответствующим Конституции РФ ряд статей ГПК РФ и Закона о психиатрической помощи, касающихся института недееспособности (Постановление от 27 февраля 2009 г. № 4-П)². С этого момента утратили силу:

1) положение ч. 1 ст. 284 ГПК РФ, предусматривающее, что гражданин, в отношении которого рассматривается дело о признании его недееспособным, должен быть вызван в судебное заседание, если это возможно по состоянию его здоровья, в той мере, в какой данное положение позволяет суду принимать решение о признании гражданина недееспособным на основе одного лишь заключения СПЭ, без предоставления гражданину, если его присутствие в судебном заседании не создает опасности для его жизни либо здоровья или для жизни либо здоровья окружающих, возможности изложить суду свою позицию лично либо через выбранных им самим представителей;

2) положения ч. 5 ст. 37, ч. 1 ст. 52, п. 3 ч. 1 ст. 135, ч. 1 ст. 284 и п. 2 ч. 1 ст. 379¹ ГПК РФ в той мере, в какой они не позволяют гражданину, признанному судом недееспособным, обжаловать решение суда в кассационном и надзорном порядке в случаях, когда суд первой инстанции не предоставил этому гражданину возможность изложить свою позицию лично либо через выбранных им представителей, при том что его присутствие в судебном заседании не было признано опасным для его жизни либо здоровья или для жизни либо здоровья окружающих;

3) положение ч. 4 ст. 28 Закона о психиатрической помощи, согласно которому лицо, признанное недееспособным, помещается в психиатрический стационар по просьбе или с согласия его законного представителя, в той мере, в какой данное положение предполагает помещение недееспособного лица в психиатрический стационар без судебного решения, принимаемого по результатам проверки обоснованности госпитализации в недобровольном порядке.

Поводом к рассмотрению дела послужили жалобы троих граждан: П. В. Штукагурова, Ю. К. Гудковой и М. А. Яшиной, признанных судом недееспособными по заявлению своих близких родственников. О времени и месте рассмотрения дел указанные граждане извещены не были, поскольку по результатам СПЭ был сделан вывод, что характер заболевания не позволяет им понимать значения своих действий и руководить ими и что они не могут присутствовать в судебном заседании. Указанные граждане не были извещены и о принятом судом решении и узнали о том, что они признаны недееспособными, случайно. Их попытки оспорить решение суда ни к чему не привели: их кассационные жалобы, заявления о восстановлении срока обжалования судебного решения, а затем надзорные жалобы были возвращены, т.к. с момента вступления решения суда в законную силу эти граждане лишились возможности защищать себя самостоятельно. Этим правом были наделены лишь их опекуны, т.е. те самые родственники, которые инициировали лишение их гражданских прав.

Кому адресовано Постановление КС помимо тех судов, которым надлежит осуществить пересмотр дел указанных в Постановлении граждан?

Во-первых, **законодателю**, фронт работ для которого колоссален.

Изменения, которые требуется внести в законодательство, должны будут носить не юридико-технический, а концептуальный характер. КС указал на необходимость установления *особого уровня* гарантий защиты прав лиц, которые страдают психическими расстройствами и в отношении которых возбуждается производство по признанию их недееспособными, с тем, чтобы — исходя из требований Конституции РФ и с учетом юридических последствий, которые влечет за собой признание недееспособным, — исключить какую-либо дискриминацию лица по признаку наличия психического расстройства, а также связанных с этим ограничений прав, кроме тех, которые допускаются в общепризнанных для таких случаев целях.

ГПК РФ не устанавливает, в какой процедуре и на основании каких критериев определяется, возможна ли (или невозможна) личная явка гражданина в судебное заседание, извещается ли он о времени и месте слушания дела, должен ли суд обеспечить граждани-

¹ См. об этом: НПЖ, 2007, IV, с. 45 – 49.

² Российская газета, 2009, 18 марта.

ну возможность использовать иные средства для распоряжения на равных основаниях с другими лицами, участвующими в деле, процессуальными правами, например путем назначения ему адвоката для обеспечения квалифицированной юридической помощи.

Законодатель не должен ограничиваться устранением пробелов лишь в нормах, перечисленных в Постановлении КС. Будучи связанным с рассмотрением только тех законоположений, которые применялись в делах заявителей, КС не мог выразить свою позицию в отношении конституционности иных норм, находящихся в логическом единстве с вышеуказанными, несоответствие Конституции которых теперь становится вполне очевидным. Это относится, в частности к нормам, регламентирующим подготовительную стадию процесса (ст. 283 ГПК РФ), статьям о порядке восстановления дееспособности лица, помещения недееспособного в ПНИ и др.

Важно также учитывать, что сроки для выполнения законодательных работ должны быть минимальными. Вследствие признания КС части положений не подлежащей исполнению возникла неурегулированность многих процессуальных вопросов, что уже сейчас приводит к существенному разному в правоприменительной и экспертной практике. Например, наблюдается применение самых разных схем при госпитализации недееспособного в ПБ, что вызвано различным толкованием позиции КС в отношении ч. 4 ст. 28 Закона о психиатрической помощи. Появятся проблемы с необходимостью продления такой госпитализации в судебном порядке.

Следует также иметь в виду, что приведение в соответствие с Конституцией РФ процессуальных норм — это задача минимум. Задача максимум — приведение российского законодательства о недееспособности и опеке в целом в соответствие с Конвенцией о защите прав человека и основных свобод и решениями Европейского Суда по правам человека и в первую очередь с Постановлением от 27 марта 2008 г. по делу «Штукатуров против России».

В идеале работа по совершенствованию законодательства, регулирующего институт недееспособности, должна осуществляться с учетом рекомендаций Комитета Министров Совета Европы, в частности Рекомендации R (99)4 «О принципах, касающихся правовой защиты недееспособных взрослых». Так, в числе общих принципов в ней называются принцип гибкости правового реагирования, предполагающий помимо прочего использование таких правовых инструментов, которые обеспечивали бы наиболее полный учет степени недееспособности лица в конкретной правовой ситуации для защиты его личных и имущественных интересов; принцип максимального сохранения дееспособности, означающий в т.ч. признание, насколько это возможно, существования различных степеней недееспособности лица с течением времени; принцип соразмерности меры защиты сте-

пени дееспособности лица, основанный на учете конкретных обстоятельств и нужд данного лица и допускающий вмешательство в его права и свободы в минимальной степени, необходимой для достижения цели такого вмешательства. К процедурным принципам Рекомендация относит, в частности, принцип разумной продолжительности применения меры защиты и возможности ее периодического пересмотра и обжалования.

А что же Государственная Дума? Что предпринимается ею по данному вопросу? Может быть мы зря вечно ругаем законодателя?³

По словам руководителя Секретариата Комитета Госдумы по гражданскому, уголовному, арбитражному и процессуальному законодательству Л. Ю. Михеевой, Комитетом подготовлен законопроект о внесении изменений лишь в ст. 284 ГПК РФ о предоставлении возможности гражданину быть заслушанным лично в судебном заседании. Однако лазейка в законе остается — рассмотрение дела в отсутствие гражданина допускается, если причина его неявки будет признана судом неуважительной. Законодательные инициативы по корректировке других статей ГПК РФ, признанных КС неконституционными, в Комите-

³ К чести законодателя следует отметить, что на подготовительном заседании КС по данному делу, состоявшемся 30 января 2009 г., постоянный представитель Госдумы в КС А. Н. Харитонов в своем выступлении согласился, в частности, с тем, что ст. 284 ГПК РФ противоречит Конституции РФ. Полномочный представитель Совета Федерации в КС А. И. Александров признал даже, что в России в сфере психиатрии еще много нарушений прав граждан и нужно обратить внимание на персональную ответственность виновных. По его словам, законодатель «задолжал» в вопросе защиты прав пациентов психиатрической службы.

Противоположная точка зрения была высказана полномочным представителем Президента РФ в КС М. В. Кротовым, который был убежден, что законодательство по обсуждаемой проблеме менять не нужно. Его поддержала представитель Генпрокуратуры Т. А. Васильева. М. В. Кротов также выразил сомнение в том, что участвующие в деле адвокаты имеют право представлять интересы заявителей, т.к. договоры о представлении их в КС эти граждане заключили, будучи недееспособными. По словам руководителя Санкт-Петербургской Гражданской комиссии по правам человека Р. В. Чорного, присутствовавшего на заседании КС, это выглядело, как грубые нападки на заявителей, похоже, вследствие слабости позиции М. В. Кротова по существу вопроса.

Как рассказывает Р. В. Чорный, один из судей КС задал М. В. Кротову вопрос о том, почему до сих пор не создана служба защиты прав пациентов, создание которой гарантировано ст. 38 Закона о психиатрической помощи. Представитель Президента РФ ответил в том смысле, что не считает нужным создание еще одной контролирующей структуры за соблюдением прав человека в сфере психиатрии. Ответ этот весьма показателен и, на наш взгляд, превзошел самые худшие опасения. Такая позиция Представителя Президента идет вразрез с распоряжением самого Президента РФ о создании и финансировании такой службы.

те отсутствуют. На вопрос о том, как предлагается сформулировать новую редакцию ст. 28 Закона о психиатрической помощи, Л. Ю. Михеева ответила, что этот вопрос не входит в компетенцию Комитета по законодательству. Соответствующий законопроект, который, по мнению экспертов, неполон и в целом не приемлем, готовится Комитетом Госдумы по охране здоровья. Наш вопрос о том, кто же в Комитете по законодательству будет готовить дополнения в главу 35 ГПК РФ, дабы обеспечить судебный порядок помещения недееспособного в психиатрический стационар (т.к. внесения изменений лишь в ст. 28 Закона о психиатрической помощи недостаточно) застал Л. Ю. Михееву врасплох.

Таким образом вполне очевидно, что правая рука законодателя не знает, что делает левая. Приведение законодательства в соответствие с Конституцией РФ не только не находится в числе приоритетов Госдумы, но и явно ей в тягость, о чем свидетельствует точечность и некорректность предлагаемых законодательных новелл и рассогласованность в действиях Комитетов.

Во-вторых, Постановление КС адресовано **правоприменителю**, который не должен применять утраченные силу по причине своей неконституционности законодательные нормы. Судам следует привести свою практику в соответствие с Европейской Конвенцией и решениями Европейского Суда по правам человека.

Отныне суды обязаны вызывать в судебное заседание лицо, в отношении которого рассматривается дело (за редким исключением подтвержденных случаев наличия опасности лица), представлять ему возможность изложить свою позицию. Причем, руководствуясь конституционными принципами, следуя духу Постановления КС, суды, по нашему мнению, должны извещать лицо о поданном в отношении него заявлении, т.е. предоставлять ему возможность уже на подготовительной стадии процесса дать объяснения по делу, представить контраргументы и доказательства, характеризующие, в частности социальный статус лица, которые, по нашей практике, могут быть столь убедительными, что проведение СПЭ не потребуется.

В случае же назначения СПЭ приобщенные к материалам дела объяснения гражданина с его доводами и приложенными документами, став предметом исследования экспертной комиссии, помогут составить экспертам более полное и объективное заключение. Лицо, кроме того, сможет, наконец, реализовать свои права, предусмотренные ст. 79 ГПК РФ, ст. 52 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан: заявить ходатайство о проведении ее в конкретном экспертном учреждении, ходатайствовать о включении в состав экспертной комиссии дополнительно специалиста соответствующего профиля, сформулировать вопросы для экспертов, представить дополнительные

вопросы, вытекающие, в частности из позиции КС, изложенной в абзаце 3 п. 3.3. Постановления, и т.д.

Уже на этой стадии процесса судья сможет составить свое мнение о психическом состоянии гражданина, а также о его возможности участвовать в последующих судебных заседаниях по данному делу, не обращаясь с этим вопросом к экспертам-психиатрам, не владеющим для ответа на него объективными методиками.

Вполне в духе Постановления КС был бы выезд суда в ПНИ, где проживает лицо, или в ПБ — по аналогии с рассмотрением дела о недобровольной госпитализации. Ибо если психическое состояние лица действительно таково, что его присутствие в суде может представлять реальную опасность, то, вероятнее всего, оно к моменту рассмотрения дела о признании его недееспособным будет пребывать в стационаре.

Согласно п. 3.4. Постановления КС рассмотрение дела в отсутствие самого гражданина (вопреки его желанию) допустимо лишь при наличии *особых обстоятельств*, например в случаях, когда существуют достаточные основания предполагать, что лицо представляет реальную опасность для окружающих либо состояние здоровья не позволяет ему предстать перед судом. Однако, как указывается в Постановлении КС, и в этих случаях, поскольку речь идет о существенном изменении правового положения гражданина, *предпочтительно личное ознакомление суда с его состоянием*, для того чтобы выяснить реальную способность гражданина присутствовать в судебном заседании и предупредить случаи необоснованного лишения его статуса дееспособного лица.

Судам придется также серьезно пересмотреть *перечень вопросов*, ставящихся перед экспертами по делам о недееспособности. Традиционные вопросы о том страдает ли гражданин психическим расстройством и может ли он понимать значение своих действий и руководить ими теперь уже не пройдут. Вопросы должны формулироваться таким образом, чтобы в заключении экспертов содержались выводы “о характере и тяжести заболевания, о возможных последствиях болезни гражданина для его социальной жизни, здоровья, имущественных интересов, о том, какого рода действия он не может понимать и контролировать и т.д.” (см. абзац третий п. 3.3. Постановления КС).

Соблюдение этого правила, а также недопущение заочного рассмотрения дел данной категории позволит судебным органам избежать необходимости восстановления недееспособным гражданам пропущенных сроков для обжалования судебных решений и рассмотрения их жалоб в порядке надзора.

И, наконец, что чрезвычайно важно, *одно только заключение СПЭ* суд теперь не сможет положить в основу своего решения. В этой связи принципы состязательности и равноправия сторон должны наполниться более глубоким содержанием: гражданин, вопрос о дееспособности которого является предметом

рассмотрения, не только сможет ознакомиться с заключением СПЭ, но и должен быть заслушан в суде по поводу обоснованности этого заключения. При этом следует иметь в виду, что для более эффективной защиты своих интересов граждан вправе использовать специальные знания специалиста-психиатра, который по просьбе гражданина может подготовить для суда анализ заключения СПЭ. Консультация или пояснения специалиста, данные в устной или письменной форме, показания как эксперта, так и специалиста в суде, их оценка в совокупности с другими доказательствами помогут сформировать судье внутреннее убеждение в том, что, как указано в Постановлении КС, “отсутствуют основания для сомнений в достоверности, подлинности, профессиональном уровне и полноте заключения экспертов”. В противном случае судья обязан назначить повторную СПЭ.

Должен отныне решаться судом и *вопрос о помещении недееспособного в ПБ*. Часть 4 ст. 28 Закона о психиатрической помощи, позволявшая госпитализировать недееспособного в психиатрический стационар по просьбе (при согласии) опекуна без судебного решения, утратила силу.

Анализ первых судебных решений по таким делам показывает, однако, что п. 5.1. Постановления КС психиатрами и судьями трактуется не одинаково. Психиатры в основном понимают позицию КС таким образом, что любое стационарирование недееспособного следует оформлять через суд: как при наличии оснований, предусмотренных п. “а”, “б”, “в” ст. 29 Закона о психиатрической помощи, так и при их отсутствии в ситуации, когда лечение недееспособного желательно или возможно только в стационарных условиях. При этом одни психиатры считают, что КС обязывает врачей выяснять согласие недееспособного на госпитализацию (помимо наличия согласия опекуна) и только при отсутствии такого согласия требуется судебная процедура. Другие полагают, что согласие недееспособного в отношении его помещения в ПБ по-прежнему нелегитимно и спрашиваться не должно.

Суды же, как правило, не дифференцируют такие случаи и, не обращая внимание на мотивировку больницы, даже при отсутствии указаний на признаки ст. 29 “подгоняют” изложенное в заявлении описание психического состояния под основание п. “в” ст. 29, перефразируя формулировки врачей и не ссылаясь при этом на Постановление КС.

Так, Архангельская ОКПБ обратилась в суд с заявлением “о принудительной госпитализации” недееспособного П. с согласия его опекуна. Направление на госпитализацию было выдано врачом-психиатром ПНД, который после осмотра П. пришел к выводу о необходимости его госпитализации в ПБ “для обследования и (или) лечения в связи с наличием у него тяжелого психического расстройства”. Основанием для вывода о необходимости госпитализации послужили также сведения о поведении П. от его матери —

опекуна. По этим сведениям дома он отказывался от приема поддерживающей терапии, не спал ночами, разговаривал с невидимыми собеседниками, был агрессивен к отцу.

При поступлении в ПБ П. был осмотрен врачом в приемном покое, подтвердившим вывод о необходимости госпитализации. “Обоснованность решения о госпитализации” подтвердила и комиссия врачей-психиатров. По мнению комиссии обследование и (или) лечение П. “возможно только в стационарных условиях”. Хотя заявление в суд именовалось заявлением о принудительной госпитализации, таковой она, строго говоря, не являлась, т.к. согласие опекуна имелось, а согласия недееспособного никто не спрашивал. Ни в заключении комиссии, ни в заявлении в суд не говорилось о том, что психическое расстройство П. обуславливает существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

Однако Приморский районный суд в своем решении, которым удовлетворил заявление больницы, указал, что ПБ обратилась в суд с заявлением о принудительной госпитализации П. по основанию п. “в” ст. 29. При этом суд “приписал” комиссии врачей формулировку и вывод, которые в заявлении ПБ отсутствовали. Кроме того суд при применении ст. 29 и воспроизведении в решении текста п. “в” не смутил тот факт, что эта норма распространяется на случаи госпитализации без согласия лица или без согласия его законного представителя. Согласие опекуна на госпитализацию в данном деле имелось, а согласия пациента никто ни в ПНД, ни в ПБ не выяснял. В судебном заседании, как указано в решении, “П. мнение о дальнейшей госпитализации не высказал”. Суд привел в решении одно из определений КС о содержании понятия “существенный вред” применительно к п. “в” ст. 29, которое, впрочем, не фигурировало в заключении врачей и не требовало дополнительного обоснования.

У врачей-психиатров такое решение суда, по их словам “практически скопированное (уложенное) в стандартное решение о принудительной госпитализации по ст. 29 без учета Постановления КС”, вызвало недоумение, о чем они информировали суд.

Установление четкого правового регулирования в данном вопросе (оснований госпитализации недееспособного лица в психиатрический стационар, порядка подачи заявления в суд и его рассмотрения) — задача законодателя, которую ему предстоит решить, надеемся, при участии специалистов.

Пока же попытаемся проанализировать ситуацию.

1. Применение судом ст. 29 Закона в описанном случае может объясняться отсутствием пока специальной нормы в Законе, которая должна регулировать производство по такого рода делам. Поэтому суд был вынужден применить норму, регулирующую сходные отношения, т.е. *аналогию закона*. Однако, как представляется, суду не следовало идти по пути подгонок и приписок.

2. Можно предположить также, что Закон о психиатрической помощи изначально содержал некоторые противоречия в регулировании вопроса о госпитализации недееспособного. На это указывают формулировки ст. 31 и 32 Закона.

Согласно ч. 1 ст. 31 недееспособное лицо, помещенное в психиатрический стационар по просьбе или с согласия его законного представителя, подлежит обязательному освидетельствованию комиссией врачей-психиатров в порядке, предусмотренном ч. 1 ст. 32 Закона. Таким образом ст. 31, специально посвященная освидетельствованию недееспособных и несовершеннолетних пациентов, неожиданно отсылает к другой статье (ст. 32), которая, в свою очередь, регулирует освидетельствование при госпитализации по основаниям ст. 29 Закона.

Отсюда возможен вывод, что Закон предусматривает госпитализацию недееспособного по просьбе (при согласии) опекуна лишь при наличии оснований, предусмотренных п. “а”, “б” или “в” ст. 29 и не предполагает возможности госпитализации недееспособного по просьбе (при согласии) опекуна в случаях, когда имелись основания для стационарного лечения, но при этом отсутствовали признаки непосредственной опасности, беспомощности или вероятности существенного вреда при оставлении больного вне стационара. Такой точки зрения придерживается, например Д. Г. Бартенев — адвокат П. В. Штукатурова, жалоба которого и послужила поводом к проверке конституционности ч. 4 ст. 28 Закона.

Однако, с нашей точки зрения, может быть и другое прочтение ст. 31 и 32 Закона. Часть 1 ст. 31 отсылает к ч. 1 ст. 32 с целью избежать повторения, т.е. исключительно из юридико-технических соображений, а не потому что подразумевает госпитализацию недееспособного лишь в рамках ст. 29.

Последовательное соединение обеих норм дает следующее правило: лица, признанные недееспособными, помещенные в психиатрический стационар по просьбе или с согласия их законных представителей, подлежат обязательному освидетельствованию в течение 48 часов комиссией врачей-психиатров психиатрического учреждения, которая принимает решение об обоснованности госпитализации. В случаях, когда госпитализация признается необоснованной и госпитализированный не выражает желания остаться в психиатрическом стационаре, он подлежит немедленной выписке.

Задача комиссии — проверить обоснованность госпитализации. Госпитализация же может быть в принципе обоснованной, если психическое расстройство недееспособного признано тяжелым, а его обследование или лечение возможны только в стационарных условиях, но при отсутствии проявлений, соответствующих пунктам “а”, “б” или “в” ст. 29. Такую позицию, судя по всему, отстаивали в суде врачи Архангельской ОКПБ в вышеописанном деле.

Законодатель должен незамедлительно определиться с регулированием указанного вопроса. В нашей практике имеются случаи, когда ведущим мотивом признания гражданина недееспособным служит стремление его родственников облегчить процедуру

его помещения в ПБ, преодолев, таким образом, необходимость считаться с желаниями самого больного уже на стадии его освидетельствования. Полезно было бы узнать позицию на этот счет Пленума Верховного Суда РФ.

3. Несколько усугубил ситуацию в этом вопросе и сам КС. “Выбив” из существующей системы норм одну (ч. 4 ст. 28), КС нарушил логику взаимодействия оставшихся норм, что привело к разночтению.

Понятие “недобровольная” (по лексике ГПК РФ — “принудительная”) госпитализация принято связывать исключительно с основаниями ст. 29 Закона о психиатрической помощи.

Закон не требует согласия недееспособного на оказание ему психиатрической помощи. При наличии согласия (просьбы) опекуна госпитализация недееспособного считается добровольной. На этот счет предусмотрено общее правило, содержащееся в ч. 2 ст. 4 Закона о психиатрической помощи. Соответствие этой нормы Конституции РФ КС не исследовал, и эта норма остается действующей.

Однако КС в своем Постановлении неоднократно называет такую госпитализацию (по согласию опекуна) недобровольной или принудительной, имея в виду госпитализацию без учета или вопреки желанию самого недееспособного, а не госпитализацию по основаниям ст. 29.

Таким образом Закон, с одной стороны, и КС, с другой стороны, вкладывают в понятие “недобровольная” (“принудительная”) госпитализация разное содержание, вследствие чего может складываться впечатление, что КС имеет в виду необходимость введения судебного порядка госпитализации недееспособного лишь при наличии оснований, указанных пунктами “а”, “б” или “в” ст. 29.

Разнятся точки зрения и по вопросу о том, нужно ли теперь в соответствии с позицией КС спрашивать мнение недееспособного по поводу целесообразности его госпитализации. Одни специалисты, преимущественно юристы, отвечают на вопрос утвердительно. По их мнению, если недееспособный не согласен с госпитализацией или не способен к волеизъявлению, то тогда следует задействовать механизм ст. 29 Закона. Другие специалисты — в основном врачи — не собираются, как и раньше, спрашивать согласие у недееспособного, а сразу при необходимости госпитализации намерены отправлять заявление в суд. Третьи считают, что спрашивать согласие можно, но и в этом случае даже при получении согласия больного надо обращаться в суд. Позиция последних, хотя и абсурдна, но, как не странно, не противоречит закону.

В любом случае безусловно отрадным является тот факт, что в Законе о психиатрической помощи все же имеется одна норма, предписывающая учитывать желание недееспособного в отношении его госпитализации и не упоминающая о его опекуне. Это ч. 1 ст. 32 Закона, которая во взаимодействии с ч. 1 ст. 31

требует немедленной выписки недееспособного, если он не выражает желания остаться в стационаре при условии, если его госпитализация признана комиссией необоснованной.

В-третьих, Постановление КС адресовано **врачам-психиатрам**. Их в равной мере с правоприменителем касается все выше указанное.

Мы не считаем возможным в настоящий момент предлагать какую-либо одну единственно верную или доминирующую схему госпитализации недееспособного в ПБ. Закон о психиатрической помощи, ГПК РФ, другие законодательные акты, регулирующие правовое положение недееспособных граждан содержат еще достаточно большое количество норм, конституционность которых должна была бы стать предметом рассмотрения КС, чему, кстати, надо поспособствовать. Руководствоваться этими нормами поэтому трудно. Нужно нарабатывать свою практику, в т.ч. во взаимоотношениях с судами.

В-четвертых, свои выводы из Постановления КС должны сделать **эксперты-психиатры**, участвующие в производстве СПЭ. Постановление содержит для них прямые ориентиры

За 10-летний период (с 1997 по 2007 г.) число СПЭ на предмет признания гражданина недееспособным удвоилось, а по сравнению с 1994 г. выросло в 4 раза. В 2007 г. в целом по России проведено 34 тыс. таких экспертиз. Процент СПЭ, по которым эксперты рекомендуют признать гражданина недееспособным, стабилен и составляет 94 %. В некоторых регионах этот показатель достигает 100 % (Томская область, Республика Тыва, Калмыкия).

Рост числа таких СПЭ ученые ГНЦ ССП им. В. П. Сербского связывают с «оживлением» в последние годы имущественных сделок. При этом признается, что *«лиц, страдающих тяжкими психическими расстройствами, стали чаще признавать недееспособными в качестве превентивной меры, заранее предотвращая совершение имущественных сделок, которые в последствии могут быть признаны недействительными»*.⁴

Такой комментарий экспертами своей собственной статистики является констатацией того факта, что эксперты государственной судебно-психиатрической экспертной службы: а) имеют поверхностное представление об институте недееспособности; б) весьма вольно трактуют задачи, стоящие перед ними; в) отступают от принципов экспертной деятельности; г) подменяют собой функции правоприменителя.

Такая «превентивная» деятельность при отсутствии критичности к ней со стороны суда лишает граж-

данина не только имущественных прав, но и всех иных, в т.ч. права вступить в брак, воспитывать детей, участвовать в выборах, изменять место жительства, выбирать род занятий, самостоятельно обращаться за медицинской, в т.ч. психиатрической, помощью, заключать договор об оказании адвокатских услуг, подавать заявления в суд и др. Попытки гражданина опровергнуть экспертное заключение, представить суду доказательства экспертами «превентивно» пресекаются бездоказательным заключением о невозможности гражданина присутствовать в судебном заседании.

По свидетельству заместителя главврача по экспертизе МКПБ им. Н. А. Алексеева Г. Г. Смирновой, эксперты в основном считают, что делают благо для больного, рекомендуя признать его недееспособным. Они выносят свое заключение, имея в деле, как правило, лишь заявление, в котором психическое расстройство лица заведомо «утяжелено», и определение суда о назначении СПЭ с приложением набора меддокументации. Данные о социальном статусе лица в 90 % дел отсутствуют. Суд выражает недовольство, когда эксперты просят суд «собрать дело».

О том, что вернуться «с того света» унижения и бесправия, у лица, признанного недееспособным, нет никаких шансов, свидетельствует хотя бы тот факт, что экспертной статистикой даже не выделяется позиция о количестве СПЭ по делам о признании лица дееспособным, хотя случаи проведения СПЭ по таким делам известны. Из тех же «превентивных» соображений такого поворота событий эксперты, да и ориентированные на них судьи, просто не допускают.

Опровергается самой экспертной статистикой и степень риска последующего признания сделки, совершенной психически больным лицом, недействительной (ст. 177 ГК РФ). Экспертиз по таким делам почти в 20 раз меньше, чем по делам о недееспособности, и число их за 10-летний период можно считать стабильным (1400 – 1700 в год). Рост отмечился лишь в 2007 г. (2250 экспертиз). Кроме того из этого числа неспособными к совершению сделки признаются лишь менее половины (!) всех подэкспертных (в 2007 г. — 45 %).

В свете Постановления КС экспертам следует пересмотреть свое легкомысленное отношение к последствиям своих заключений о недееспособности гражданина и о невозможности его участия в судебном заседании. Эксперты должны требовать от суда предоставить в их распоряжение недостающие сведения, в частности характеризующие социальный статус лица; исследовать и отражать в заключении не только характер и тяжесть заболевания, но и возможные его последствия для социальной жизни, здоровья, имущественных интересов лица, а также вопрос о том какого рода действия он не может понимать и контролировать. Экспертам следует быть готовыми к неформальному исследованию их заключения, в т.ч. с учас-

⁴ Основные показатели деятельности судебно-психиатрической экспертной службы Российской Федерации в 2007 году: Аналитический обзор/ Под ред. Т. Б. Дмитриевой. — М.: ФГУ «ГНЦ ССП им. В. П. Сербского», Вып. 16. — 2008 — 188 с.

тием других специалистов, в плане достоверности, полноты и профессионального уровня.

В-пятых, Постановление КС касается **органов опеки и попечительства**. Их участие в рассмотрении дела (при том, что суд не всегда надлежащим образом извещает их о судебном заседании) формально. Потенциальный ресурс этих органов не используется. Закон не устанавливает на основе каких критериев представитель органа опеки должен давать свое заключение в суде по делам данной категории. Свою позицию они формируют исключительно на основе заключения СПЭ, считая его по примеру суда основным доказательством. Выход по месту жительства гражданина для выяснения действительно ли он нуждается в опеке, проводится в очень редких случаях. Вопрос о своевременном восстановлении дееспособности органы опеки не контролируют и не инициируют. Лишь в единичных случаях, когда, что называется, запахнет жареным, они способны проявить чудеса активности. И вот уже вслед за ними чудеса профессионализма демонстрируют эксперты, а затем и суд.

Подобное развитие событий имело место в деле П. В. Штукатурова, по поводу жалобы которого было принято вначале Постановление Европейского Суда по правам человека, а затем настоящее Постановление КС. По сведениям от его адвоката Д. Г. Бартењева, органы опеки, узнав о решении ЕСПЧ, подали заявление в суд о признании П. В. Штукатурова дееспособным, ссылаясь на то, что решением ЕСПЧ были установлены нарушения порядка признания его недееспособным. Новая СПЭ дала на этот раз положительное

в отношении него заключение, и суд в апреле 2009 г. признал его дееспособным. Пересматривать прежнее решение суда о недееспособности поэтому уже не имело смысла.

Такой happy end мог, однако, наступить для П. В. Штукатурова значительно раньше — до подачи жалобы в ЕСПЧ, а, скорее всего, уже при очном рассмотрении дела о признании его недееспособным, если бы все участники событий проявили должную профессиональную компетентность.

В-шестых, урок конституционности преподан всем **гражданам**: тем, в отношении кого вопрос об их недееспособности может быть только поставлен, и тем, кто инициирует постановку такого вопроса перед судом; недееспособным гражданам и их опекунам, а также всем иным гражданам, обществу в целом, готовому презреть права человека, у которого имеется (или только предполагается) психическое расстройство.

Но “главные герои” Постановления КС — это, безусловно, недееспособные граждане. Их жалобы, поданные выбранными ими самими представителями, а не их опекунами, признаны КС *допустимыми* (!). Это означает, что недееспособный гражданин вправе обратиться в КС с жалобой на нарушение своих конституционных прав законоположениями, на основе которых судом общей юрисдикции было вынесено решение о признании его недееспособным и тем самым, по сути, об ограничении права, гарантированного ст. 60 Конституции РФ.

Постановление КС требует самостоятельного изучения каждым с карандашом в руках. Проблема, которой оно посвящено, того стоит.

ВСЕМИРНЫЙ КОНГРЕСС
Всемирной Федерации психического здоровья
в сотрудничестве с Обществом превентивной психиатрии
и Греческой психиатрической ассоциацией

РАБОТАТЬ ВМЕСТЕ
НА БЛАГО ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

2 – 6 сентября 2009 г., Афины

www.wmhc2009.com

Клинический анализ судебным психиатрам уже не нужен?

В одном из областных театров случилось ЧП: ведущий актер, А-ко, зарезал двух женщин: одну потому, что она попросила об этом, другую — потому, что оказалась свидетельницей. Никто не мог поверить, что это правда, настолько трудно было представить себе этого человека хладнокровным убийцей. Но эксперты Центра им. Сербского сочли, что А-ко “мог в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими” и, таким образом, совершил это страшное преступление в здравом уме и трезвой памяти.

А-ко работал в театре более 15 лет и был всеобщим любимцем. Он был пластичен, музыкален, обладал огромным сценическим обаянием и пользовался популярностью как у зрителей, так и у общественности города, поскольку охотно участвовал в различных шефских и благотворительных выступлениях. Почти каждую весну, обычно в марте, с А-ко что-то случалось: он становился раздражительным, не хотел работать, без предупреждения куда-то уезжал. Бывали и попытки суицида, и странные непонятные действия вроде публичного обнажения, и агрессия в отношении жены... Несколько раз А-ко серьезно подводил театр, но ему все прощали, поскольку на нем держались многие спектакли, а когда он возвращался, то с энтузиазмом наверстывал упущенное, готов был работать день и ночь.

И вот 18 марта 2008 г. к А-ко подошла в кафе женщина, которая сказала, что хочет уйти из жизни и ищет кого-нибудь, кто согласится помочь ей. А-ко, не раздумывая, отправился к ней домой. Там они немного выпили, женщина делилась с ним горем по недавно умершему мужу и принесла кухонный нож. А-ко нанес ей множество ударов, а обнаружив в соседней комнате другую женщину, несколько раз ударил ножом и ее. Потом, сгреб со стола все, что там лежало, включая огурцы и тарелки, с окровавленным ножом, торчащим из сумки с “награбленным”, выбежал на лестничную площадку. Здесь он столкнулся с сыном хозяйки квартиры, который задержал его.

Было возбуждено уголовное дело по факту убийства и хищения имущества на 14 тысяч рублей. Первые две экспертизы удостоверили реактивную депрессию на происшедшее, и А-ко был отправлен на предварительное лечение.

Последняя экспертиза, проведенная в Государственном Центре социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского по выходе из депрессии, расценила подэкспертного как истерического психопата. Разнообразные серьезные факты его биографии не стали предметом ни клинического, ни психопатологического, ни клинико-психологического анализа.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ СПЕЦИАЛИСТА-ПСИХИАТРА на заключение комплексной судебной психолого-психиатрической комиссии экспертов от 30 марта 2009 г. на А-ко, 1974 г. рожд.

Настоящие разъяснения даны 30 мая 2009 г.
по запросу адвоката Рябининой Татьяны Михайловны

на основании представленных ею ксерокопий:

– заключения комплексной судебной психолого-психиатрической комиссии экспертов ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского от 30 марта 2009 г. № 179 на 14 стр.;

– заключения комплексной судебной психолого-психиатрической комиссии экспертов областной ПБ от 16 мая 2008 г. № 103 на 6 стр.;

– заключения дополнительной стационарной комплексной судебной психолого-психиатрической комиссии экспертов № 227 на 6 стр.;

– постановления о направлении уголовного дела для применения принудительных мер медицинского характера от 24 июня 2008 г. на 33 стр.;

– протокола явки с повинной от 18.03.2008 в 01.00 часов;

– протокола задержания подозреваемого от 18.03.08 в 2.30 часов;

– объяснения А-ко от 18.03.08;

– протокола проверки показаний на месте от 18.03.08, 15.10 – 16.35 часов;

– постановления о привлечении в качестве обвиняемого от 25.05.08,

для ответа на вопрос: являются ли выводы комиссии экспертов № 179 научно обоснованными?

Заключение написано на 14 страницах, из них описательная часть занимает 5 страниц, сомато-неврологический статус — 0,5 стр., психический статус — 2 стр., экспериментально-психологическое исследование — 2 стр., ответы на 7 заданных вопросов — 1,5 стр., остальное — общие данные.

Заключение комплексной судебной психолого-психиатрической комиссии экспертов ГНЦ им. Сербского с самого начала называет себя почему-то “первичной комплексной стационарной судебной психолого-психиатрической экспертизой”, игнорируя, что с 18.04 по 16.05 2008 г. А-ко уже проходил “стационарную комплексную судебную психолого-психиатрическую экспертизу” в областной ПБ. Эксперты ссылаются на эту экспертизу, но не обратили внимание, что она была тоже комплексной психолого-психиатрической.

Повторяя тщательно собранные уже тогда сведения, **эксперты проигнорировали** необходимость учесть и квалифицировать принципиально важные данные, что с 8 до 14 лет у А-ко отмечались состояния с интенсивным страхом смерти, ощущением внешней угрозы, ему казалось, что в квартиру собираются проникнуть убийцы, слышал угрожающие шумы и звуки на лестничной площадке, когда оставался в квартире один, сидел, затаившись, в полной темноте с топором, изучил по каким половицам можно подойти к двери, не скрипнув ими, чтобы заглянуть в глазок. До 16 лет его беспокоил “шум” в ушах, переходящий в “шепот с четкими согласными”. Такого рода психопатологическая симптоматика обычно квалифицируется как аффективно-бредовая, тем более протекающая в типичном, как в данном случае, подростковом возрасте с 8 до 14 лет и частично до 16. Характерно также, что А-ко решительно изменился по характеру: замкнутый в детстве стал очень общительным.

Более того, эксперты **в грубом противоречии** с приводимыми ими в описательной части заключения данными, ограничились клиническим диагнозом истерического расстройства личности, проигнорировав отмечавшиеся с юности в весенние месяцы периоды пониженного настроения с тревогой, беспокойством, бессоницей, апатией либо раздражительностью, с резким упадком сил. Пытался преодолеть это употреблением алкоголя. Эти **выраженные сезонные обострения особенно резко стали отмечаться, начиная с периода обучения в консерватории. В 1999, 2000, 2002, 2003, 2006** и явственным образом, как и прежде, **в марте 2008** года они выражались в аффективном возбуждении смешанного тревожно-дисфорического, переменчивого, дискомфортного характера и сопровождалась фугами, трансами, агрессией, о которых **не всегда и не все помнил**. А-ко в юности дважды бросал учебу и уезжал к бабушке. А потом, будучи ведущим актером театра, членом Художественного совета, в самые ответственные моменты, когда от него зависел спектакль, внезапно уезжал в дру-

гой город, неоднократно на два-три дня, несколько раз на неделю, а один раз на два месяца. Не в состоянии был дать никаких логических объяснений причинам своего отъезда. Так, нехотя рассказал, что когда весной 1999 года после употребления алкоголя очутился в отделении милиции, ничего не помнил, а ему рассказали о его странном поведении, как он в полубожаженном виде стучался кому-то в дверь, ударил сотрудника милиции. Это нельзя списать на простое алкогольное опьянение, так как, как правило, не пьянел и даже много выпив, производил впечатление достаточно трезвого человека, либо становился душой кампании, иногда тянуло “на высоты”, забирался на дерево, на крышу здания цирка, на восьмой этаж строящегося здания.

Ставя диагноз “истерического расстройства личности”, всячески акцентируя многообразные истерические черты подэкспертного, эксперты **полностью игнорируют** тот факт, что **сколь угодно ярко выраженные истерические проявления никогда не исключают любых других психопатологических расстройств, а только зашторивают их**. Они игнорируют очень здравую и вполне адекватную рефлексию подэкспертного, который, переживая чувство вины и стремясь осмыслить происшедшее, объясняет, что давал последовательные показания лишь для того, чтобы “все логически связать, чтобы не было лишних вопросов”. Между тем, именно истерическое расстройство личности в высокой мере располагает к внушающему действию опроса следователя, а депрессивное состояние облегчает и усиливает самообвинительную ноту, чему не противоречит неоднократное прямое отрицание А-ко этого факта. В депрессивном состоянии человек часто свидетельствует против себя, вопреки реальным обстоятельствам. Тяжесть содеянного — двойное убийство — неизбежно вела к жесткому допросу и отношению к обвиняемому с соответствующими действиями. Экспертами никак не комментируется упоминаемая “сломанная челюсть”.

Вызывает удивление **полное отсутствие клинико-психологического и клиничко-психопатологического анализа самого двойного убийства, его полной бессмысленности, нелепости**, отсутствие или явная искусственность мотивировки, множественность ножевых ранений (не менее 6 ударов первой жертве, не менее 14 ударов второй, “свидетельнице”), что характерно для действий, совершаемых в измененном состоянии сознания. **Без тени критики и иронии говорится о “хищении”**, хотя из похищенной сумки выпали только огурцы, тарелки, кошелек с 10 рублями, и общий ущерб составил 14 тысяч рублей. Между тем, нелепость убийства, полное отсутствие мотива убийства совершенно незнакомых женщин противоречат этой версии следствия. Описанная картина с клиничко-психопатологической точки зрения более всего соответствует “истерическим сумеркам”, а “воспоминания” о совершенных действиях

легко формируются в результате допроса у высоко внушаемых и самовнушаемых личностей истерического круга. Свидетельства этого мы находим в тексте “явки с повинной”, написанной явно под диктовку, что видно из характерной лексики: “я нанес несколько ножевых ранений, уходя из комнаты, затем проследовал в другую комнату и нанес несколько ножевых ранений другой женщине. О том, что я совершил преступление, я осознавал... Написано без психического и физического воздействия на меня со стороны сотрудников милиции”. Такие личности в высокой мере склонны к высокой пластичности и гиперпродуктивности образной ткани зрительной памяти и, таким образом, к легкому заполнению пробелов памяти правдоподобным в силу смысла целостной ситуации или активно предлагаемым содержанием. Но ни эта и никакие другие версии не обсуждаются, психологический анализ полностью отсутствует, психолог удовлетворяется формальным предъявлением тестов, тогда как в таких делах клинико-психопатологический анализ является ведущим.

Совершенное двойное убийство не выводимо ни из характера и личности подэкспертного, ни из сложившейся жизненной ситуации, ни из их сочетаний (психологическое выведение). Оно не выводимо ни из целей, которые подэкспертный преследовал, ни из ценностей, которые он исповедовал (логическое, социологическое и криминологическое выведение). Учитывая все это, а также то, что придя в себя, он дал тяжелую депрессивную реакцию на совершенное, и что совершенное им резко противоречит решительно всему, что было прежде о нем известно, — наиболее вероятным является **психопатологическое выведение** совершенного им убийства и так называемой кражи.

Однако, диагностическая квалификация экспертами подэкспертного опирается на отдельные фрагменты представленного ими описания — на то, что подэкспертный помнит свои действия в момент убийства, что он повторил их в следственном эксперименте, хотя этот следственный эксперимент проводился уже после того, как сразу сложившаяся естественная версия убийства создала полную и последовательную без разрывов, противоречий и трудных мест картину происшедшего, совершенно не учитывая, что отсутствуют малейшие признаки симуляции и аггравации, так характерные для истерических личностей, а наоборот, присутствует стремление здраво разобраться в происшедшем в депрессивном состоянии, а также игнорируя его профессиональные актерские навыки, связанные с легкой импровизацией любой версии.

Эксперты игнорируют очень серьезную деталь, которая никак не укладывается в их версию и свидетельствует об отсутствии ясного сознания и осмысленного характера действий в момент убийства.

Он помнит, как разоткровенничавшаяся с ним о смерти своего мужа женщина, предложившая ему по-

мочь ей уйти из жизни, пригласила его к себе домой, как она сняла три золотых кольца для имитации ограбления, как он положил их себе в карман, а потом выяснилось, что нет — засунул в носок и потом хромал из-за этого. А-ко не в состоянии понять это свое действие. “Мотивы инкриминируемого деяния внятно и последовательно объяснить не может, по его словам, он сам не понимает, как это произошло, словно это происходило не с ним, а с каким-то другим человеком. Помнит, что пили с женщиной, что она просила избавить ее от жизни, стала гадать. В этот период у него возник какой-то неопределенный страх и злость. Все дальнейшее происходило сумбурно, как в кино. Видел какие-то отрывки своей жизни, чехарду событий”. Не помнит, как звали женщину. О его состоянии свидетельствует еще и такая деталь: из сумки, с которой он выбежал непосредственно после убийства, торчал окровавленный нож.

Экспертов не смущает **явно искусственное вменение следователем кражи**, тогда как эта конструкция ярко демонстрирует искусственность самой попытки слепить нечто непротиворечивое, рационализировать явную нелепость мотива кражи. Здесь, видимо, имела место психическая индукция со стороны женщины, искавшей утешения и не имевшей в виду буквального понимания своего стремления уйти из жизни со стороны А-ко, но вошедшей в роль этой импровизированной сцены, даже принесшей для этого длинный кухонный нож. А-ко же воспринял это буквально и действовал в состоянии суженого и измененного состояния сознания как автомат, запрограммированный на достаточно короткий алгоритм действий, вырванный из широкого контекста реальной жизни.

Эксперты никак не учитывают перенесенное А-ко депрессивное состояние, сам факт возникновения такого состояния, потребовавшего лечения, и характер этой депрессии, когда на тревожно-депрессивном фоне настроения говорил, что “нет мыслей, нет чувств, ничего нет”, “говорил невпопад, зачастую крайне пространно и отвлеченно. Начав беседу с врачом, внезапно замолкает, опустив голову”. Отмечал “мысли о самовозмездии каждые 10 минут”. В больнице долго сохранялись стойкие и выраженные депрессивные проявления. Иногда моторная заторможенность ослаблялась, усиливались беспокойство, тревога, агитация. При назначении антидепрессантов положительной динамики психического состояния долго не наблюдалось. Был подавлен, ни о чем не просил, ничем не интересовался, сохранялась суицидальная настроенность. Отмечал “свист в ушах, переходящий в шепот”.

Психологическое исследование выявило, в частности, ригидность, негативистичность и характерные особенности мышления. “С трудом переключается, склонен к аффективному рассуждательству, речь изобилует усложненным вербальными конструкциями...

В пиктограмме обращает на себя внимание обращение подэкспертного к малозначительным признакам, своеобразию нестандартных ассоциаций”, “актуализация второстепенных и субъективных свойств объектов”. Однако, приводимые данные обесцениваются отсутствием конкретных примеров.

Эксперты не учитывают также высоко значимую для понимания происшедшего, давнюю, с юности, но особенно с 1999 года, **алкоголизацию** подэкспертного, когда он оставил жену с только что родившимся ребенком, непрерывное употребление алкоголя в последнее время (регулярно полбутылки водки и бутылка пива) и значительное количество выпитого А-ко непосредственно накануне убийства (не менее 1,5 бутылки водки и не менее пяти кружек пива, начиная с 17 часов до полуночи). Очевидны проявления эпилептоидного типа алкогольного опьянения.

Со слов его гражданской жены, А-ко “вспыльчивый и очень ревнивый человек, в результате чего они часто то расходились, то сходились, дважды после незначительных ссор он демонстративно совершал суицидальные попытки, попадая в больницы, причем от 5 таблеток феназепама впал в беспамятство, был неопятан мочой в постели, агрессивен, дрался с персоналом, сломал кровать. Был переведен из реанимации в психиатрическую больницу, откуда выписан с диагнозом “декомпенсация психопатии. Эпилепсия?”. Такого рода поведение квалифицируется по Международной классификации болезней 10-ого пересмотра (МКБ-10) как пограничный тип эмоционально-неустойчивого расстройства личности.

Из приведенных данных хорошо видно, что в данном случае необходима дифференциальная диагностика. Можно думать, что в подростковом возрасте А-ко перенес шизофренический шуб, а впоследствии переносил регулярные весенние шизоаффективные обострения. Можно также думать, что у А-ко отмечалось сумеречное состояние со-

знания истеро-эпилептоидного генеза непосредственно в кратковременный момент двойного убийства, связанное с характерным эпилептоидным типом алкогольного опьянения. Несомненно, что фоном при любой из этих диагностических версий было настолько выраженное истеро-неустойчивое расстройство личности, декомпенсированное алкоголем, что даже одного этого фона было достаточно, чтобы возникли истерические сумеречные нарушения сознания, исключающие способность осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. И двойное убийство, и так называемая кража, были совершенно алогичны.

Полная неудовлетворительность квалификации экспертами психопатологических анамнеза и статуса А-ко, ее грубое упрощение за счет полного игнорирования аффективно-бредовой симптоматики в подростковом периоде, регулярных мартовских обострений, возможно, шизоаффективной природы, роли алкоголя в резкой декомпенсации истеро-неустойчивого расстройства личности с истерическим сумеречным расстройством сознания делает научно несостоятельными ответы экспертов на все заданные им вопросы и делает необходимым повторную комплексную судебную психолого-психиатрическую экспертизу в новом составе, в которой бы содержалось обсуждение выдвинутых здесь и других клинико-диагностических версий и полноценное обоснование одной из них на основе анализа всей полноты представленных данных, а не за счет игнорирования многих из них, как в данном заключении. Несомненным является высокий риск агрессивных и аутоагрессивных действий со стороны А-ко и их несомненно болезненный характер и происхождение.

Ю. С. Савенко

Обзор Журнала Американской академии психиатрии и права, № 1, 2009

В. В. Мотов (Тамбов)

Номер открывается редакционной статьей “Правда без последствий: реальность и воспоминания беженцев, спасающихся от преследования”. Автор — частнопрактикующий судебный психиатр из Великобритании Dr. Sameer P. Sarkar. Рассуждая о месте, роли и значении правды в судебной психиатрии, автор вспоминает своих испытуемых — беженцев, переживших чрезвычайное насилие и пытки у себя на родине и ищущих убежища в Великобритании. Пытка — крайнее проявление человеческой агрессии: жертва переполнена страхом, ощущает свою полную беспомощность и унижение. Согласно современным нейробиологическим представлениям, травматические переживания аккумулируются в лимбической системе мозга — системе, управляющей эмоциями. Основной защитный механизм — диссоциация переживаний, т.е. структурированное разделение памяти, эмоций, мыслей, собственной идентичности — компонентов психики, в обычном состоянии интегрированных в целостное “я”. Продуцируемые пытками и жестокостью искажения представлений жертвы о времени и себе приводят к нарушению способности правильно воспроизводить автобиографическую информацию. При этом противоречивость сведений о себе, являющаяся почти нормой для жертв насилия, может восприниматься непрофессионалами как ложь или фабрикация. Как отмечает автор, в Британских руководящих указаниях по вопросам иммиграции говорится: “...противоречия, преувеличения, добавление новых утверждений о жестоком обращении могут подорвать доверие” к показаниям заявителя. Проблема точности воспоминаний становится наиболее актуальной в ситуации, когда ищущий статуса беженца подвергается повторному стрессу, будучи принужден в процессе интенсивных собеседований с сотрудниками иммиграционного ведомства и последующего судебного слушания, вновь и вновь вызывать в памяти пугающие, болезненные, унижительные переживания. По данным функциональных магнитно-резонансных исследований, при оживлении воспоминаний о перенесенной травме, замедляется нейронная активность в тех областях головного мозга, которые имеют отношение к речевой активности, и усиливается в тех, что отвечают за обработку интенсивных эмоций. Herlihy J, Scragg P, Turner S. (2002), обследовавшие косовских и боснийских беженцев, установили, что около 65 % из них меняли детали своих показаний в процес-

се повторных бесед. У лиц с выраженными признаками ПТСР непоследовательность показаний была тем более заметна, чем большим был промежуток времени между первым и последующим интервью.

В разделе “Специальные статьи” находим работу Dr. J. Janofsky “Уменьшая риск суицида у стационарных пациентов: роль человеческого фактора в оптимизации правил наблюдения”. Dr. Jeffrey Janofsky — бывший президент AAPL, клинический профессор психиатрии в медицинской школе Мэрилендского университета и доцент кафедры психиатрии в университете Джонса Хопкинса в Балтиморе. Автор приводит следующие цифры: от 44 000 до 98 000 американцев ежегодно умирают в результате медицинских ошибок, медицинские ошибки занимают восьмое место среди основных причин смерти в американских больницах. Начиная с 1995 г., совместная комиссия по аккредитации медицинских учреждений требует от больниц сообщать о “сигнальных событиях” (sentinel events), среди которых суициды стационарных пациентов занимают второе по частоте встречаемости место. Как указывает автор, значительное число суицидов совершается пациентами, находящимися под каким-либо видом наблюдения. В то же время литература, касающаяся режимов наблюдения, скудна, систематических исследований и научно-обоснованных рекомендаций нет вовсе. Распространено мнение, что медицинские ошибки — результат либо недобросовестности, либо непрофессионализма конкретных медицинских работников. Автор придерживается иной точки зрения: большинство ошибок в сложных системах связано с дефектами самой системы, а потому наиболее эффективный метод их предотвращения — фокусирование усилий на улучшении функционирования всей системы, а не отдельного работника.

Медицинская школа университета Джонса Хопкинса на протяжении многих лет занимает место в первой тройке лучших медицинских учебных заведений США. Отделение психиатрии, где работает автор, практикует два основных вида наблюдения за пациентами: перемежающееся и постоянное. Перемежающееся — заключается в контроле присутствия и безопасности пациента каждые 15 минут. Постоянное наблюдение включает в себя три уровня контроля: 1) пациент постоянно находится в поле зрения персонала, исключая время для туалета; 2) наблюдение осуществляет специально выделенный член медпер-

сонала, который располагается вблизи пациента так, чтобы доступ не затрудняли какие-либо физические препятствия; 3) наблюдающий и его подопечный в течение 24 часов в сутки находятся в достаточно освещенном помещении на расстоянии друг от друга, не превышающем длину вытянутой руки. Подобное интенсивное наблюдение — достаточно редкое событие и поручается исключительно среднему медицинскому персоналу. Осуществляющий его освобождается от всех других обязанностей, ему не разрешается читать, писать или каким-либо иным образом отвлекаться от наблюдения. Он должен находиться рядом с пациентом при выполнении последних гигиенических процедур, посещения туалета. Решение о назначении наблюдения и его уровне принимается врачом после консультации с медсестрой, за которой закреплен данный пациент. Потребность в наблюдении оценивается врачом, по меньшей мере, дважды в день. Дипломированная медицинская сестра также оценивает необходимый уровень наблюдения за пациентом, как минимум, дважды за смену (продолжительность сестринской смены 8 часов). При возникновении неотложной ситуации любой представитель медицинского персонала отделения может инициировать наблюдение или повысить его уровень самостоятельно, но лишь врач имеет право понизить уровень или отменить наблюдение.

В результате тщательного анализа процесса наблюдения специально сформированной рабочей группой в нем были выделены 42 элемента и идентифицирована 91 потенциально возможная ошибка. Установлено, что наиболее опасные из ошибок могут возникнуть в результате нарушения взаимодействия между врачами, медсестрами и лицами, осуществляющими наблюдение, отвлечения наблюдающего для выполнения иных обязанностей, недооценки наблюдающим важности информации об изменении состояния пациента, недостаточного качества контакта наблюдателя с наблюдаемым, недостаточного уровня взаимодействия наблюдающего с другим медперсоналом, неясно сформулированных функциональных обязанностей наблюдающего. Принятые администрацией решения были направлены на улучшение процесса взаимодействия и распределения обязанностей в системе: медсестра — наблюдающий — врач, разработку стандартизованных форм для документации сведений о поведении пациента, его изменениях, мерах по нормализации поведения и их результатах. В частности, в начале каждой смены медицинская сестра совместно с наблюдающим просматривает лист помощи пациенту, включающий в себя информацию о назначенном уровне наблюдения, поведении пациента, алгоритме действий наблюдающего при оказании помощи пациенту, ситуациях, при которых наблюдающему следует обращаться к дежурной медсестре, а также предписание в отношении положения двери в ванную комнату в палате пациента (открыта или закрыта). Медицинская сестра, с учетом полученной от наблюдающего информации, вносит необходимые изменения в лист помощи пациенту в конце

каждой смены. Врач, вместе с другими входящими в лечебную группу специалистами, дважды в день проверяет соответствие уровня наблюдения психическому состоянию пациента.

Как указывает автор, важный вопрос, на который пока что нет ответа — когда следует назначать тот или иной уровень наблюдения. Больной с психотической депрессией, высказывающий врачу не только намерение покончить с собой, но и конкретный план действий для достижения этой цели, конечно, нуждается в постоянном наблюдении того или иного уровня. Значительно труднее принять адекватное решение в отношении пациента со средним уровнем суицидального риска, или того, у кого ранее регистрировался высокий уровень опасности для себя, но к настоящему времени отмечено существенное улучшение состояния. В таких случаях приходится принимать решение, полагаясь целиком на клиническую оценку, поскольку нет ни согласия в профессиональной среде, ни обоснованных научных данных. Анализ режимов наблюдения в отделении, в котором работает автор, показал, что наиболее серьезные ошибки возникают при нарушении коммуникации между медицинскими работниками, а также в процессе передачи информации о состоянии пациента от одной смены медперсоналу к другой. В других психиатрических отделениях могут быть получены иные результаты. По мнению автора, лишь обобщая опыт работы различных учреждений, можно достичь профессионального согласия относительно того, какой режим наблюдения является наиболее эффективным в данное время для данного пациента.

Статья сопровождается изящно написанным комментарием (автор — директор института права и психиатрии в университетском колледже права в Цинциннати Dr. Douglas Mossman), цитату из которого хочу привести: “Умом врачи могут понимать, что “человеку свойственно ошибаться”, но мы не распространяем эту формулу на нашу профессиональную деятельность. Профессиональное становление врачей направляется идеалом — практикой, свободной от ошибок, из чего следует, что хорошие врачи должны быть, фактически, непогрешимы. Легалистическое мышление и самокритика привели врачей к убеждению, что медицинская ошибка — результат небрежности. Часто коллеги идут [по пути “персонализации” ошибок] еще дальше, делая вывод (сознательно или бессознательно), что медицинские ошибки — отражение личностных изъянов.

Последствия медицинских ошибок иногда трагичны... Реакция и в юридической, и медицинской среде — найти и наказать конкретных виновников. Хотя такая реакция понятна, в конечном счете, она контрпродуктивна. Современная медицинская практика сложна, и сегодня мы, наблюдая за тем, как совершенствуются меры безопасности в других системах с высоким уровнем риска, понимаем, что страх, упреки и наказания приводят не к повышению безопасности, а, скорее, к формированию защитной реакции, скрытности и огромным человеческим страданиям и боли. Науч-

ные исследования убедительно показывают, что в сложных системах безопасность зависит не от проповедей и наставлений, а от продуманности модели оснащения, адекватности рабочего задания, систем помощи и организации трудового процесса. Если мы действительно хотим более безопасной медицинской помощи, мы должны будем создать более безопасную систему такой помощи”.

В разделе “Регулярные статьи” помещена работа, касающаяся судебно-психиатрической оценки стрессовых реакций в результате расовой дискриминации (Robert T. Carter, PhD and Jessica M. Forsyth, MA, EdM) и комментариев к ней (Glenn H. Miller, MD); статья о проблемах, связанных с лечением стимуляторами заключенных с признаками гиперактивного расстройства с дефицитом внимания (Kenneth L. Appelbaum, MD) и комментарий, в котором автор (Kathryn A. Burns, MD, MPH) приводит, как минимум, десяток причин для ограничения подобного лечения; публикация с результатами исследования насилия и зависимости от наркотиков среди женщин, участвующих в лечебных программах по снижению уровня насилия в отношениях между гетеросексуальными интимными партнерами (Peggilee Wupperman et al).

В этом же разделе находим статью исследователей из Нидерландов (Erik J. Giltay, MD, PhD and Louis J. G. Gooren, MD, PhD) “Возможные побочные эффекты лечения сексуальных правонарушителей методом андрогенной депривации”.

Как отмечают авторы, у мужчин, отбывающих наказание за совершение сексуальных преступлений, повышенный уровень тестостерона в плазме коррелирует с более инвазивными сексуальными действиями и увеличивает вероятность рецидива. Значительная редукция уровня тестостерона ведет к снижению сексуального интереса, сексуальной возбудимости и интенсивности сексуальных фантазий. Андрогенная депривация рассматривается как один из возможных способов повышения контроля сексуальных импульсов у сексуальных правонарушителей. Тестостерон, рассматривавшийся ранее исключительно в качестве полового гормона, оказывает, как это следует из результатов многочисленных исследований, разнообразное действие на взрослого мужчину: адекватный его уровень необходим для поддержания нормального состояния костной ткани, метаболических процессов, эмоционального тонуса, эритропоэза, деятельности сальных желез и ряда других функций. Среди осложнений андрогенной депривационной терапии описаны остеопороз, увеличение массы тела, накопление висцеральных жировых отложений, изменение толерантности к глюкозе, дислипидемия, эмоциональные расстройства. Некоторые из перечисленных нарушений, комбинируясь, формируют картину метаболического синдрома, подобного тому, что возникает при лечении рядом психотропных препаратов. Авторы обращают внимание на важность профилактики и контроля побочных эффектов андрогенной депривации.

“Уверенность эксперта и личность присяжного: их влияние на доверие [присяжного к заключению экс-

перта] и убедительность [экспертных показаний для присяжных] в суде” — довольно замысловато звучащее в русском переводе название еще одной статьи данного раздела не уменьшает значимости ее содержания. Авторы: Robert J. Cramer, MA, Stanley L. Brodsky, PhD and Jamie DeCoster, PhD. В первой части статьи авторы дают отличное описание современного состояния американских исследований, касающихся (а) идентификации факторов, влияющих на убедительность экспертной презентации; (б) связи уровня внутренней уверенности эксперта в себе с уровнем доверия к нему со стороны присяжных; в) влияния личностных характеристик присяжных на степень их доверия к показаниям эксперта. Я более подробно остановлюсь именно на этой части статьи поскольку, по моему мнению, тема представляет значительный потенциальный интерес для российских судебных психиатров.

Доверие, как отмечают авторы, — многогранная концепция, включающая в себя такие компоненты (но не ограничивающаяся ими), как достоверность, профессионализм и способность вызывать симпатию. В исследовании Vossaccini and Brodsky (2002), потенциальные присяжные воспринимали в качестве заслуживавших наибольшего доверия тех экспертов, которые проживали в той же местности, что и опрошенные, занимались психотерапевтической практикой, ранее выступали в качестве экспертов как стороны обвинения, так и защиты, и не получали платы за свою работу в суде. По мнению Guthel (2000), компоненты внушающих доверие экспертных показаний включают в себя “визуализацию” презентации (диаграммы, таблицы и т.д.), использование экспертом описательного стиля изложения, адаптацию языка эксперта к уровню понимания присяжных, избегание прямой критики показаний эксперта противоположной стороны. По данным Cole and McCroskey (2003), степень доверия к говорящему обратно пропорциональна как вербальной агрессивности, так и неуверенности в процессе общения, при этом люди с медленным темпом речи, в отличие от быстро говорящих, воспринимались (исследование проводилось в сфере, не относящейся к судебной психиатрии) как более спокойные, невозмутимые, надежные и честные. Как отмечают Brodsky, Slovenko (1999), уверенность эксперта в себе оказывает влияние на присяжных. Эксперты с низким уровнем уверенности проявляют вербальные и невербальные признаки нервозности (дрожание голоса, чрезмерная фиксация взгляда и ряд др.) Манера речи эксперта также имеет отношение к степени доверия присяжных к его словам. O’Barr (1982) выделил “впечатляющую” (powerful) и “не впечатляющую” (powerless) речь. “Впечатляющая” речь рассматривается как производное высокого социального статуса и отражает высокий уровень уверенности в себе, “не впечатляющая” — как выражение более низкого статуса и недостаточной уверенности эксперта. Кроме того, присяжные в учебном судебном процессе оценивали экспертов обоего пола с “впечатляющей”

речью как более правдивых, сведущих и вызывающих доверие, в сравнении с теми, чья речь была “не впечатляющей”. O’Bagh также идентифицировал речь формальную (*formal speech*) и гиперкорректную (*hypercorrect speech*). Формальная речь характеризуется использованием легко понятных словесных конструкции, избеганием профессионального жаргона, люди в ней часто называются по именам. Гиперкорректная отличается педантичным подбором слов, обилием “технических” терминов, обезличиванием (“клиент” вместо имени). В учебном судебном процессе присяжные оценивали экспертов как более убедительных, знающих, квалифицированных и умных в тех случаях, когда последние использовали формальный стиль речи. По мнению авторов, гиперкорректная речь может свидетельствовать о чрезмерной самоуверенности и высокомерии, тогда как формальный стиль — отражает адекватный уровень уверенности эксперта в себе. Rogers, Bagby, Crouch, et al (1990), показали, что умеренный уровень уверенности эксперта в себе оказывает большее влияние на присяжных в учебном судебном процессе, чем более высокий или более низкий. В то же время, по данным Champagne, Shuman and Whitaker (1991), судьи и адвокаты, в отличие от присяжных, предпочитают очень уверенных в себе экспертов, дающих четкие и определенные заключения. Личностные характеристики присяжных могут играть заметную роль в процессе оценки ими доказательств. В исследованиях Rotenberg, Hewlett and Siegart (1998), Pederson (1997), было отмечено наличие прямой связи между экстравертированностью присяжных и изменением решения жюри после группового обсуждения в пользу истца в гражданских делах. Согласно Marcus, Lyons and Guyton (2000), присяжные с высоким показателем открытости новому опыту менее подвержены влиянию других членов жюри, а с высоким показателем добросовестности — более. Между тем исследование Krishnamurthy (1987), проводившееся вне области судебной психиатрии (200 студентов вузов в Индии), дало противоположные результаты, выявив прямую связь между открытостью и доверием к новой информацией. По мнению авторов, возможное объяснение противоречия — использование в последнем случае более узкого смыслового содержания термина “открытость”.

Авторы, проведя собственное исследование с участием 317 студентов-психологов одного из университетов на юго-востоке США (студентам предлагалось выразить уровень доверия к экспертам после просмотра видеозаписей экспертных показаний), пришли к выводу, что степень уверенности эксперта в себе не имеет прямой связи со степенью доверия к нему, что означает, что наиболее эффективный эксперт может не быть наиболее уверенным в себе. Авторами идентифицированы следующие вербальные и невербальные факторы, повышающие убедительность экспертной презентации и поддающиеся улучшению в процессе подготовки эксперта к выступлению в суде: твердый голос, ясность речи, плавный, умеренный ее темп, повествовательный стиль, готовность признать

не “абсолютную”, но “разумную” достоверность своих выводов, хорошая осанка, сдержанность, уравновешенность, устойчивый зрительный контакт, внимание к вопросам, ответы по существу вопроса, адекватная организация информации, относящейся к образованию и профессиональной подготовке эксперта.

В разделе “Анализ и комментарии” помещены статьи, посвященные проблемам, вытекающим из существующей в США практики лицензирования врачей (автор — Geoff Neimark, MD), судебно-психиатрической оценке симулятивного поведения (Sanford L. Drob, PhD, Kevin B. Meehan, PhD and Shari E. Waxman, EdM), а также суицидам у ветеранов военной службы, находящихся в местах лишения свободы (Hal S. Wortzel, MD, Ingrid A. Binswanger, MD, MPH, C. Alan Anderson, MD and Lawrence E. Adler, MD), и комментарий Linda K. Frisman, PhD and Felicia Griffin-Fennell, PhD.

Завершает номер юридический дайджест и обзор недавно вышедших монографий по психиатрии и праву.

Особо отметим помещенную в разделе “Биография” статью преподавателя психиатрии и права в медицинской школе Гарвардского университета Dr. N. Norris о нынешнем президенте AAPL (Американской академии психиатрии и права) Dr. Patricia R. Recupero. Dr. Recupero — клинический профессор психиатрии в медицинской школе одного из Ivy League — университетов (Brown University) и первая женщина-президент AAPL, имеющая и юридическое, и психиатрическое образование. Она также первая женщина-директор Butler Hospital — известной частной психиатрической больницы, основанной 162 года назад “отцом” Американской психиатрической ассоциации Dr. Isaac Ray. Научные интересы Dr. Recupero сосредоточены на таких темах, как повышение качества и безопасности психиатрической помощи и судебно-психиатрической практики; влияние интернета и электронных технологий на психиатрию, образование и этику; проблемы насилия и жестокости в школе, гражданские права психиатрических пациентов. Она активно публикуется в профессиональных журналах. Ею написаны две главы в недавно изданном (2008 г.) Руководстве по госпитальной психиатрии под редакцией Sharfstein SS, Dickerson FB, Oldham JM. Среди ее увлечений — гольф, книги и итальянская опера (в особенности ценит “Тоску” Пуччини, где главная героиня “живет так, как она того хочет и защищает то, во что сама верит”).

Делегация Независимой психиатрической ассоциации России на 162 съезде Американской психиатрической ассоциации (Сан-Франциско, 16–21 мая 2009 г.) в ходе встреч с ключевыми фигурами АПА имела возможность познакомиться с Dr. Recupero и обсудить ряд вопросов, представляющих взаимный интерес, в том числе, касающихся публикаций по судебной психиатрии в Журнале Американской академии психиатрии и права и Независимом психиатрическом журнале.

Психические нарушения при опосредованной психотерапии больных алкоголизмом

А. Ю. Магалиф

Известно, что лечение больных алкогольной зависимостью должно проводиться комплексно, т.е. соответствовать факторам, определяющим патогенез этого сложного заболевания: биологическому, клиническому, психологическому, социальному. В итоге основные усилия сводятся к достижению прекращения больным употребления алкоголя. В практике в рамках биологического воздействия используется большой ассортимент медикаментозных средств на различных этапах заболевания и в зависимости от его клинической картины. В то же время среди них крайне мало лекарств, которые специфически воздействуют на основное проявление болезни — влечение к алкогольному опьянению. Несмотря на огромные усилия, в течение последних 60 лет фармакологии удалось передать в практику только 4 специфических препарата (дисульфирам, цианамид, налтрексон, акампросад), имеющих устойчивое применение в мировой наркологии. Поэтому традиционно ведущая роль в лечении больных алкоголизмом отведена психотерапии.

В течение многих лет в нашей стране в психотерапевтической практике используются методики, обозначаемые в целом как **эмоционально-стрессовые, опосредованные, “радикальные”**. Общим для всех этих методик является подавление разных видов патологического влечения за счет формирования у пациентов стойкого опасения неминуемого возникновения нарушений функционирования организма (вплоть до тяжелых) в случае реализации влечения. В отличие от длительных, курсовых методик лечения, проводящихся иногда многие месяцы и годы, опосредованная психотерапия по современным взглядам может быть отнесена к интервенционным методам. Ее преимущество заключается в кратковременности терапевтического воздействия, широком охвате наркологического контингента и достаточно большой результативности. Как и любая психотерапия, эмоционально-стрессовая не свободна от побочных расстройств. Ее техника может значительно модифицироваться, сохраняя преимущественно базовые названия. Однако в погоне за эффектом новизны знакомые методики часто настолько видоизменяются, что становятся трудно узнаваемыми. Это не может изменить их сущности. При бли-

жайшем рассмотрении всегда выявляется главное: жесткий запрет реализации влечения подкрепленный внушением разнообразных нарушений здоровья в случае “срыва”. В связи с этим и внушенные врачом расстройства, возникшие в случае невыполнения запрета, и побочные эффекты по существу являются универсальными для всех вариантов опосредованной психотерапии.

В настоящем сообщении описываются функциональные расстройства, возникающие при лечении больных алкоголизмом после введения им медикаментозного комплекса “Торпедо”, имплантации препарата “Эспераль” и плацебо, “кодирования” по Довженко и модифицированных его вариантов. Клинические данные базируются на изучении более двух тысяч больных алкоголизмом, подвергнувшихся указанному лечению амбулаторно и в специализированных стационарах.

Все встречающиеся расстройства разделены на 2 группы. В первой группе указаны нарушения, распространяющиеся на функции различных систем организма, которые возникают в ответ на употребление алкоголя в период, установленный лечебным воздействием, и являются, таким образом, внушенными, ятрогенными.

Вторую группу составляют функциональные нарушения, возникающие непосредственно после проведенных лечебных воздействий на фоне воздержания от употребления алкоголя. Поэтому их можно рассматривать как побочные действия и осложнения самой терапии.

В первой группе все расстройства можно в целом квалифицировать как острые тревожно-депрессивно-ипохондрические реакции и состояния. Их выраженность обычно зависела от особенностей личности пациентов, степени их внушаемости, интенсивности эмоционально-стрессового воздействия. Они колебались от некоторой тревожности на фоне различных неприятных ощущений в теле до тревожно-ипохондрического раптуса со страхом за свою жизнь, расстройствами восприятия, функциональными парезами. Определенное значение для клинической картины имели суггестивная подготовка больного перед лечебным воздействием и ощущения, которые он ис-

пытывал во время сеанса. Так, например, обычно перед имплантацией препарата “Эспераль”, его плацебо или при введении в различные части тела растворов “Торпедо”¹ делался акцент на преимущественно сердечно-сосудистой патологии в случае употребления спиртного (возможность возникновения инфаркта, инсульта, остановки сердца и пр.). Соответственно после употребления алкоголя преимущественно развивались расстройства со стороны сердечно-сосудистой системы. При “кодировании” по Довженко, где воздействие осуществлялось в области головы и говорилось о влиянии на мозг, чаще возникали функциональные нарушения нервной системы. При введении лекарственных смесей с так называемой провокацией, когда у больного специально вызывается задержка дыхания в ответ на прием ничтожных доз спирта, впоследствии во время алкогольного “срыва” тоже появлялась задержка дыхания, страх остановки сердца, иногда потеря сознания. Употребление алкоголя после внутривенно введенного “Торпедо” с ощущением жара, “удара” в голову, а также на фоне имплантированного препарата “Эспераль” приводило к расстройствам, часто напоминающим состояние при алкоголь-дисульфирамовых пробах. Вскоре после употребления алкоголя возникали покраснение лица и шеи, учащенное сердцебиение, неприятные ощущения в груди, одышка. Иногда это сопровождалось повышением артериального давления, обильным потоотделением, судорожным сведением рук.

Во всех случаях появлялась тревога, страх смерти, стремление немедленно получить медицинскую помощь. У одного больного к указанным расстройствам присоединилось помрачение сознания с почти полной амнезией трех дней пребывания в больнице, куда он был доставлен машиной скорой помощи. Другой больной (начальник охраны в крупной фирме) на дежурстве во время приема гостей вместо воды выпил разносимое вино. Возникло жжение в области груди, острый страх смерти, и он бросился, расталкивая гостей, в туалет промывать желудок.

Сравнение указанных расстройств, возникающих после имплантации препарата “Эспераль”, его плацебо и “Торпедо”, показало их клиническую идентичность и единую невротическую природу. Из этого исходит оказание помощи таким больным. Достаточно было сделать инъекцию “успокоительного” препарата (1 мл феназепама или 2 мл реланиума, или даже физраствора), сказав, что произведена нейтрализация введенного ранее антиалкогольного средства, и больному сразу же становилось лучше. Естественно, что для установления диагноза требовался соответствующий анамнез, а также отчетливый невротический характер симптоматики: преобладание аффективных

расстройств, расплывчатость жалоб, отсутствие типичной локализации ощущений и объективных признаков конкретной болезни. Как правило, описанные расстройства возникали у больных однократно. Последующие приемы спиртного или вообще не сопровождались такими нарушениями, или выраженность их была значительно меньше.

Более разнообразная клиническая картина функциональных расстройств наблюдалась при употреблении алкоголя после процедуры “кодирования”. Обычно при подготовке к сеансу врач или прямо, или намеками предупреждал больных о возможных серьезных нарушениях со стороны нервной системы в случае употребления алкоголя. Для усиления суггестии при проведении групповой психотерапии пациентам демонстрировались обратившиеся за помощью “закодированные” больные, у которых после употребления алкоголя возникли выраженные неврологические функциональные расстройства (невозможность самостоятельно передвигаться из-за слабости в ногах, расстройства кожной чувствительности, неясность сознания, разнообразные паретические расстройства в конечностях). В качестве яркого примера приводим следующее наблюдение.

Больной Б., 47 лет, квалифицированный рабочий. Высокий, физически крепкий, общительный, несколько мнительный в отношении своего здоровья. Много лет страдает алкоголизмом, пьет запоями до 7–8 дней с редкими приемами пищи. Толерантность к этанолу — около 2-х литров водки в день. Был “кодирован” с оговоренным сроком воздержания от употребления алкоголя на 3 года. На протяжении года влечения к опьянению не испытывал, спокойно находился в кругу выпивающих приятелей, любил сам разливать им спиртное. Однажды попал в ситуацию, где не мог отказаться от приема спиртного. Выпил 150 мл водки. Спустя нескольких минут закружилась голова, стал задыхаться, весь покрылся потом, свело руки, потерял сознание. Скорой помощью был стационаризован в реанимационное отделение с подозрением на инсульт. С этим же диагнозом три недели лечился в отделении неврологии. Весь этот период прошел “как в тумане”. После выписки постоянно ощущал слабость во всем теле, особенно слева, озноб, потливость. Очень плохо спал, засыпал только под утро. Ощущал пелену перед глазами, голову как будто туго стянули. Настроение было подавленным, тревожным, резко снизился аппетит, похудел. Все время испытывал тягу к опьянению, пытаясь с его помощью избавиться от плохого состояния. Неоднократно выпивал, но алкоголь теперь оказывал совсем иное действие: исчезла эйфория, вместо нее сразу возникало оглушение, резкая сонливость. Пьянел от небольших доз, на следующий день состояние еще больше ухудшалось. Примерно через месяц после появления этих расстройств обратился в клинику.

¹ В последние годы методика “Торпедо” нередко обозначается термином “кодирование”, что не совсем правильно.

При осмотре: с трудом передвигается, плечи опущены, выражение лица тревожное, жалкое. Медленно садится, еще медленнее встает, опираясь о стол. При ходьбе слегка приволакивает левую ногу, пальцы левой руки не может сжать в кулак. Резко положительная проба Ромберга, промахивания при пальце-носовой пробе, грубый интенционный тремор, больше слева, тремор пальцев вытянутых рук. Кожные покровы влажные, на всей левой половине тела снижена чувствительность. Временами возникает озноб, стучит зубами. Тахикардия, учащенное дыхание.

После “раскодирования”, продолжавшегося около 5 минут, состояние резко улучшилось: “Как будто все сползло”. Уже спустя нескольких минут выпрямился, стал нормально передвигаться, восстановилась мышечная сила и чувствительность, исчезли тремор, потливость, тахикардия, повеселел. Необычайно удивлен переменой: “Как колдовство”. На протяжении нескольких последующих недель состояние продолжало улучшаться. Пошел на работу. Не пил. Кадамнез не известен.

Как видно из приведенного наблюдения, все остро развившиеся расстройства имели истерическую природу с выраженными конверсиями. В их основе была заложенная врачом при “кодировании” уверенность в том, что употребление алкоголя вызовет именно неврологические расстройства — паралич.

Похожие симптомы с разной степенью выраженности и в различных сочетаниях возникали и в других случаях. В отличие от реакций на прием алкоголя после введения “Торпедо”, имплантации препарата эспераль, где преобладали функциональные сердечно-сосудистые расстройства, при “кодировании” наблюдались нарушения центральной и периферической нервной системы. Почти всегда возникали расстройства настроения, сна, сенсорики. Больные говорили, что живут как в тумане, что утром ощущение как будто не спал, жаловались на слабость, вялость, невозможность сосредоточиться. Болевые ощущения чаще локализовались в области головы, однако, бывали и в различных областях тела, в конечностях. Характерен был сенестопатический оттенок алгий: мигрирующие боли, ломота, “выкручивание” суставов, онемение различных участков тела.

Вегетативные расстройства обычно были в виде повышенного потоотделения, тахикардии, неопределенных болей в области желудка и кишечнике, рвоты. В редких случаях рвота возникала в течение многих дней, по несколько раз в день.

Острые расстройства иногда хронифицировались и продолжались длительное время, симулируя различные висцеральные заболевания. Природа этих нарушений становится ясной тогда, когда больные, пройдя многочисленные исследования и курсы лечения, обращались к врачам, проводившим “кодирование”. После “раскодирования” все указанные жалобы

исчезали. В качестве примера приводим следующее наблюдение.

Больной К., 47 лет, плотник. Женат, двое детей. Хороший специалист, любит похвалиться своей работой, которую выполняет творчески. Пьет запоями более 10 лет примерно раз в месяц. После очередного запоя прошел стандартное лечение в наркологическом отделении, которое завершилось модифицированной методикой “кодирования” по Довженко. Во время сеанса было внушено, что при срыве могут возникнуть расстройства нервной системы, которые отрицательно скажутся на работе всего организма. Определен срок воздержания от алкоголя в 3 года. В течение полутора лет алкоголь не употреблял, активно работал, влечения к опьянению не испытывал. На свадьбе родственника решил выпить — было очень неудобно отказаться. Вначале пил очень осторожно, прислушиваясь к ощущениям. Потом осмелел и выпил 250 мл водки. Эйфории не почувствовал, наоборот, ощутил некую раздвоенность — все время была мысль: “Зачем я это делаю?”. На следующий день возникло сильное желание выпить. Выпил сразу 500 мл водки, и начался запой. Пил неделю, почти ничего не ел. В конце запоя началась сильная рвота и боли в области желудка. Через 3 дня острая фаза абстинентного синдрома редуцировалась, вышел на работу, однако боли в области желудка остались. Боли были почти постоянные, не связанные с приемом пищи. Настроение снизилось, все время думал об алкогольном срыве, ощущал вялость и слабость. Решил, что возможно заболел раком желудка и начал обследоваться. Все обследования не обнаружили явной патологии, и врачи посоветовали щадящую диету. Боли в целом стихли и перешли в неприятные, неопределенные ощущения в эпигастральной области. Тщательно соблюдал диету, при каждом удобном случае вел разговоры о болезнях желудка. Во время работы делал большие перерывы, избегал поднимать тяжести. Снова стал регулярно выпивать, ссылаясь на то, что хирурги якобы советуют пить водку при язвах желудка. Действительно, во время опьянения неприятные ощущения стихали, но после вытрезвления усиливались. Так прошло больше полугода. Снова решил закодироваться, однако теперь выбрал введение “Торпедо”. Выпивать перестал — не хотелось, но неприятные ощущения в области желудка продолжались. Однажды терапевт, к которому он в очередной раз обратился, посоветовал ему проконсультироваться у психиатра. Пришел к врачу, который когда-то проводил ему “кодирование”. Дифференциальный диагноз был между маскированной депрессией и, что казалось маловероятным, хронифицированной вегетативной реакцией на “срыв кода”. Было проведено “раскодирование”. Сразу же после сеанса больной почувствовал успокоение, прилив сил, стал глубоко дышать. Боли в эпигастрии исчезли. Был поражен внезапно наступившим хорошим самочувствием. Однако, от предложенного повторно-

го “кодирования” категорически отказался под предлогом того, что ему введено “Торпедо”.

Как и в приведенном примере, при появлении функциональных расстройств в результате употребления алкоголя на после “кодирования” больные часто пытались устранить их спиртным. Действительно, не резко выраженные расстройства постепенно затухали, а больные и их родственники решали, что “такое кодирование” им не помогает. В других случаях попытки “раскодироваться” с помощью алкоголя приводили к утяжелению пьянства, сокращению интервалов между запоями и изменению клинической картины опьянения: исчезала эйфория, возникало отупляющее действие алкоголя с возбуждением и последующим тяжелым сном.

В редких случаях появлялись грубые изменения поведения, напоминающие клинику патологического опьянения. Так, один больной, филолог, скромный человек, выпив после кодирования, стал возбужденным, в магазине, отнял бутылку водки у покупателя, затеял с ним драку и нанес ему серьезную травму головы. Впоследствии ничего не помнил, но был отдан под суд за хулиганство. Другой, больной 20 лет, на следующий день после “срыва кодирования” устроил разгром в парикмахерской и нанес травмы мастерам. Впоследствии объяснял это тем, что был как в тумане. Самый тяжелый случай был описан в письме жены больного, прошедшего кодирование с помощью модифицированной методики Довженко. Он лечился под давлением жены. Через 2 недели начал пить. Сразу же возник самый тяжелый запой из всех предыдущих. Стал очень агрессивен. Запер жену с маленьким ребенком в деревянном доме и поджег его, а сам пытался повеситься в бане. На крики жены сбегались соседи, освободили ее и ребенка и предотвратили самоубийство мужа. Ключевым моментом в этом случае можно считать нежелание больного лечиться вообще, а, возможно, особенно с помощью “кодирования”.

Иногда при срыве “кода” наблюдалось неадекватное поведение, не соответствующее обычному опьянению, но скорее напоминающее поступки психически больного. Так, один больной, выпив небольшую дозу спиртного, разделся почти догола и побежал по железнодорожному пути, другой, не имея совсем познаний в электронике, в опьянении разобрал до винтика телевизор, заявив, что хочет отрегулировать цвет.

Во избежание серьезных расстройств, возникающих при нарушении запрета приема алкоголя с помощью опосредованной психотерапии, при ее подготовке больных предупреждали о том, что в таких случаях следует обязательно обратиться к врачу для проведения “раскодирования”.

В отличие от перечисленных функциональных расстройств, являющихся в значительной степени ятрогенными, предопределенными, нередко после проведенных сеансов опосредованной психотерапии на-

блюдались также функциональные, но клинически совершенно иные состояния. Условно их можно разбить на 2 группы.

В первой группе преобладали изменения в поведении и настроении. В основном это была постоянная раздражительность с оттенком дисфории. Больные вели себя демонстративно: подчеркнуто много работали, упрекали других в бездельи, становились жадными, мелочными, придирчивыми. Часто они были нетерпимы к употреблению спиртного другими, заставляли своих родственников или сотрудников тоже “закодироваться”. Иногда, наоборот, больным доставляло удовольствие спаивать своих товарищей, разливать спиртное, злорадно наблюдать нарастание опьянения у них. Бывало, что родственники этих больных, уставшие от изменившегося поведения, придирчивости, скандальности по пустякам, просили их “раскодироваться”.

Противоположное поведение получило бытовое название “зомби”. Вскоре после проведенного сеанса больные становились вялыми, безынициативными, монотонными. Родственники называли их телятами на веревке: куда скажут, туда и пойдут, что-нибудь сделают и сидят. Это резко контрастировало с их прежним обликом, когда они были оживленными, активными, общительными. Поведение таких больных часто напоминало апатическую депрессию с астенией и сенестопатическими включениями. В качестве примера приводим следующее наблюдение.

Больной Н., 51 год, рабочий. Обычно спокойный, работающий, не любил сидеть без дела, охотно брался за разную работу. Патологических расстройств настроения не отмечалось. Более 10 лет пил запоями. Периодически возникали спонтанные ремиссии, длившиеся до 3 месяцев. Было проведено “кодирование” модифицированной методикой Довженко. Через 10 дней после работы появилось чувство разбитости, вялости. По утрам ощущал “как будто избит палками”, при ходьбе была вялость в ногах, покалывание в пятках. Дома большую часть времени лежал; половая активность снизилась: “не хотелось”, но сон и аппетит оставались прежними. Суточных колебаний настроения не было. К алкоголю все время испытывал безразличие, но запах перегара был очень неприятен, вызывал усиление разбитости. Через 4 месяца такого состояния по совету врача стал принимать азафен до 200 мг в сутки, пиразидол до 200 мг в сутки, реланиум до 20 мг в сутки, но все без эффекта. В отпуске чувствовал себя лучше — можно было лежать, загорать, но при выходе на работу все возобновилось. Решил, что это из-за близкого контакта с выпивающими. Так прошло 8 месяцев. В конце концов сам связал это состояние с “кодированием” и пришел к врачу для “снятия кода”.

При осмотре внешне спокоен, приветлив, улыбается. В моторике, мимике, тембре голоса выявить признаки депрессии не удается. Тягу к алкогольному

опьянению полностью отрицает. Жалуется на постоянную слабость, разбитость, потерю интересов. Особенно беспокоит отсутствие работоспособности: “Раньше был на работе как зверь, а теперь еле-еле дорабатываю до обеда”. Связывает это состояние с кодированием, категорически настаивает на “раскодировании”. Сразу же после сеанса “раскодирования” преобразился — расправил плечи, подтянулся. С удовольствием демонстрирует мышечную силу, говорит, что как будто обновился.

Через 2 месяца сообщил о своем хорошем самочувствии, однако вскоре возник запой.

Как и в приведенном наблюдении, у многих больных после “кодирования” наблюдалась клиническая картина, сходная с апатической или невротической депрессией. Больные постоянно чувствовали себя “не в своей тарелке”, не знали, чем им заняться, раздражались по мелочам, ворчали, избегали посещать праздничные застолья вместе с родственниками, почти все свободное время проводили у телевизора.

У других больных вместо вялости доминировали суетливость, хаотичность поведения, своеобразное опасение куда-то опоздать, что-то не успеть сделать.

Относительно часто у больных, прошедших одну из указанных методик лечения, вскоре развивалось тревожное состояние, напоминающее острую клаустрофобию. Многие ощущали себя так, как будто перед ними захлопнулась дверь, и хотели немедленно выпить. Для этого они либо рисковали, употребляя алкоголь, либо настаивали на “раскодировании”.

Во второй группе возникали различные функциональные психосоматические расстройства. Чаще всего наблюдались сексуальные проблемы у мужчин, в основном в виде временного или стойкого, иногда многолетнего снижения сексуального влечения. К другим расстройствам, можно было отнести потерю аппетита или, наоборот, обжорство, постоянную жажду, резкую потерю веса. Один пациент астенического телосложения после трех “кодирований” каждый раз в течение месяца терял в весе около 15 кг, сохраняя при этом нормальный аппетит. Некоторые пациенты сразу же после сеанса жаловались на резкую слабость, у других возникали различные алгии. Локализация болей была весьма разнообразна. Почти всегда они мигрировали и имели сенестопатический оттенок. Обычно больные не могли их конкретно описать. Боли возникали в области головы, в ногах и суставах. Один из пациентов жаловался на боли в каждом, даже самом маленьком суставе. Малейшее движение было очень болезненным. Иногда болезненные ощущения были довольно вычурны, например, ощущение мурашек и покалываний по всему телу. Прием лекарств обычно не приносил облегчения. Зато раскодирование устраняло все перечисленные расстройства практически мгновенно.

Частоту возникновения всех перечисленных расстройств было очень сложно определить. Во-первых,

сеансы этой терапии проводятся обычно однократно, после чего связь пациента с врачом прерывается. Во-вторых, не все больные сразу же обнаруживают у себя эти расстройства. При небольшой их выраженности многие как бы сживаются с ними, объясняют их разными обстоятельствами и могут вообще не обратиться к врачу. Наконец, некоторые нарушения постепенно проходят. По приблизительным подсчетам побочные расстройства возникают в пределах 5–10 % от общего числа проведенных подобных психотерапевтических сеансов. Однако, учитывая широкое распространение таких методик, абсолютное число побочных расстройств и осложнений видимо весьма велико.

Психологические механизмы этих клинических феноменов изучены еще недостаточно. По-видимому, во время сеансов эмоционально-стрессового воздействия включается механизм вытеснения, переводящий влечение к алкоголю в бессознательное. В качестве своеобразного замка, подсознательного запрета, препятствующего актуализации и осознанию влечения к алкоголю, используется угроза тяжелых осложнений со стороны здоровья в случае употребления спиртного. Чем жестче проведенная методика, чем более внушаем пациент, тем прочнее запрет.

Этическая сторона таких методик обычно оправдывается тем, что патологическое влечение к алкоголю не контролируется сознанием и волевыми стимулами. Обычно все барьеры, контрмотивы, препятствующие употреблению спиртного, у больных алкоголизмом, даже у весьма волевых людей, как известно, не работают.

По З. Фрейду энергия вытесненного в бессознательное влечения сохраняется там и может трансформироваться в другие формы психической энергии, а соответственно, в другие формы не всегда адекватной деятельности, например, в стяжательство, паранойяльную активность. Она может формировать психопато- и неврозоподобные, истеро-ипохондрические комплексы, которые и деформируют личность во время алкогольной ремиссии, возникшей после “кодирования”. Вместе с вытесненным влечением к алкоголю вытесняется и такое мощное влечение, как сексуальное. Это особенно ярко проявляется в тех случаях, где употребление алкоголя тесно связано с сексуальными контактами.

То же самое можно отметить и при потере активности, интересов после проведенного “кодирования”. Многолетнее употребление алкоголя как универсального патологического адаптогена создает многогранную связь личности с алкогольными ритуалами и самим опьянением. Резкое, внезапное исчезновение этого фактора вызывает выраженную аспонтанность, ангедонию, способствует возникновению неприспособленности к социальным запросам. Вытеснение влечения к алкоголю в этих случаях действительно

происходит, потому что больные почти всегда отрицают желание выпить.

При нарушении внешнего запрета и сознательном употреблении алкоголя возникает мощный внутриличностный конфликт, приводящий к острым и подострым невротическим реакциям, проявляющимся в перечисленных выше расстройствах. Их клиническая картина может соответствовать конкретным, названным врачом последствиям нарушения режима трезвости.

Важно отметить, что частота и выраженность подобных расстройств зависят от глубины критического отношения пациента к своему недугу и стойкого желания излечиться. Нередко решение отказаться от спиртного, появившееся после тяжелого запоя или под воздействием внешних причин, на момент проведения сеанса психотерапии ослабевает. Тогда полного вытеснения влечения в бессознательное не происходит, но сохраняется опасение внешнего наказания за употребление алкоголя. Это приводит к постоянному чувству психологического дискомфорта и поиску доказательств того, что настоящего наказания не последует.

Вместе с запретом обычно внушается и срок, во время которого этот запрет будет действовать: несколько месяцев или лет. Можно предположить, что в этих случаях число, определяющее длительность запрета, и является тем самым таинственным “кодом”. Это подтверждается интересными клиническими наблюдениями, демонстрирующими процесс постепенной актуализации влечения по истечении установленного срока, а также существование некоего подсознательного “таймера”, отсчитывающего это время. По механизму, описанному З. Фрейдом, влечение (в данном случае к опьянению) из бессознательного переходит в предсознательное, а потому еще не осознается и отрицается больным. При приближении окончания “кодирования” неожиданно возникают “алкогольные” сновидения, появляется интерес к разговорам на темы, связанные со спиртным, к продаваемым алкогольным напиткам. Вновь, как и вначале ремиссии, у больных возникает раздражительность при виде пьющих людей, однако теперь они с удовольствием посещают застолья. В их поведении появляются суетливость, нетерпеливость, иногда повышенное настроение с алкогольными шутками. Со стороны ощущается, что внутри у них идет некая борьба. При этом больные категорически отрицают влечение к спиртному и даже раздражаются, если им об этом говорят. Вскоре возникает рецидив.

Подобные закономерности наблюдаются и в тех случаях, когда не проводятся эмоционально-стрессо-

вые методики, а больные, критически относящиеся к алкоголизму, сами дают себе установку на прекращение употребления спиртного. Какое-то время они, действительно, не испытывают влечения к алкоголю, однако затем их поведение заметно меняется: появляются суетливость, нетерпеливость, что для родственников свидетельствует о приближении рецидива. На прямой вопрос о том, хочется ли им выпить, больные с раздражением отрицают это. Затем наступает рецидив заболевания.

Таким образом, знание клиники и механизмов появления побочных явлений и осложнений, возникающих в процессе проведения опосредованной психотерапии больных алкоголизмом, имеет для современной наркологической практики большое значение. Массовое и порой огульное использование этого вида психотерапии нередко не только не способствует избавлению больных от болезненного влечения к опьянению, но приводит к ухудшению качества их жизни. Наш опыт позволил при подготовке больных к проведению опосредованной психотерапии дать следующие рекомендации.

1. Если алкоголизм протекает в виде практически ежедневного пьянства, безремиссионно, то в большинстве случаев следует рекомендовать превентивную медикаментозную терапию в течение нескольких дней, направленную на устранение большинства абстинентных расстройств.

2. Не рекомендуется использовать жесткие формы “кодирования”, а также “Торпедо” с так называемой провокацией сразу же после обрыва запоя. В этих случаях могут развиваться выраженные побочные эффекты во время самого сеанса лечения или сразу же после него.

3. Рекомендуется обсудить с больным сроки внешнего запрета на употребление алкоголя и принять во внимание только его мнение, т.к. весьма часто на пациента оказывают давление его родственники, требуя от него максимально продолжительного воздержания. После этого у больных, внутренне не готовых к таким срокам, может возникнуть описанное выше тревожное расстройство, напоминающее клаустрофобию.

4. Рекомендуется подробно информировать больного о том, что ему предпринять в случае даже однократного употребления алкоголя, а также при появлении необычного для него психологического или соматического состояния, возникшего непосредственно после проведенного сеанса опосредованной психотерапии.

ПСИХОТЕРАПИЯ

Состояния спонтанности в психотерапии¹

А. М. Бурно

Уважаемые коллеги! Я хотел бы остановиться на тех, быть может, не совсем обыденных состояниях человеческой души, которые можно было бы назвать “переживаниями спонтанности”. Состояния эти интересны не только сами по себе, опыт таких переживаний может играть важную психотерапевтическую роль.

К этим состояниям можно отнести следующие переживания:

- вдохновение при создании творческих произведений;
- влюбленность (по крайней мере, некоторые виды влюбленности);
- азарт игры или борьбы;
- некоторые формы религиозного опыта;
- состояния активного взаимодействия с окружающим на основе выработанных автоматизмов: спортивные игры, танцы, вождение автомобиля, хоровое пение, игра на музыкальных инструментах в ансамбле и т.д.

К этим естественным состояниям спонтанности примыкают состояния искусственно созданной спонтанности:

- переживания в гипнотическом состоянии (причем, как в сомнамбулической, так и в деперсонализационной форме);
- химические состояния спонтанности: легкое алкогольное или наркотическое опьянение.

Толковый словарь определяет спонтанный процесс как “вызванный не внешними воздействиями, а внутренними причинами, самопроизвольный. К вышеперечисленным состояниям это определение подходит в нескольких смыслах, тесно между собою связанных.

Первая особенность этих состояний — это то, что во всех этих состояниях совершается (или может совершаться) продуктивная душевная или душевно-физическая работа, но при этом отсутствует ощущение волевого усилия. Пушкинское “...минута, и стихи свободно потекут...” хорошо иллюстрирует этот момент. Стихи рождаются свободно, как бы сами собой. Поэт не вызывает этот поток усилием воли. Его “Я” как бы само находится в этом потоке.

Эту же особенность можно проследить и на примере более прозаических переживаний. Многие автолюбители уверенно заявляют, что вождение автомобиля не связано с каким-либо напряжением. Особенно очевидно это тогда, когда водитель как бы наблюдает за своим вождением со стороны. Эту сложную деятельность (включающую обгоны, пропускания, перестраивания, повороты и остановки) часто действительно можно отстраненно созерцать, следить за ней так, как можно следить за независимым от воли процессом дыхания. Некоторые автолюбители, которых я опрашивал, употребляли выражение “в этот момент у меня все под контролем”, но “контролирование” это опять же происходило без усилий и ощущения каких-либо энергетических затрат.

Вторая особенность, свойственная состояниям спонтанности — это стирание субъективной разницы между произвольными и непроизвольными действиями. Для примера приведу переживания пациента на психотерапевтической группе, проводимой по методике первого занятия Терапия Творческим Самовыражением. Пациентам показывались пары слайдов, и предлагалось как бы “воспринять эти слайды всей душой”, сосредоточиться на своих ощущениях и выбрать тот слайд, который более созвучен. Вот самоотчет пациента: “Я помню, что по мере того, как я все глубже, как Вы говорили “брал слайды в душу”, мне все яснее становился мой выбор, и в то же время я чувствовал, что выбирает не мое сознательное “я”, с которым я привык отождествлять свою волю, и которое я считал руководителем своей активности, я чувствовал, что выбор идет из глубин, о которых я мало, что знал. К тому же я ощущал, что этот выбор попросту не может быть другим, настолько властны были эти глубины. Выбор этот совершался сам собой и в то же время был моим собственным. Силы, которые его осуществляли, не были мне чуждыми или противными моей воле. Выражаясь поэтически и парадоксально, можно сказать, что выбирал я, но выбирал сердцем, которому не прикажешь!”

Третий момент, характерный для состояния спонтанности заключается в том, что в этих переживаниях становится весьма относительным различие между внутренним и внешним. Так, во время танца хороший партнер, конечно, воспринимает движения партнеров

¹ Доклад на XIV Консторумских чтениях.

и свои реакции на них. Но воспринимается все это скорее как единый процесс, единый “полет души”, где отделить причину от следствия можно лишь абстрактно. Между движениями других участников танца и действиями конкретного танцора нет временного зазора, нет ощущения выбора или тем более колебания. Скорее можно говорить о слаженном функционировании единой системы, включающей в себя и самого танцора, и других танцоров, и музыку, и сценарий движения, и особенности сцены, и многое другое.

Похожее переживание мы находим у следующего пациента. Пациент тревожно-сомневающегося склада попал в ситуацию, где люди подобного рода становятся как бы стеничными. Это была ситуация выбора без выбора, в которой, к тому же задевались святые для этого человека чувства. Руководством финансовой структуры, в которой он работал, он был поставлен в ситуацию жесткой конкуренции с начальником соседнего отдела. Кто-то из них должен был доказать свое право на существование, свою полезность фирме, и по результатам этой борьбы руководство собиралось один из отделов закрыть. Пациент наш никак не мог отказаться от этой борьбы, поскольку на тот момент никак не мог позволить себе уйти с работы, и к тому же считал политику, которую проводил в своем отделе, “своим детищем” и “делом своей жизни”. Вот как он описывает свои переживания: “Во время этого противостояния я удивлялся самому себе. У меня не было обычной и привычной для меня тревоги и колебаний. Я чувствовал абсолютную покорность судьбе, но это никак не мешало мне действовать, внутреннее принятие любого исхода никак не мешало тем сложным активным действиям, которые я тогда предпринимал. Я чувствовал, что просто не могу поступать по-другому, что в этой ситуации у меня не может быть выбора и это странным образом придавало мне сил. Человек мирный и где-то даже трусливый, я вел себя весьма отважно и даже агрессивно, что, кстати, весьма удивляло моего визави. Я видел, что и он не может вести себя по-другому, то есть получалось, что мы оба подчинялись чему-то неодолимому, вроде судьбы. Мне не было тревожно, потому что я ощущал за спиной эту судьбу. И он, наверное, чувствовал нечто подобное. В то же время мы не были марионетками, мы играли активные роли. Мы как бы подчинялись логике танца, который танцевали. И у меня было чувство полета и включенности в мир, и законности моего существования независимо от исхода событий. Это был один из самых настоящих моментов в моей жизни”.

Здесь мы, вероятно, подходим к самому важному. Обобщая все предыдущее можно сказать, что в состоянии спонтанности всегда присутствует ощущение не-отдельности, не-отделенности испытывающего это состояние от того, что больше, сильнее, шире и глобальнее его самого.

Чтобы яснее высветить то, что имею в виду, нужно сказать несколько слов о неспонтанном, обычном состоянии человека. В этом обыденном состоянии, в котором большинство из нас находится большую часть времени, мы ощущаем себя принципиально отдельными от окружающего мира. Такое чувство отделенности в первую очередь связано с ощущением себя в качестве “независимого деятеля”, в качестве сущности, способной к самоопределению. В обычном состоянии большинство из нас склонны считать свои поступки результатом “свободного выбора”, к которому мы, якобы, способны. Блейлер в своем учебнике психиатрии пишет, что когда мы называем кого-то негодяем, мы понимаем, что свою натуру он не сам выбрал, а она есть следствие строения его мозга. Но когда Блейлер говорит “мы”, он имеет в виду психиатров, причем таких психиатров, у которых их научное мировоззрение не расходится с житейским. На самом же деле большинство людей, называя кого-то негодяем, подразумевают, что свое “негодяйство” этот человек, хотя бы отчасти, выбирает “сам”, что он как-то в происхождении этого негодяйства участвует, а значит, ответственен за него. Точно также, когда мы виним себя за что-нибудь, мы предполагаем, что могли бы в той же самой ситуации вести себя по-другому, то есть, что наши действия не были полностью причинно обусловлены. Мы считаем, что между причинами наших поступков и самими поступками был как бы момент свободы, в котором мы могли принять решение следовать этим причинам или не следовать. То есть могли самоопределиваться из самих себя, а не из внешних нашему “Я” факторов. Именно это ощущение возможности такого независимого самоопределения и формирует чувство отделенности человека от всего остального мира. Считая, что вещи и события причинно обусловлены, мы отказываем в этой обусловленности самим себе и этим самым противопоставляем себя природе. Мы становимся существами абсолютно эксклюзивными, принципиально иными, чем что-либо другое в мире. Человек таким образом безжалостно выдергивается из мироздания, безжалостно становится вне Целого.

И теперь, возвращаясь к состояниям спонтанности, можно сказать, что это те состояния, в которых ощущения отдельности-отделенности от целого по каким-то причинам перестают существовать. По выражению А. Уотса исчезает ощущение “разрыва между эго и миром” и субъективная, внутренняя жизнь воспринимается “неотделимо от всего остального — от всей совокупности переживаний в потоке природных событий.” Реальность с большой буквы, сопричастность к которой или включенность в которую чувствует тогда человек, может называться разными людьми по-разному, например, Тотальность, Космос, Божественный промысел, Благодать, Тайна, Природа, Поток жизни и т.д. Эта реальность может ощущаться как материальная или как идеальная, как имманент-

ная чувственному миру или как трансцендентная ему. Она может ощущаться как личность или как безличный Абсолют. Человек может ощущать растворение и потерю себя в этом Целом или просто единство с ним. Интерпретация этой высшей Реальности будет зависеть от характерологических особенностей и от культурных установок. Когда ап. Павел говорит “Уже не я живу, а живет во мне Христос”, а пламенный материалист вдохновенно утверждает, что его “Я” — это “все-го лишь” потрескивание нейронов — с психологической стороны в их переживаниях есть общее, а именно ощущение нераздельности “меня” и того, что “меня” бесконечно превосходит. И в том, и в другом случае человек не изолирован, он не является самовольным деятелем, “свободной сущностью”, подвешенной в пустоте самоопределения. Он действует не сам. Чтобы он не делал, в нем действует То, по отношению к чему, он является лишь частью.

Какое же отношение все это имеет к психотерапии? Дело в том, что с точки зрения естественнонаучного подхода к человеку, а также с точки зрения дифференцированной когнитивной терапии, старающейся последовательно проводить в психотерапевтическую практику этот подход — с этой точки зрения человек *всегда* находится в неразрывном единстве с Целым. Всегда, даже тогда, когда этого не чувствует, и даже тогда, когда чувствует и думает по-другому. На том простом основании, что как и все в этом мире он полностью и без остатка подчиняется закону причинности, а значит, каждое мгновение

своего существования включен в сети вселенских взаимосвязей и взаимозависимостей. Ему только кажется, что он может противостоять Целому или нарушать его законы. Как говорит Спиноза: “Законы Бога не таковы, чтобы их можно было нарушить”.

Конечная задача психотерапевтического подхода, который я представляю, как раз состоит в том, чтобы помочь человеку сформировать мироощущение “не-отдельности”. Состояния спонтанности оказывают в этом процессе неоценимую помощь, потому, что позволяют не только понять, но и прочувствовать “не-отдельность”.

Терапевтический смысл такого мироощущения в том, что оно, прежде всего, сводит на нет чувства вины и обиды (кстати говоря, вместе с гордостью). А вклад этих переживаний в человеческие проблемы трудно переоценить. Кроме того, мироощущение “не-отдельности” нередко преобразует страдание как таковое. Оно не уменьшает страдание, страдание, к сожалению, такая же часть мира, как и радость. Но оно, если так можно сказать, очищает страдание и делает его естественным. Потому, что устраняет страдание по поводу страдания. Ведь одно дело ощущать свою боль как не должную, ненормальную, ненужную, и совсем другое дело ощущать ее как необходимое действие той же самой Силы, которая также необходимо дает мне радость, той же самой Силы, которая когда-то породила и когда-то уничтожит меня самого, как одно из своих многочисленных проявлений.

61-й институт психиатрической службы —
Американская психиатрическая ассоциация

РАСЦВЕТ И РУТИНА: БОЛЬШЕ ИННОВАЦИЙ В ЛЕЧЕНИИ

8 – 11 октября 2009 г., Нью-Йорк

www.psych.org/IPS

Нозоцентризм и нормоцентризм, синдром и целостный поведенческий акт в психиатрии*

(Некоторые актуальные вопросы психиатрии и психотерапии)

И. С. Павлов

Сейчас в психиатрии доминирующий подход — нозоцентризм, то есть исходная позиция — болезнь, и специалисты в своем подходе идут от болезни, а важно идти и от нормы, то есть нормоцентрический подход.

Любое развитие всегда неравномерно-поступательное, тем более в такой наисложнейшей области медицины как психиатрия, а есть фазы накопления новых данных, которые на определенном уровне развития перерастают себя и порождают новый импульс развития. По этому поводу не без основания Ю. Л. Нуллер пишет: “Однако именно теоретические представления, даже ошибочные стимулировали развитие научной психиатрии”. Так что даже малейшее изменение ракурса проблемы может дать дополнительный толчок развития, углубить первоначальный подход.

Как известно, абсолютной истины нет, есть только относительные, и развитие науки идет путем приближения к сущности психических расстройств, то есть болезней, и на их основании осуществляется поиск более эффективных методов лечения.

Как вулканическая деятельность сигнализирует, раскрывает процессы, происходящие в глубинах земной поверхности, так и психопатологические феномены сигнализируют о процессах, происходящих в центральной нервной системе и вырванных патологическими факторами из общего контекста нормальной психической деятельности. Так, например, те механизмы, которые участвуют в порождении чувства реальности, веры в реальность, убежденность, но вырванные из контекста нормы, кристаллизуют бред, компенсаторная реакция на дезинтеграцию психической деятельности порождает бред величия, а он продуцирует один из путей формирования бреда преследования.

Поэтому в психиатрии важно и полезно встречное движение нозоцентризма и нормоцентризма, то есть важно идти и от нормы. Это особенно наглядно, например, при рассмотрении аффективной патологии и, в частности, лечения депрессивных расстройств. Часто специалисты, занимающиеся лечением этой патологии, строя свою тактику лечения депрессий, забывают о первоначальной роли настроения в жизни человека. Это подтвердили наши опросы около 150 врачей — психиатров, наркологов, психотерапевтов, меди-

цинских психологов о роли настроения в жизни человека. Они отвечали: “Важную”, “ведущую”, “человек живет настроением”, “настроение это жизнь”. А ведь это не праздный вопрос, а механизм восстановления первоначальных основ нормального функционирования эмоциональной сферы в целом, нацеливания больного на нормализацию этой сферы, психической интенсификации действия антидепрессантов.

На актуальность психотерапии при лечении депрессивных расстройств указывает и С. Н. Мосолов: “Согласно статистическим данным, даже при тяжелых эндогенных психозах присоединение к психофармакотерапии адекватной психотерапии повышает общий эффект на 20 – 30 %. Чтобы добиться этого результата, достаточно 2 – 3 собеседования с несколькими больными и их родственниками, при которых в доступной им форме обсуждаются цели и задачи лечения, действия и побочные эффекты препаратов. Проведение психообразовательной работы в дополнение к лечению психотропными средствами в течение года за счет повышения комплаентности оптимизируют эффективность терапии до 30 %”.

Нами разработаны и предложены на основе нормоцентризма более глубокая, действенная тактика и конкретное содержание психотерапевтической работы с депрессивными больными на фоне психофармакологии и разъяснительной работы в отношении нее. По Хайдеггеру настроение (состояние) является действительным глубочайшим общечеловеческим способом бытия. Но нужно помнить, что настроение не только общечеловеческий способ бытия, но и, прежде всего, индикатор реального положения дел (благополучие, неблагополучие). И уже в силу этого является общечеловеческим способом бытия.

Настроение дано человеку, чтобы с его помощью он мог ориентироваться в окружающем мире и самом себе, в своем положении в этом мире, не затрачивая при этом много времени, сил и энергии на сознательную оценку всего этого. Но бывают случаи, когда настроение не отражает реального положения дел и нельзя полностью уповать на настроение, а следует опираться на оценку своего положения, анализируя реальность, и напрямую игнорируя настроение, оценивать действительность. Просто умом надо осознавать, что все это в жизни есть, даже если не чувствуется сейчас в силу определенной патологии, также как и водитель-дальтоник часто ориентируется по положению фонарей светофора, у которого верхний

* Печатается в авторской редакции.

— красный, средний — желтый, нижний — зеленый, запоминает сложные знаки (отдельные фонари). Больному важно попытаться посмотреть на мир глазами других людей, которые не в депрессии.

Бывают случаи, когда настроение не отражает реального положения дел, является артефактом, как сломанный спидометр, который не отражает реальную скорость. Да, действительно, настроение дано природой как результирующая оценка реального положения дел, как внешних, так и внутренних. В этом сущность болезни, и на фоне лечения антидепрессантами надо восстанавливать эти механизмы и психотерапевтически.

Лечение депрессии это не только нормализация настроения как такового, но и восстановление адекватности эмоционального реагирования на реальность, реальное положение вещей, то есть восстановление реальной способности формировать характер своего настроения от своего самочувствия, характера внешних событий, окружающих больного. Самочувствие и настроение не всегда совпадают по характеру направленности. Самочувствие может быть хорошим, а настроение из-за некоторых факторов плохим.

Важна способность человека настраиваться на определенный эмоциональный лад (энтузиазм, воодушевление, юмор, печаль и т.д.) по своему произвольному желанию через желания, воображение, воспоминания.

Важно учитывать фактор культивирования через телевидение завышенной претензии к своему самочувствию, настроению, так называемый “одесский стиль” мирозерцания, восприятия обыденности.

Культурный фактор играет немаловажную роль в реакции людей на характер и претензии к своему настроению. Например, приятность веселья самого по себе, без повода, от обыденных событий, от факта бытия, от ритмических танцев. В некоторых случаях депрессивное состояние воспринимается как естество, данность экзистенции, и больные не обращаются за помощью, состояние страдания для них — стиль жизни, так дано свыше.

Мало, недостаточно изучены уровни произвольного психологического регулирования настроения в жизни людей, не страдающих депрессией, и сравнения на этой основе с механизмом больных депрессией.

Мы рассматриваем раздражительность и агрессивность больных депрессией, что раньше часто замалчивалось, как способ (механизм) прервать хотя бы на время депрессивное состояние, заменив его раздражительностью, агрессивностью. Важно учитывать это при терапии депрессий.

Сила “Я”. Важно учитывать не упоминаемый в настоящее время в психиатрии такой важный фактор как сила “Я”. Статья Ф. В. Бассина “О силе Я” и “психологической защите”, опубликованная в журнале “Вопросы философии” № 2 за 1969 год, не утратила своей актуальности, и рассмотрение этих вопросов

может существенно углубить понимание сущности патологии психозов, психогенности и их терапии в целом.

Как указано в статье, понятие “сила Я” было введено З. Фрейдом как в высшей степени важный психологический фактор, от которого в первую очередь зависит успех всякой психотерапии, в том числе психотерапии психоаналитической. По мнению Балинта, успех любой психотерапии настолько зависит от “силы Я”, что в некоторых случаях необходима предварительная работа по повышению “силы Я”, лишь после чего целесообразно дальнейшее вмешательство.

Обобщив понятие “силы Я”, Ф. В. Бассин пишет: “сила Я” определяется мерой способности целенаправленно регулировать действия в условиях невозможности удовлетворения влечения нарастающей силы”. “Я” — это посредник между интимными неосознанными влечениями и внешней средой, который осуществляет функцию “синтеза” этих влечений и внешних требований.

Укреплению “силы Я” способствует доминирование внешних ситуационных требований, учет контекста ситуации, реализация принципа реальности. Здесь важно при редукции острого психотического состояния, в ремиссии применения гештальттерапии, целью которой является не завершение любого гештальта, то есть намерения, а возникновение только адекватной ситуации, ее контексту намерений, желаний. Апелляция к “Я” взрослого при проведении трансактного анализа; тренировка произвольного внимания в технике аутогенной тренировки. Получение в какой-то мере власти над эмоциями, настроениями, характером интеллектуальной и волевой деятельности в процессе проведения психосинтеза через механизм разотождествления. Актуализация ценностей, которые влияют на реальное поведение больного, доминирование реальности в чистом виде, но не того, как она воспринимается, интерпретируется больным. Закрепление всего этого как обыденных способностей больного в состоянии гипноза.

Неудовлетворенность врачей, родственников больных и самих больных результатами лечения психических форм расстройств вызывает динамика негативной (минус) симптоматики. Общеизвестно и общепринято положение о том, что за положительной симптоматикой предательски прячется минус симптоматика, что отчетливо проявляется после подавления, редукции продуктивной симптоматики. Прогрессирование негативной симптоматики определяет динамику личностного изменения (оскудение психической деятельности, тенденция эмоционального оскудения, снижение жизненного тонуса, нарастание астенической симптоматики и т.д.). Часто эти изменения прячутся за модным названием — синдром хронической усталости. Возможно, в феномене проявления и нарастания резистентности в большом процентном отношении играет роль не резистентность в

прямом смысле этого слова, а в большей мере ареактивность, то есть отсутствие должной специфической реакции на психофармакологическое воздействие, обусловленное нарастанием изменений в ЦНС, а симптомы, оставшиеся не тронутыми в процессе развития болезни и воздействия психофармакологии, дают картину патоморфоза.

К сожалению, начальные последствия негативных проявлений диагностируются не всегда вследствие большего внимания к лечению и редукции позитивной симптоматики, а негативная не редко усиливает впечатления редукции позитивных расстройств (“стали спокойнее”, “меньше вмешиваются в жизнь членов семьи” и т.д.).

Психиатры часто упускают из своей лечебной деятельности сведения из нейробиологии психозов, а ведь терапевтическая нацеленность на коррекцию, профилактику дальнейшего развития этих изменений могут претендовать на роль “практических помощников клинической психиатрии.” Ведь в нашей нейроморфологии сформировалось представление о том, что патологический процесс, характеризующий шизофрению, можно определить как энцефалопатию, выраженную диффузно-дистрофическими изменениями, токсико-гипоксическими явлениями (стр. 163 “Руководство по психиатрии” т. 1. 1983 г.). Специфическая терапия этой энцефалопатии может помочь уменьшить проградентность, а то и перевести болезнь в малопроградентную форму течения, но к сожалению, ни в одном из руководств по психиатрии не уделяют внимания этой возможности, даже в последнем руководстве 2007 г.

Конечно, есть статьи на эту тему, например, о применении идебенона (производство в нашей стране под названием “нобен”) при лечении психических нарушений ограниченной этиологии (В. Н. Краснов в соавт.) и в клинике алкоголизма (А. Г. Гофман), но нет публикаций о применении этого нейрометаболического церебропротектора в клинике шизофрении с целью воздействия на негативную симптоматику. Между тем этот препарат воздействует на митохондрии, эти энергетические котлы нейронов, и даже кардиологи применяют этот препарат, но только под другими названиями (“кудесан”).

Для купирования острого психотического состояния применяются нейролептики, которые воздействуют литически на дофаминовые, адреналовые, холиновые и другие структуры, но они не способствуют редукции негативной симптоматики, хотя и активируют, истощая нервную систему, способствуя нейролептическим расстройствам, усугубляя энцефалопатические проявления. Часто проявления резистентности к нейролептикам являются в какой-то степени фактором ареактивности мозговых структур к этим нейролептикам в результате их истощения.

После купирования острой симптоматики обедняется, снижается психический уровень функциониро-

вания, и его нужно восстанавливать. В тактике лечения негативной симптоматики важно уделять внимание фактору воздействия на такую мозговую структуру как ретикулярная формация, которая “оказывает специфическое активирующее воздействие на кору больших полушарий” (Мегун, П. К. Анохин, 1958 г.). Она вместе с гипоталамической системой определяет “биологическое качество целостной деятельности мозга, участвуя в формировании мотивационно-эмоционального поведения животных и человека”. В настоящее время есть холиномиметик центрального действия, который с успехом используется неврологами, оказывает многогранное воздействие на ЦНС и что самое главное — активирует ретикулярную формацию (РФ), не вызывает возбуждения и в то же время нормализует психические функции.

К сожалению, пока мы знаем лишь единичные случаи применения “церетона” (центральный холиномиметик, производимый отечественной фирмой “Сотекс” в соответствии с европейскими стандартами GMP, намного дешевле зарубежных аналогов) показал положительное влияние на больных. Привожу названия этих фирм для того, чтобы показать, как активно работают неврологи с фирмами, преследуя свои лечебные интересы. На симпозиуме по “Церетону”, организованном фирмой “Сотекс”, присутствовали в основном неврологи, а среди психиатров — лишь по одному из московских психиатрических больниц № 13 и № 15, а также один представитель Центра социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского. На последнем симпозиуме по психиатрии проф. В. Н. Краснов (2007 г.) призывал психиатрическое сообщество активно вмешиваться в политику производства лечебных препаратов, используемых в психиатрии. — Неврологи это уже делают.

Нормоцентризм в психиатрии. Э. Кречмер в своем мировоззрении исходил из нормоцентризма. Так он полагал, что у шизоидной личности развивается шизофрения, а у циклотимической — маниакально-депрессивный психоз. Хочется надеяться, что рано или поздно психиатрия достигнет такого уровня развития, что результатом лечения шизофрении станет шизоидная личность, лечения МДП — циклотимная, а лечение смешанных форм заболевания будет приводить к появлению промежуточных личностей. Даже на данном уровне развития науки о психозах, мы имеем право и можем об этом мечтать. О космосе тоже когда-то только мечтали. Мы и сейчас должны исходить в своей терапевтической тактике, понимании расстройств из нормы целостного поведенческого акта.

Структурный анализ. Для дальнейшего проникновения в сущность психических расстройств и их природы важно не только учитывать морфологические изменения ЦНС, особенности функционирования нейромедиаторов, особенности клинических синдромов, но и особенности изменения структуры фун-

кционирования целостных поведенческих актов. Так П. К. Анохин писал “Разве может быть какая-то система организма, например, дающая полезный приспособительный результат, бесструктурной, то есть функционировать без структуры?.. что функциональный принцип выборочной мобилизации структур является доминирующим и, поэтому вполне естественно называть такую систему функциональной.” Патологические расстройства являются фрагментами нормальной психической деятельности вырванными, изолированными патологией из общего контекста нормального функционирования психики. С нашей точки зрения структура поведенческого акта наиболее полно отражена в понятии “функциональная система” П. К. Анохина и изучение особенностей ее нарушений при психических расстройствах (галлюцинации, бред, схизис и т.д.) и сопоставление, анализ их с нормальной деятельностью могла бы помочь и глубже проникнуть во внутреннюю архитектуру системы патологической и дать сравнительную оценку специфических свойств ее внутренних механизмов.

Мы предприняли попытку изучения этих явлений путем моделирования их в сомнамбулической стадии гипноза (внушенные галлюцинации, идеи и т.д.).

В. Е. Рожнов по этому поводу пишет и приводит примеры высказываний других авторов: “Велики, к сожалению, мало использованные возможности ее быть методическим средством при изучении физиологических и психических процессов, происходящих в мозге человека”. О. Фогт — “гипноз — это микроскоп души”. И. Шульц “психическая лейкотомия”. Бони — “только с помощью гипноза можно «произвести вивисекцию души»”. Г. В. Гершуни писал: “Гипноз — ценнейший метод, позволяющий по желанию экспериментатора изменить функциональное состояние высших отделов центральной нервной системы, не нанося при этом никаких повреждений”.

Так, человек, погруженный только в сомнамбулическую стадию гипноза, сохраняет ориентировку в месте, времени и в самом себе. Соответствующими внушениями меняется ориентировка в месте, времени и самом себе. Структурный анализ функциональной системы человека в гипнотическом состоянии показывает, что на стадии афферентного синтеза доминирует внушение, и содержания обстановочной афферентации, памяти включаются или исключаются из содержания афферентного синтеза в зависимости от того, содействуют они характеру внушения или противоречат, — если противоречат, то не включаются.

По аналогии то же самое происходит и при бреде. Разумеется, об этом можно говорить лишь условно, так как в гипнотическом состоянии эти изменения функциональны, обратимы, а при психозах нет. Так как афферентный синтез происходит в нейроне, и “основным условием афферентного синтеза является одновременная встреча всех четырех участников этой стадии функциональной системы” (П. К. Анохин), то

основу психотической патологии следует искать не только и не столько в нейромедиаторах, как это сейчас делают, а в состоянии нейронов. Нейролептики действуют на психотическое состояние в большей степени не на прямую, а косвенно. Можно с большой долей условности сравнить действия внушения с механизмом действия бреда, и допустить, что внушение и бред действуют сразу на формирование результата действия (реальности) и на афферентный синтез, перестраивая все его составляющие, в том числе и обстановочную афферентацию, перестраивая ее или исключая. Как в гипнотическом состоянии, так — можно предположить — и в психотическом, нарушается сопоставление, сличение в акцепторе результатов действия, доминируют внушения, психотические идеи. Если происходит совпадение параметров ожидаемых результатов с параметрами реального действия, то эти реальные действия воспринимаются, и сомнамбула видит их так же, как и в бодрствующем состоянии. Так и психотик видит в рамках нормы то, что вне его патологической сферы. Внушения в гипнотическом состоянии, психотические состояния вовлекают не только вторичные зоны анализатора, на который направлено внушение или патология, но и третичные зоны (зоны перекрытия) и вторичные зоны всех других анализаторов. Наряду с существующими подходами лечения психотических состояний, важно отдельным параграфом выделить воздействие на восстановление негативных расстройств, которые в небольшой степени способствуют инвалидации, что было показано выше. Особенно на стадии реабилитации может много дать структурный подход к восстановлению, нормализации целостных поведенческих актов. Важно вспомнить работы школы А. Р. Лурия в послевоенный период: реабилитацию раненых больных, восстановление утраченных функций. При проведении профилактических и реабилитационных работ мы не просто воздействуем на больного, а восстанавливаем, формируем дефицитарные звенья функциональных систем. Важно восстанавливать способность включения в афферентный синтез обстановочной афферентации, контекста ситуации, в которой действует больной. Через работу с амбивалентностью и амби-тендентностью по восстановлению общепринятого, следует воздействовать на нормализацию функционирования стадии афферентного синтеза. Проводя аналогию акта познания между восприятиями явлений, интактных от психических расстройств, и сферы, затронутой психозом, нужно корректировать параметры реальных результатов, их доминирования на уровне аппарата сличения.

Подход к психопатологии с точки зрения функциональной системы дает возможность предположить механизм лечебного воздействия инсулинотерапии, ЭСТ и т.п. Такого рода воздействие на узловые составляющие этой системы нормализует ее функционирование в целом, особенно на стадии аффективного

синтеза, что позволяет нормализовать доступ к нему всех его составляющих и полноценно участвовать в его деятельности. Важно искать новые модификации такого вида воздействия, но менее травматичные и более эстетически привлекательные.

Стадия афферентного синтеза дает возможность глубже и адекватнее понять феномены амбивалентности, амбигуальности. С точки зрения функциональной системы можно ближе подойти к пониманию природы человеческого “Я”, его самоидентичности, обособленности как целой, завершенной на данный момент единицы, не только на биопсихологическом уровне, но и социальном, то есть на уровне семьи, микросреды, национальности, гражданина страны. П. К. Анохин по этому поводу пишет: “Биосистема даже очень простой иерархии сама, на основе своих внутренних процессов принимает решение о том, какой результата нужен в данный момент ее приспособительной деятельности. Вопрос этой реальности именно в стадии афферентного синтеза”.

По поводу правомерности применения понятия функциональной системы в психиатрии сошлемся на слова автора этого подхода: “все функциональные системы независимы от уровня своей организации, от количества составляющих их компонентов имеют принципиально одну и ту же функциональную архитектуру...”. Французский антрополог и философ Тейяр де Шарден писал о самосознании как не просто о сознании чего-то, каких-то фактов, своих состояний, а о втором этаже сознания — знание, что ты это знаешь (не просто знать, но и знать, что ты это знаешь). Абстракция своих знаний, представлений, переживаний и знание о них, создаваемое человеком, дают ему возможность проявлять здравомыслие, благоразумие, критику к ним — не погружаться полностью в свои мысли, переживания, а подняться над ними, получить полноценную власть над ними, над своей природой, над своими примитивными рефлекторными реакциями (злоба, агрессия, слепое подчинение эмоциям, поспешное разрядить эти чувственные состояния). Тренировка в положительном плане этих механизмов

в ремиссии, возможно, будет способствовать сопротивлению болезни и иным патологическим проявлениям, профилактике приступов возобновления психопатологических симптомов и синдромов, будет укреплять “силу Я”.

Нормоцентрический подход — это терапия, направленная на негативную симптоматику, вернее на ее нейробиологическую почву (которая по сути дела инвалидизирует больного), адекватная психотерапия, которая направлена не только на симптомы и синдромы, а и на нарушенные звенья “функциональных систем”, укрепление силы “Я”. Лечение, направленное на “негативную”, а не только на “позитивную” симптоматику, должно стать более эффективным и повысить удовлетворенность его результатами не только больных, но и врачей. Такой подход будет способствовать более глубокому проникновению в сущность и природу заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анохин П. К. Очерки по физиологии функциональных систем. — М. Медицина, 1975.
2. Анохин П. К. Значение ретикулярной формации для различных форм высшей нервной деятельности // Физиологический журнал СССР XLIII № 11. 1975, с. 1073 – 1085.
3. Бассин Ф. В. О “силе Я” и “психологической защите” // Вопросы философии, 1969, 2, с. 118 – 125.
4. Краснов В. Н. в соавт. Новый нейрометаболический церебротропектор и дебенон: перспективы применения в психиатрии // Социология и клиническая психиатрия, с. 61 – 63.
5. Нуллер Ю. Л. Смена парадигм в психиатрии // Психиатрия и психофармакология, 2007, т. 9, 5, с. 4 – 7.
6. Павлов И. С. Некоторые вопросы кибернетического аспекта психотерапии // “Психиатрия, неврология и нейрохирургия”, ч. 1. Рига, 1974, с. 42 – 48.
7. Павлов И. С. Психотерапия в практике // Рег се, 1-е изд., 2003 г.; 2-е изд., 2004 г.; 3-е изд., 2006 г.
8. Руководство по психиатрии под ред. А. В. Снежневского, т. I. М., “Медицина”, 1983, с. 163.
9. Руководство по психиатрии, т. I. М., “Медицина” 1988.
10. Руководство по психиатрии, т. I. М., “Медицина” 1999.
11. Психическая помощь больным шизофренией. Клиническое руководство. Под редакцией В. Н. Краснова, И. Я. Гуровича, С. Н. Мосолова, А. Б. Шмуклера. — М., 2007.

Защита прав, превращающаяся в “гражданскую смерть”

Неправительственные организации вместе с Уполномоченным по правам человека инициатируют реформу института недееспособности в России

28 мая 2009 г. в офисе Уполномоченного по правам человека в Российской Федерации состоялся круглый стол “Права человека и институт недееспособности в России: соответствие международно-правовым стандартам”. В обсуждении приняли участие представители Государственной Думы, Министерства здравоохранения, органов опеки, психиатрического сообщества, правозащитных и других общественных организаций, работающих в сфере психического здоровья.

Инициаторами данного обсуждения выступили Независимая психиатрическая ассоциация России и Психиатрический правозащитный центр (MDAC, Будапешт), которые таким образом стремятся стимулировать общественное обсуждение существующего законодательства по недееспособности и путей его реформирования.

Действующее в России законодательство об опеке в отношении недееспособных граждан явно не соответствует международным стандартам, что, в частности, было подтверждено Европейским Судом по правам человека в решении по делу “Штукатуров против России” (март 2008). Недостатки данной системы продемонстрировало также Постановление Конституционного Суда РФ от 27 февраля 2009 г., признавшее, что некоторые аспекты законодательства о недееспособности нарушают основные конституционные права граждан.

Институт недееспособности и опеки предназначен для охраны прав и имущества наиболее беспомощных людей — малолетних, лиц с умственным снижением, тяжелых психически больных-хроников, однако он часто превращается в свою противоположность, — в лишение всех прав, в недопустимое вмешательство в личную жизнь. Законодательство в отношении самой уязвимой категории людей находится в полном небрежении, прописано неполно и уязвимо. Эта, пожалуй, самая большая проблема буквально вытесняется из сознания не только законодателями и судьями, но даже психiatрами и правозащитниками.

Открывая обсуждение, Уполномоченный по правам человека В. П. Лукин подчеркнул значимость проблемы, отметив при этом дефицит общественного интереса к положению недееспособных граждан. Владимир Лукин отметил несовершенство законодательства в сфере опеки и отсутствие эффективного контроля за соблюдением прав недееспособных граж-

дан, в частности отсутствие Службы защиты прав пациентов психиатрических стационаров. Особую озабоченность вызывают участвовавшие злоупотребления существующей системой недееспособности в целях присвоения имущества.

Участники круглого стола обсудили недостатки действующей системы недееспособности и опеки, в частности, слабые процессуальные гарантии при лишении гражданина дееспособности; недостаточность регламентации обязанностей опекуна и органов опеки, влекущую возможность злоупотреблений, а также отсутствие правового регулирования восстановления дееспособности. Одним из ключевых недостатков законодательства было признано отсутствие альтернатив полной недееспособности, что ведет к невозможности ограничить дееспособность человека лишь в той степени, в которой это действительно необходимо.

Специалисты и правозащитники, сталкивающиеся с проблемой недееспособности на практике, также подчеркнули, что существующая система во многих случаях не служит интересам защиты людей с нарушениями психического здоровья.

Участники пришли к выводу о необходимости серьезного реформирования института недееспособности и наметили основные направления такой реформы. Учитывая сложность данной проблемы, представители общественных организаций подчеркнули важность активного вовлечения гражданского общества в обсуждение соответствующих законодательных инициатив.

29 мая 2009 г. обсуждение темы было продолжено в стенах медицинского учреждения — в Институте психиатрии Росздрава совместно с Российским обществом психиатров под общим названием: “Институт недееспособности: необходимость реформирования”. Участники, среди которых на этот раз преобладали психиатры, обсудили экспертные критерии установления недееспособности, необходимость учета не только медицинского, но также социального и психологического критериев, наметили первоочередные меры по изменению российского законодательства и судебной практики, принципов работы органов опеки и попечительства и психиатрических учреждений, имеющих дело с гражданами, признанными недееспособными. Выработанные участниками круглых столов 28 – 29 мая 2009 г. рекомендации будут направлены в Государственную Думу РФ и в испол-

Защита прав, превращающаяся в “гражданскую смерть”

нительные органы государственной власти, прежде всего, в министерство здравоохранения и социально-го развития РФ.

В качестве материалов для размышления участники круглых столов получили доклад Ю. Н. Аргуновой “Соответствие законодательства Российской Федерации, регулирующего права граждан с психическими расстройствами, Конвенции о защите прав человека и основных свобод, а также рекомендациям Комитета министров Совета Европы” (основная часть была опубликована в НПЖ, 2009, 1) и доклад Психиатрического правозащитного центра “Опека и права человека в России” (2007) (www.mdac.info).

Ниже мы публикуем подробную программу круглых столов, как приглашение к дискуссии. Надеемся, что наши читатели примут в ней активное участие.

**28 мая 2009 г. 14.00 – 17.00,
Офис Уполномоченного по правам человека
в Российской Федерации**

ПРАВА ЧЕЛОВЕКА И ИНСТИТУТ НЕДЕЕСПОСОБНОСТИ В РОССИИ: СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУНАРОДНО-ПРАВОВЫМ СТАНДАРТАМ

1. Недееспособность как радикальное вмешательство в права человека

Признание человека недееспособным обычно рассматривается как мера, служащая интересам самого гражданина. Тот факт, что она предусматривает беспрецедентные ограничения человека в правах, включая его основные права, до конца не осознается ни законодателями, ни судьями, ни учеными-правоведами, ни психиатрами, ни даже правозащитниками. Однако в законодательстве не существует мер, сопоставимых по степени и широте ограничения в правах. И это притом, что недееспособность — это не наказание, а мера защиты!

Каковы, на Ваш взгляд, реальные проблемы, связанные с применением института недееспособности на практике?

2. Соответствие действующего законодательства по недееспособности международным обязательствам России в сфере прав человека и Конституции РФ

Как показывает решение Европейского Суда по правам человека по делу “Штукатуров против России” (03.2008), существующий институт недееспособности не соответствует Европейской Конвенции по правам человека и нуждается в реформировании. Постановление Конституционного суда РФ от 27 февраля 2009 г. № 4-П указывает на несоответствие Конституции РФ законодательных норм, касающихся признания граждан недееспособными и помещения их в психиатрические стационары. Для того, чтобы добиться соответствия действующего в этой сфере законодательства не только Европейской конвенции, но и Конвенции ООН о правах инвалидов и рекомендациям Комитета Министров Совета Европы (в частности, рекомендации R(99)4), а также обеспечить полное уважение конституционных прав людей с нарушениями психического здоровья, реформа института недееспособности должна быть комплексной и всесторонней и предусматривать новый концептуальный подход к

проблеме недееспособности и ограничения прав граждан с психическими расстройствами.

Недостатки существующей системы недееспособности и опеки можно разделить на четыре группы: (1) слабые процессуальные гарантии при лишении гражданина дееспособности; (2) недостаточность регламентации обязанностей опекуна и органов опеки, влекущая возможность злоупотреблений; (3) недифференцированный объем ограничения дееспособности: невозможность частичного соразмерного ограничения; (4) отсутствие правового регулирования восстановления дееспособности и ущербность правоприменительной практики.

Просим Вас дать свою оценку института недееспособности и опеки с точки зрения уважения прав человека, гарантированных принципами международного права и Конституцией РФ.

**29 мая, 11.00 – 15.00
Научно-исследовательский институт
психиатрии Росздрава**

ИНСТИТУТ НЕДЕЕСПОСОБНОСТИ В РОССИИ: НЕОБХОДИМОСТЬ РЕФОРМИРОВАНИЯ

1. Соответствие действующего законодательства о недееспособности (полная недееспособность) реальным нуждам людей с ограниченной способностью к принятию решений

Признание гражданина недееспособным теоретически считается мерой защиты его прав и интересов. Однако, на практике, это зачастую является, прежде всего, ограничением человека в правах и по сути делает его бесправным и беззащитным. Действующее законодательство основано на упрощенном понимании самого феномена дееспособности, на черно-белом видении: либо человек полностью понимает значение своих действий и может руководить ими, либо полностью не понимает и не может. Однако, реальное влияние психического расстройства на способность человека принимать самостоятельные решения сложнее и многообразнее. Как правило, даже при тяжелых расстройствах, человек полностью не утрачивает способность к принятию осознанных решений. Нет оснований лишать его юридической дееспособности в тех сферах, в которых его реальная способность к самостоятельным действиям и решениям сохранена. В результате несовершенства законодательства родственники людей, страдающих тяжелыми психическими расстройствами, психиатры, органы социальной защиты, суды стоят перед непростым выбором: не предоставить человеку, нуждающемуся в определенной поддержке, никакой защиты либо предоставить такую защиту, которая ограничит его во всех правах, в том числе тех, которые он может осуществлять самостоятельно. С точки зрения прав такого гражданина, обе альтернативы неприемлемы.

Оцените, пожалуйста, насколько существующая система соответствует реальным потребностям людей, интересы которых она формально защищает.

2. Предлагаемые решения: как реформировать институт недееспособности в свете обозначенных проблем?

Действующая система требует серьезной реформы, предполагающей, в частности, введение парциальной недееспособности и, возможно, альтернатив существующего института опеки. Обсуждение этого вопроса и разработка соответ-

ствующего законодательства могут занять длительное время, поэтому необходимо разработать ряд первоочередных мер, которые могли бы уже сейчас исправить особенно вопиющие недостатки существующей системы и значительно усилить защиту прав граждан, признанных недееспособными. Эти меры могли бы включать в себя более четкую регламентацию обязанностей опекунов и органов опеки; введение ограничений на вмешательство в личную жизнь граждан, признанных недееспособными; предоставление недееспособным гражданам возможности самостоятельно реализовывать те права, которые не влекут за собой существенных правовых последствий; введение временных рамок на решения о признании лица недееспособным и обязательного периодического пересмотра таких решений; предоставление самому недееспособному гражданину права на обращение в суд с заявлением о восстановлении дееспособности. Действующее законодательство, хотя и предполагает возможность восстановления дееспособности, фактически ведет к тому, что в большинстве случаев признание гражданина недееспособным становится пожизненным.

Что Вы думаете по этому поводу? В каком направлении должно развиваться реформирование института недееспособности? Что еще можно было бы предложить в качестве первоочередных мер по улучшению положения?

3. Критерии признания гражданина недееспособным: опыт европейских стран и российская экспертная практика

Наши зарубежные коллеги поделятся опытом реформирования системы недееспособности в ряде европейских стран, имевших сходную с Россией систему психиатрической помощи. Представители российских экспертных учреждений расскажут об особенностях проведения экспертизы по делам о недееспособности в России.

Сравните, пожалуйста, эти подходы. Что с Вашей точки зрения следует изменить при установлении недееспособности в России?

4. Правовые последствия принятия Постановления Конституционного Суда от 27 февраля 2009 г. № 4-П

Конституционный Суд РФ признал неконституционными ряд норм ГПК РФ и Закона о психиатрической помощи, регулирующих признание граждан недееспособными и помещение их в психиатрические стационары, указав на недопустимость заочного признания граждан недееспособными и необходимость судебной процедуры при стационарировании недееспособных граждан в психиатрические стационары. В настоящее время предстоит работа по осмыслению этого Постановления Конституционного Суда и приведения законодательства, регулирующего права граждан, признанных недееспособными, в соответствие с Конституцией РФ.

Приглашаем Вас принять участие в обсуждении сложившейся ситуации и высказать свое мнение по следующим вопросам:

Как можно устранить порочную практику вынесения судебных решений о недееспособности только на основе заключения судебно-психиатрической экспертизы? Какие еще источники доказательств здесь следует учитывать? Как обеспечить обязательное присутствие гражданина в суде? Как повысить роль специалиста, выступающего в суде с оценкой имеющегося заключения эксперта? Как обеспечить гражданину право на проведение альтернативной экспертизы? Что могут профессиональные общественные организации, защищающие права людей с психическими расстройствами?

Как должно быть оформлено стационарирование граждан, признанных недееспособными, в психиатрические стационары? Первые судебные решения показывают, что суды рассматривают такое помещение как недобровольную госпитализацию, между тем, критерии недобровольной госпитализации могут отсутствовать, но и опекун, и сам гражданин выражают желание пройти стационарный курс лечения. Как быть в таких случаях?

РЕШЕНИЕ ЕВРОПЕЙСКОГО СУДА ПО ДЕЛУ “ШТУКАТУРОВ ПРОТИВ РОССИИ” ОТ 27 МАРТА 2008 Г.

Пресс-релиз Секретариата Суда

Европейский суд по правам человека вынес решение по делу Штукатуров против России (заявление № 44009/05).

Суд решил единогласно, что было:

– нарушение **статьи 6 § 1** (право на справедливый суд) Европейской Конвенции по правам человека в отношении разбирательства о лишении заявителя дееспособности;

– нарушение **статьи 8** (право на уважение частной и семейной жизни) Конвенции ввиду полного лишения заявителя дееспособности;

– нарушение **статьи 5 § 1** (право на свободу и личную неприкосновенность) в отношении заключения заявителя в психиатрической больнице;

– нарушение **статьи 5 § 4** в отношении невозможности для заявителя освободиться из больницы; и

– неисполнение Правительством России обязательства в соответствии **со статьей 34** (право на индивидуальную жалобу), так как оно препятствовало заявителю в доступе к Суду.

1. Основные факты

Заявитель, Павел Владимирович Штукатуров, гражданин России, 1982 г. р., живет в Санкт-Петербурге. Он страдал психическим заболеванием и в 2003 году был признан недееспособным.

Дело касается утверждений заявителя, в частности, о том, что он был лишен дееспособности без его ведома и определен в психиатрическую больницу своей матерью для того, чтобы она могла распоряжаться собственностью, которую он унаследовал от бабушки.

3 августа 2004 года мать заявителя попросила Василеостровский районный суд лишить своего сына дееспособности. Она утверждала, что он не мог вести самостоятельный образ жизни и ему необходим попечитель. Заявитель не был официально уведомлен об этих процедурах.

28 декабря 2004 года состоялось слушание в районном суде. Заявитель, которого не уведомили, не присутствовал. Дело рассматривалось в присутствии районного прокурора и представителя психиатрической больницы, куда в июле 2004 года был помещен заявитель. После 10-минутного обсуждения районный суд признал заявителя недееспособным в соответствии со статьей 29 Гражданского кодекса. Статья 29 предусматривает такие меры в случае, если лицо не понимает значения своих действий и не может руководить ими. Решение основывалось на заключении психиатров от 12 ноября 2004 года, в котором, со ссылкой на агрессивное поведение заявителя, отрицательное отношение и

Защита прав, превращающаяся в “гражданскую смерть”

анти-социальный образ жизни, утверждалось, что он страдает шизофренией и не понимает значения своих действий и не может руководить ими. Его мать была назначена опекуном и в этом качестве была уполномочена принимать решения от его имени по всем вопросам.

Впоследствии заявитель, найдя копию решения от декабря 2004 года в доме матери, связался с адвокатом Центра по защите душевно больных. 2 ноября 2005 года Центр рассмотрел его дело и подал апелляцию. Адвокат считал, что заявитель полностью понимал сложные правовые вопросы и давал адекватные инструкции.

4 ноября 2005 года мать заявителя поместила заявителя в психиатрическую больницу. Адвокат просил свидания с заявителем, в котором ему было отказано. Однако заявитель сумел выдать доверенность на адвоката, которая уполномочивала его подать жалобу в Европейский суд. С декабря 2005 года заявитель не имел контактов с внешним миром. Он также жаловался на то, что его принудительно лечили сильнодействующими медицинскими препаратами.

Многочратно в период с декабря 2005 по январь 2006 года заявитель просил органы опеки и попечительства и министерство здравоохранения, районного прокурора и руководителя психиатрической больницы об освобождении из больницы, однако безуспешно. Его адвокат также подавал подобные безуспешные ходатайства.

В то же время, адвокат заявителя подал апелляцию на декабрьское решение 2004 года. Апелляция была отклонена без рассмотрения на основании того, что заявитель был недееспособен и мог подавать жалобу только посредством своего опекуна, его матери, которая была против его освобождения и пересмотра решения от декабря 2004 года.

6 марта 2006 года Европейский суд применил предварительные меры в соответствии с правилом 39 Регламента Суда, в которых требовал от российских властей, чтобы заявителю и его адвокату были предоставлены необходимое время и возможности для встречи и подготовки позиции в Суде. Однако власти не выполнили требований, так как Российское законодательство не рассматривает предварительные меры как обязательные. Они также отмечали, что заявитель не мог действовать без согласия своей матери и поэтому его адвокат не может считаться его законным представителем.

В конце концов, заявитель был освобожден из больницы 16 мая 2006 года, однако его мать снова поместила его в больницу в 2007 году.

Будучи недееспособным, заявитель не мог работать, жениться, вступать в ассоциации, путешествовать, приобрести или отчуждать собственность.

2. Процедуры и состав Суда

Заявление было подано в Европейский суд по правам человека 10 декабря 2005 года.

Состав суда:

Christos **Rozakis** (Greek), *Президент*, Nina **Vajić** (Croatian), Anatoly **Kovler** (Russian), Khanlar **Hajiyev** (Azerbaijani), Dean **Spielmann** (Luxemburger), Giorgio **Malinverni** (Swiss), George **Nicolaou** (Cypriot), *судьи*, а также Søren **Nielsen**, *секретарь секции*.

3. Краткое содержание решения

Жалобы

Заявитель жаловался на то, что он был лишен дееспособности без его ведома. Он также жаловался на то, что он был незаконно помещен в психиатрическую больницу, на-

ходясь в которой он не имел права на пересмотр его статуса или получить свидание с адвокатом, и на то, что он принудительно получал лечение. Он ссылаясь на статьи 3, 5, 6 § 1, 8, 13, 14, 34.

Решение Суда

Статья 6 § 1

Суд напомнил, что в делах, касающихся принудительной госпитализации, лицо, имеющее психическое расстройство, должно быть заслушано лично либо посредством специальной формы представительства. Однако, заявителю, который, несмотря на его заболевание, был относительно самостоятельным лицом, не была предоставлена возможность принять участие в процессе, который касался его дееспособности.

Учитывая значение этого процесса для личной автономии заявителя и, собственно говоря, его свободы, его участие должно было быть обязательным не только для того, чтобы предоставить ему возможность представить свои доводы, но и чтобы у судьи сформировалось мнение о его дееспособности. Таким образом, Суд пришел к выводу о том, что решение от 28 декабря 2004 года, основанное исключительно на документальных доказательствах, было необоснованным и нарушило принцип состязательности, предусмотренный статьей 6 § 1.

По мнению Суда, присутствие представителя больницы и районного прокурора, который оставался пассивным на протяжении всех десяти минут слушаний, не обеспечило действительную состязательность процедуры.

Кроме того, заявитель не мог обжаловать решение декабря 2004 года, так как его апелляция была отклонена без рассмотрения.

Таким образом, Суд пришел к выводу, что рассмотрение в Василеостровском районном суде в отношении дела заявителя не было справедливыми и нарушило статью 6 § 1.

Статья 8

Суд отметил, что вмешательство в частную жизнь заявителя было очень серьезным: это привело к тому, что он на неопределенный срок стал полностью зависимым от опекуна почти во всех сферах жизни. Такое вмешательство не могло быть оспорено никем, кроме опекуна, который пресекал все попытки прекратить эти меры.

Суд напомнил, что он уже признал процесс по лишению заявителя дееспособности процессуально порочным. Действительно, он был потрясен тем фактом, что дело заявителя было решено лишь на одном заседании, которое длилось 10 минут.

Аргументация районного суда также была неадекватной, так как он ссылаясь исключительно на материалы медицинского заключения от 12 ноября 2004 года, которое не отражало в достаточной мере анализ недееспособности заявителя. Это заключение не касалось последствий болезни заявителя для его социальной жизни, здоровья и имущественных интересов или того, как именно он не мог понимать и контролировать свои действия.

В таких случаях, российское законодательство различает только полную дееспособность и полную недееспособность лиц с психическими заболеваниями. Оно не предусматривает пограничных ситуаций. Суд, сославшись, в частности, на рекомендацию Комитета Министров Совета Европы, которые устанавливали перечень принципов для правовой защиты недееспособных взрослых лиц, в которой он рекомендовал, чтобы законодательство было более гиб-

ким, давая возможность для “подходящих” мер в каждом конкретном случае.

Таким образом, Суд сделал вывод о том, что в нарушение статьи 8 вмешательство в частную жизнь заявителя было непропорциональным законной цели защиты интересов и здоровья других, которую преследовало российское Правительство.

Статья 5 § 1

Правительство не пояснило, почему мать заявителя просила о госпитализации своего сына 4 ноября 2005 года. Не были предоставлены медицинские записи в отношении психического здоровья заявителя при поступлении в больницу, чтобы доказать, например, что он был обследован врачами-специалистами. Решение о госпитализации заявителя основывалось исключительно на статусе заявителя, который был определен 10-ю месяцами ранее. Таким образом, Суд считает, что не было “надежно доказано”, что психическое состояние заявителя делало необходимой госпитализацию и посчитал, что его госпитализация в период с 4 ноября 2005 года по 16 мая 2006 года не была “законной” в нарушение статьи 5 § 1 (е).

Статья 5 § 4

Госпитализация заявителя осуществлялась по требованию его матери и поэтому считалась “добровольной” в соответствии с российским национальным законом. Суды никогда и никаким образом не были вовлечены в принятие решения о госпитализации заявителя. К тому же, российское законодательство не предусматривало автоматический судебный пересмотр заключения в психиатрическую больницу в ситуациях, подобных ситуации заявителя. Заявитель не мог эффективно и независимо возбудить законные процедуры для пересмотра его длительного заключения, так как он был лишен дееспособности.

Также он не мог возбудить эти процедуры посредством матери, которая возражала против его освобождения. Также неясно, касалось ли расследование прокуратуры “законности” госпитализации заявителя, и в любом случае, такое

расследование не могло считаться судебным пересмотром в контексте статьи 5 § 4.

Принимая во внимание то, что суды определили психическое состояние заявителя за 10 месяцев до его поступления в больницу, Суд пришел к выводу, что отсутствие у заявителя возможности инициировать пересмотр заключения составляет нарушение статьи 5 § 4.

Статья 34

Суд был поражен отказом властей применить предварительные меры в соответствии с правилом 39 Регламента Суда. Хотя вскоре заявитель был освобожден, получил свидание с адвокатом и продолжил процедуры перед Европейским судом, это не было никаким образом связано с применением Россией предварительных мер.

Суд пришел к выводу, что препятствуя в свидании и коммуникации адвоката с заявителем, а также не применив предварительные меры, Российская Федерация препятствовала заявителю в подаче жалобы в Европейский суд и, таким образом, нарушила обязательства, предусмотренные статьей 34 (не нарушать право на подачу индивидуальной жалобы).

Другие статьи

Суд отметил, что заявитель не представил доказательств для подтверждения того, что он подвергался лечению сильными медицинскими препаратами с неблагоприятным побочным эффектом. Он не жаловался на то, что состояние его здоровья ухудшилось в результате такого лечения. Таким образом, Суд пришел к выводу о том, что его жалобы по статье 3 были необоснованными, и в этой части жалобу отклонил.

Суд единогласно пришел к заключению о том, что нет необходимости рассматривать жалобы заявителя по статьям 13 и 14.

Решение доступно на сайте Суда (<http://www.echr.coe.int>).

НАШ ВКЛАД В ПРЕДОТВРАЩЕНИЕ СУИЦИДОВ В АРМИИ

28 апреля НПА России получила благодарность от Министерства обороны Российской Федерации за бесплатное предоставление основной части тиража (700 экз.) подготовленной нами по материалам Фонда “Право Матери” монографии “Предотвращение суи-

цидов в армии”, включающей соответствующее методическое руководство для военных психологов, инструктивный материал, общий контекст состояния проблемы, а также конкретные примеры посмертных экспертиз, иллюстрирующих типовые ситуации.

Что могут профессионалы..., если захотят

20 апреля 2009 г. в Москве состоялось заседание Совета по делам инвалидов при Председателе Совета Федерации Федерального Собрания РФ С. М. Миронове на тему: “Актуальные проблемы оказания медицинской и социальной помощи лицам с психическими расстройствами”. Председатель Комитета Совета Федерации по социальной политике и здравоохранению В. А. Петренко пригласила специалистов НПА России выступить на заседании с докладом.

В работе заседания приняли участие Председатель Совета Федерации С. М. Миронов, члены Совета Федерации, депутаты Госдумы, представители федеральных и региональных органов исполнительной власти, Генпрокуратуры, а также ведущие медицинские эксперты, представители научных и общественных организаций.

В выступлениях отмечалось, что показатель заболеваемости психическими расстройствами в России достигает 25 % от численности населения при среднем мировом показателе около 15 %. В психоневрологических учреждениях РФ на конец 2008 г. зарегистрировано 6 млн. больных с психическими расстройствами. Число инвалидов вследствие указанных расстройств в 2008 г. превысило 1 млн. человек, что составляет 7,7 % от общего числа инвалидов в стране. В структуре инвалидности психические расстройства занимают 4-е место, уступая сердечно-сосудистым заболеваниям, злокачественным новообразованиям и травмам. По своей продолжительности инвалидность по психическому заболеванию занимает 1 место среди всех заболеваний. Большинство психически больных, утративших трудоспособность, становятся инвалидами в молодом и среднем возрасте (25 % в возрасте до 29 лет, 70 % — до 40 лет). Почти 95 % такого рода инвалидов остаются на пенсионном обеспечении пожизненно. 94,2 % психически больных имеют инвалидность I или II группы.

По данным Научного центра психического здоровья РАМН, большинство родственников психически больных (75 %) скрывают факт психического заболевания в семье, ограничивают социальные контакты, потому что если этот факт становится известным, семья подвергается социальной дискриминации.

В течение последних лет, как указывали выступающие, на базе ряда ПБ и ПНД начата работа по внедрению бригадных форм оказания психиатрической помощи и психосоциальной реабилитации. Эта организационная форма, направленная в конечном итоге на каждого пациента, должна включать в себя комплекс мероприятий, в обеспечении которых помимо лечащего врача-психиатра, но под его руководством, принимают участие психолог, специалист по социальной работе, социальный работник, средний медперсонал, получивший дополнительную подготовку.

Бригадные формы работы предусматривают также активное сотрудничество профессионалов с семьями пациентов, общественными организациями, работающими в области психиатрии. Предполагается, что деятельность бригад, состоящих из перечисленных специалистов, будет способствовать профилактике повторных госпитализаций и снижению длительности пребывания пациентов в психиатрических стационарах.

До сих пор нерешенными были названы следующие базовые проблемы:

- низкий уровень диагностики, поздняя выявляемость психических расстройств и отсутствие лечения на ранних стадиях развития болезни;

- отсутствие производства в России большинства психотропных средств;

- отсутствие утвержденных стандартов помощи пациентам с психическими расстройствами;

- ограниченные бюджетные возможности для обеспечения преемственности терапии на стационарном и амбулаторном этапах, а также для долгосрочной постоянной терапии эффективными лекарственными средствами, в т.ч. пролонгированными формами;

- недостаточный охват пациентов с психическими расстройствами медикаментозной терапией в связи с высоким уровнем выхода пациентов с психическими расстройствами из программы ОНЛС;

- низкий уровень вовлечения лиц с психическими расстройствами в социальные и трудовые процессы общества; отсутствие эффективных программ занятости данной категории населения, а также программ самопомощи этим пациентам и членам их семей, практическая ликвидация института лечебно-трудовых мастерских. По экспертным оценкам, не менее 20 % инвалидов в связи с психическим расстройством могли бы работать, но работают лишь 3 – 5 %. Обычные предприятия не заинтересованы в труде инвалидов, даже квотирование рабочих мест для них не дает реальных результатов, поскольку больным предлагаются просто деньги без трудового участия, что способствует развитию социального паразитирования этих лиц.

- необеспеченность общежитиями для психически больных, утративших социальные связи.

В настоящее время только в 30 из 83 субъектов РФ приняты и реализуются региональные целевые программы по совершенствованию психиатрической помощи.

С докладом на тему: “Возможности профессиональной общественной организации в защите прав граждан с психическими расстройствами” на заседании выступила руководитель юридической службы НПА России Ю. Н. Аргунова. Она отметила, что ставя на обсуждение вопрос об актуальных вопросах

оказания помощи лицам с психическими расстройствами, организаторы заседания, обозначив в названии темы медицинские и социальные аспекты, упустили другую важнейшую составляющую — оказание правовой помощи таким гражданам. Нет ни одной другой отрасли медицины, которая бы так тесно переплеталась с вопросами права, как психиатрия. Законодательное обеспечение прав больных, проблемы их соблюдения, организация правовой помощи, защита нарушенных прав и интересов — не менее актуальные вопросы, и они должны находиться в числе приоритетных.

Никакое другое общественное объединение не обладает столь широким диапазоном возможностей в этой сфере, как профессиональное общественное объединение, к которому принадлежит и НПА России. Между тем активная разносторонняя, а, главное, результативная правозащитная деятельность для таких организаций — явление редкое. Профессиональные психиатрические сообщества заняты, в основном, организацией семинаров, конференций, изданием сборников трудов.

Докладчик рассмотрел направления (методы, средства) правозащитной деятельности Ассоциации, представляющей собой систему и осуществляемой посредством следующих видов деятельности:

1) *нормотворческая* — в рамках ст. 33 Конституции РФ и ст. 27 ФЗ “Об общественных объединениях” Ассоциацией были направлены Федеральному Собранию:

– предложения по совершенствованию норм ГПК, Закона о психиатрической помощи, законодательства о нотариате в связи с наличием в них многочисленных пробелов и противоречий (2007 г.);

– предложения в виде законопроекта о внесении изменений в УПК и ГПК РФ, ФЗ “О государственной судебно-экспертной деятельности”, Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан, направленные на реализацию прав граждан при назначении и производстве СПЭ, повышение уровня экспертных заключений, обеспечение исследования этих заключений с участием сторон в суде и их объективной оценки судом (2008 г.);

– аналитический доклад по вопросам соответствия законодательства РФ, регулирующего права граждан с психическими расстройствами, Конвенции о защите прав человека и основных свобод, а также рекомендациям Комитета Министров Совета Европы с предложениями по совершенствованию норм ГК, ГПК, ФЗ “Об опеке и попечительстве” (2009 г.)

В качестве членов Экспертного Совета при Уполномоченном по правам человека в РФ представители НПА участвовали в разработке законодательной и нормативной базы по созданию службы защиты прав пациентов; по внесению дополнений в Закон о психиатрической помощи, связанных с реализацией Поста-

новления Европейского Суда по правам человека по делу “Ракевич против России”; по вопросам правового регулирования недобровольной госпитализации в психиатрический стационар лиц, обладающих неприкосновенностью, и др. (2006 – 2009г.).

Усилиями НПА удалось: 1) отменить не соответствующую закону норму, содержащуюся в Инструкции Генпрокуратуры об обращениях граждан и нарушавшую права недееспособных; 2) отменить приказ Минздравсоцразвития о контроле за оказанием психиатрической помощи, как противоречивший закону и не прошедший обязательную регистрацию в Минюсте России; 3) внести изменения в утвержденные Минздравсоцразвития правила оформления листов нетрудоспособности для лиц, страдающих психическими расстройствами, для обеспечения сохранения врачебной тайны.

2) *исследовательская*: проведение мониторинга законодательства и правоприменительной практики, опросов экспертов из числа психиатров, пациентов, риелтеров и др., позволяющих получить информацию о соблюдении прав граждан с психическими расстройствами, а также об имеющихся пробелах и противоречиях в законодательстве;

3) *экспертная*: участие в производстве СПЭ по уголовным и гражданским делам по определению суда; проведение не судебных экспертиз при участии юриста, отвечающего за правовой аспект заключения; подготовка заключений (пояснений, консультаций) специалиста, которые граждане представляют в суд, органы опеки, на МСЭК и другие инстанции как доказательство с целью защиты своих интересов;

4) *контрольная* — в соответствии со ст. 46 Закона о психиатрической помощи а также ст. 41 ФЗ “Об Уполномоченном по правам человека в Российской Федерации”: участие в инспекционных комиссиях по проверке оснований недобровольных стационарирования, помещений в ПНИ и др.;

5) *издательская*: ведение постоянной рубрики “Психиатрия и право” в издаваемом Ассоциацией Независимом психиатрическом журнале; издание пособия, специально посвященного правам психически больных и способам их охраны и защиты;

6) *образовательная*: чтение циклов лекций для врачей, работников органов опеки, потребителей психиатрических услуг и их родственников, как под эгидой НПА, так и в рамках образовательных программ вузов;

7) *представление интересов граждан в суде* при рассмотрении дел о признании их недееспособными, что позволяет обеспечить им *специализированную* юридическую помощь.

В планах НПА проведение экспертиз проектов нормативных актов на коррупциогенность.

Ю. Н. Аргунова

На 162-м съезде Американской психиатрической ассоциации

С 16 по 21 мая в Сан-Франциско состоялся очередной 162 съезд Американской психиатрической ассоциации, самого многочисленного и сильного национального сообщества психиатров. Столица штата Калифорния, город, родившийся на пике “золотой лихорадки” и всегда идущий впереди всех социальных изменений, где в 1973 году было принято историческое решение об исключении гомосексуализма из классификации психических расстройств, не в первый раз выступает организатором таких встреч и всегда поражает своей красотой и прекрасной организацией.

Однако на этот раз все было заметно менее масштабным. АПА приняла решение о сокращении контактов с фармацевтикой, и последствия этого не замедлили сказаться: впервые за многие годы Американская психиатрическая ассоциация зафиксировала дефицит бюджета, ей пришлось существенно сократить количество своих подразделений, оставив действующими лишь 9 советов и 14 комитетов (против 14 советов и 73 комитетов ранее), существенно возрос организационный взнос участников всех конгрессов и форумов, организуемых АПА. Оргвзнос в этом году составил 950 долларов США, что, конечно, стало существенным барьером для участия в съезде. Однако, американская психиатрия не была бы таковой, если бы не оставила возможность участия для тех, кто хочет этого. Так представители групп защиты людей с психическими расстройствами могли на равных участвовать в съезде, заплатив всего 130 долларов, а студенты медицинских ВУЗов вообще освобождались от каких бы то ни было финансовых затрат. Количество симпозиумов, организованных фармацевтикой, сократилось до 4–5 (по сравнению со многими десятками в прежние годы), реклама их по сути отсутствовала, и единственное объявление о них стыдливо пряталось на стене возле зала регистрации.

Последовательным и активным сторонником политики сокращения связей с фармацевтикой была президент АПА д-р Нада Стотланд. Она открыто высказала эту позицию в своей президентской речи на церемонии открытия съезда, подчеркнув, что решение АПА “постепенно свертывать спонсируемые фарминдустрией симпозиумы и обеды на съездах было положительно оценено прессой...”. Однако, Американская психиатрическая ассоциация — демократический институт, в выборах президента участвуют все ее члены, и результаты выборов отражают настроения психиатров всей страны. Следующий президент АПА д-р Шатзберг занимает в этом вопросе гораздо более взвешенную позицию и открыто говорит о важности сотрудничества с фармацевтикой. Эти идеи звучали и на президентском симпозиуме “Отношения психиатров с фармацевтикой”. Ниже мы публикуем фрагменты из выступлений обо-

их президентов АПА, перевод которых был подготовлен д-ром В. Мотовым. Сравнение подходов и манеры выражать свои мысли представляет безусловный интерес для российского читателя, привыкшего к гораздо большему единообразию в руководстве отечественной психиатрией.

На съезде, как всегда, были представлены все актуальные проблемы современной психиатрии, в том числе последние исследования в области психиатрической генетики, связь между психическим и физическим здоровьем, психическое здоровье военнослужащих, общественная политика в области психического здоровья, роль профессиональных ассоциаций в повышении осознания обществом важности психического здоровья. Большое внимание было уделено проблемам судебной психиатрии и современному лечению зависимостей.

Несколько симпозиумов были посвящены разработке нового варианта американской классификации психических расстройств — DSM-V. Работа над ним была начата в 2008 году и должна завершиться в 2012. Грандиозные масштабы исследований, дифференцированность подхода к проблеме и желание учесть пожелания всех заинтересованных сторон, в том числе пациентов, поражают. Однако, кажется, что новые критерии психических расстройств, разрабатываемые отдельно по возрастным и гендерным группам, с акцентом на потерянную работоспособность, возможные риски и прогноз развития заболевания, в большей мере отвечают потребностям чиновников от здравоохранения и интересам страховых кампаний, чем отражают внутреннюю структуру и особенности развития психических расстройств. Во всяком случае, от академической классификации психических расстройств это далеко.

Знаменитый Мост Золотых ворот считается самым популярным в мире местом совершения суицидов. Неслучайно поэтому, что проблема предотвращения суицидов поднималась особенно часто, ей был посвящен один из президентских симпозиумов под названием “Суициды и Мост Золотых ворот”. Американские психиатры добились больших успехов в предотвращении суицидов в значительной мере благодаря тому, что работают в тесном контакте с различными социальными службами и особенно внимательны к тем, кто имеет собственный опыт совершения суицида или сталкивался с самоубийством в семье или ближайшем окружении. В частности, на одном из симпозиумов подробно обсуждались переживания тех, кто прыгал с моста и чудом остался жив. Об этом же рассказывал фильм “Мост”, демонстрировавшийся во время съезда.

Отдельная тема, широко обсуждаемая в американской психиатрии, — влияние новых информацион-

ных технологий на ее развитие. Однако в отличие от привычного у нас обсуждения: как уберечь детей от Интернет-зависимости или как предохранить молодое поколение от нежелательной информации, которую они могут получать через Интернет и которая может отрицательно влиять на их психическое здоровье, американские психиатры думают о влиянии новых Интернет-возможностей на взаимоотношения врача и пациента, о появлении нового стиля отношений и этичности получения информации о пациенте через Интернет. Появился даже новый термин: google a patient, что значит собирать информацию о пациенте через поисковые системы Интернета. Это не только общие сведения, информация с личных страничек пациентов, а также сайтов, на которых они зарегистрированы, но и отчеты полиции, налоговой инспекции, характеристики из школы и других учебных заведений, возможные судебные дела и мн.другое. Насколько этично собирать такую информацию без разрешения пациента? Как относиться к электронной переписке с пациентом? Что делать с его посланиями? Как соблюдать конфиденциальность, если в клинике один компьютер на 5 – 6 врачей? Как избежать формирования зависимости пациента от такой доступной связи с врачом? С другой стороны, пациенты тоже начали “гуглить” своих докторов и собирать о них информацию. Это влияет на их популярность, востребованность, авторитет.

Университет Калифорнии совместно с Американским психиатрическим фондом и Американской психиатрической ассоциацией организовали “Общественный симпозиум по психическому здоровью”, где после выступления ведущих американских психиатров публика могла задавать вопросы на интересующие ее темы. Эта традиция широкого общения с населением, обсуждения всех наиболее животрепещущих вопросов и постоянного получения обратной связи, делает американскую психиатрию особенно сильной и динамично развивающейся на благо тех, кто нуждается в ее помощи.

Цель поездки делегации НПА на съезд Американской психиатрической ассоциации состояла в возобновлении связей с руководством американской психиатрии, в первую очередь с медицинским директором д-ром Джеймсом Скале (James Skully) и руководителем национальной программы в области исследований и образования д-ром Дарелом Реджиером (Dargel Regier). Сам факт их часовой беседы с представителями НПА России в первый же день этого гигантского по масштабам съезда стал непосредственным выражением внимания к нашим проблемам, понимания многих из них и полной открытости к сотрудничеству. В центре обсуждения были актуальная ситуация в российской психиатрии и роль НПА в преодолении наследия советского режима на протяжении последних 20 лет. Представители НПА посетили также заседание американской Академии “Психиат-

рии и права”, членами которой от России являются проф. Бухановский из Ростова-на-Дону и д-р Мотов из Тамбова, познакомились с ее руководством и обсудили возможности развития отношений в области судебной психиатрии. Состоялись встречи с руководством Всемирной психиатрической ассоциации и европейской ассоциации психиатров, бывшим медицинским директором АПА д-ром Мелвином Сабшином.

Следующий съезд АПА состоится в Новом Орлеане 23 – 27 мая 2010 г.

Фрагменты из выступления бывшего президента АПА д-ра Нады Стотланд (Dr. Nada L. Stotland)

Пора перестать разделять “психическое” и “физическое” здоровье, поскольку “нет здоровья без психического здоровья”. На психиатрах лежит ответственность использовать свои уникальные знания и положение в обществе для формирования таких социальных условий, которые бы способствовали укреплению здоровья в обществе. Вот почему мы поддерживаем права людей, являющихся геями, вступить в брак и воспитывать детей. Вот почему мы придерживаемся точки зрения, что каждая женщина — лучший судья при решении вопроса: аборт или ребенок. Вот почему мы возражаем против участия психиатров в допросах заключенных...

Психотерапия — сердце психиатрии. Мы должны обучать ей и практиковать ее... Мы должны решить, как нам финансировать медицинские научные исследования, а также образование... Мы хотим, чтобы фармакологические компании разрабатывали более качественные препараты, но мы также осознаем, что держатели акций этих компаний, когда они поддерживают образовательные программы и научные исследования, требуют прибыли... Возникает обеспокоенное беспокойство относительно их влияния...

АПА — лидер в разрешении проблемы конфликта интересов. Мы требуем от членов, выбранных или назначенных на должности в АПА, раскрывать финансовые связи с фармакологическими компаниями... Наше решение постепенно свертывать спонсируемые фарминдустрией симпозиумы и обеды на съездах было положительно оценено прессой...

Наши критики говорят, что психиатрическое лечение “не научно”. В статье от 25 февраля 2009 г. в “Журнале Американской медицинской ассоциации” сообщается: “Из более, чем 2700 рекомендаций, одобренных кардиологами для лечения пациентов с сердечными заболеваниями, только 11 % имеют твердую научную основу”. Наши критики рисуют мрачную картину электросудорожной терапии. Онкологи лечат рак, сжигая ионизирующим излучением, отравляя пациента химиотерапией, а хирургические операции — это разрезание и зашивание людей, нало-

жение скобок или склеивание. Наши критики говорят, что психические болезни не являются настоящими болезнями, т.к. мы не знаем их причины. Посмотрим на диабет. Диабет “вызывается” недостатком выработки инсулина поджелудочной железой. Но этот недостаток вызывается аутоиммунным процессом. Чем вызывается аутоиммунный процесс? Точно так же, как диабет, шизофрения “вызывается” генетическими характеристиками, обстоятельствами, поведением. Наши критики говорят, что мы не излечиваем психические расстройства. А существует ли полное выздоровление при хронической сердечной недостаточности, диабете или артрите? Научные успехи позволяют сделать фармакогенетику частью повседневной практики, добиться успехов в предотвращении развития психических расстройств. Мы будем использовать новые технологии, включая электронную медицинскую документацию со всеми их достоинствами и недостатками... Мы заменим фрагментированную и устаревшую систему, которая приводит к тому, что слишком многие наши пациенты оказываются в местах лишения свободы или на улицах и умирают на 25 лет раньше, комплексной, координированной, сбалансированной системой медицинской помощи ... Мы готовы к будущему...

Фрагменты выступления нового президента АПА

д-ра Алана Шатзберга (Dr. Alan N. Schatzberg)

Активность антипсихиатрических организаций, наряду с некоторыми процессами внутри профессионального сообщества, привели к эрозии самооощущения в психиатрической среде. Первое, что необходимо сделать — восстановить чувство гордости профессией. “...Хотя мы поступили правильно, став защитниками и голосом наших пациентов, ... мы, возможно, размыли границу между нашей профессиональной деятельностью и социальной работой, а также защитой прав неимущих с хроническими психическими заболеваниями. Мы обучали специалистов в области психического здоровья и часто поддерживали принцип равенства, результатом чего стало уменьшение нашей собственной роли и представление, что для лечения психиатрических пациентов, возможно, не требуется степень в области медицины. Наше страстное стремление к улучшениям в социальной сфере, возможно, также привело к чрезмерному расширению синдромологических критериев и чрезмерному упрощению психиатрической диагностики. DSM-III и последующие издания явились большими шагами вперед в диагностике и классификации, но сведение диагноза большого депрессивного рас-

стройства к выявлению пяти из девяти критериев на протяжении, по крайней мере, двух недель, отражало упрощенчество в диагностике пациентов со сложным расстройством.

Вторая область, на которой я хочу сосредоточиться — продолжение совершенствования наших ежегодных съездов... Как многие из Вас знают, Совет попечителей АПА принял решение о постепенном свертывании спонсируемых фарминдустрией симпозиумов. Они были хорошо организованы, очень популярны, и наши комитеты и персонал АПА проделали великолепную работу по обеспечению того, чтобы они проходили в беспристрастной атмосфере. Часто такие заседания являлись наиболее посещаемой частью программы. Сейчас нам необходимо поднять качество всей научной программы до наиболее высокого уровня...

Третья область моего внимания — нахождение оптимальных путей взаимодействия с фармакологическими компаниями. Было много раздражения и разглагольствований в отношении фарминдустрии, при этом часто искажались и затуманивались факты, очернялись наши лидеры, АПА и индустрия. Некоторые полагают, что нам не следует иметь контакты с фарминдустрией. Для меня, работающего в психофармакологии долгие годы, это представляется неразумным по многим причинам. Во-первых: изолируя людей, мы не учимся тому, как вести дела с другими, или как учить наших студентов взаимодействовать с другими. Такой подход никогда не давал результатов. Во-вторых: фармакологические компании имеют много того, чему могут нас научить. Они проводят, возможно, больше научных исследований, чем Национальные институты здоровья или филантропические фонды и, исключая их голос, мы лишь лишаем себя новых знаний. В — третьих: мы не можем разрабатывать новые методы лечения без фарминдустрии. В-четвертых: мы не хотим обрывать влияние университетской науки на фарминдустрию... Последнее: многие члены АПА работают с фарминдустрией и это честные, трудолюбивые и уважаемые люди, которые платят взносы и вносят многосторонний вклад в деятельность АПА. Нам необходимо вместе с фарминдустрией сесть и найти пути взаимодействия друг с другом так, чтобы это было приемлемо для обеих сторон ... Четвертое. Повсеместная экономия и уменьшение финансового притока в АПА привели к относительно дефициту бюджета АПА в последний год... Мы предложили сократить количество подразделений АПА с 14 советов и 73 комитетов до 9 советов и 14 комитетов и проводим сейчас этот план в жизнь... Новая структура более эффективна и гораздо менее дорогостояща.

Иосиф Фейгенберг (Иерусалим)¹

Пути-дороги²

Может быть, идущий следом,
Зная обо всем об этом,
Изберет надежный путь?

Булат Окуджава

Я родился 15 декабря 1922 году в городе Гомеле. Отец работал в системе потребительской кооперации и в 1928 году был переведен на работу в Самару, а затем в Москву. Там я начал учиться в школе, которую окончил с отличием в 1940 году. В армию меня не взяли (забраковала медицинская комиссия), а к этому времени прием в высшие учебные заведения уже закончился. И в 1940 – 41 годах я в качестве экстерна прошел дисциплины, читавшиеся на первом курсе физического факультета Московского университета. Особенно интересными были лекции академика Ландсберга по физике. В 1941 году я поступил в Медицинский институт. Занятия шли ускоренно — надо было подготовиться врачам для армии. Однако к моменту окончания института война кончилась.

Мне встретилось в жизни много хороших людей, и для начала я хочу рассказать о Николае Ивановиче Гращенкове. В бытность студентом я читал его статьи по физиологии органов чувств, и они мне очень нравились. Помню, как в аудитории, где мы собрались на первую лекцию Гращенкова по неврологии, было очень холодно, все сидели в пальто. Какой-то молодой человек в белом халате устанавливал трибуну. Мы решили, что он готовит аудиторию к приходу профессора. Вдруг этот человек обратился к нам: “То-



варищи, тихо, пришло время начать лекцию!” Это оказался сам Николай Иванович. А я-то представлял его старым профессором!

В возглавляемом им Институте неврологии был очень яркий коллектив. Сам Николай Иванович не оставил заметного следа в науке. Но он потрясающе разбирался в людях и поэтому подбирал прекрасных специалистов. Например, отделом корковой патологии заведовал Александр Романович Лурия, отделом физиологии и патологии движений — Николай Александрович Бернштейн. Лекции А. Р. Лурия не имели себе равных.

В связи с клещевым энцефалитом в то время была очень актуальной вирусология. Отделом вирусологии руководил Чумаков.

Уже на моей памяти Гращенков пригласил в клинический отдел таких крупных специалистов, как Коновалов, Членов.

В студенческие годы я занимался в неврологическом кружке физиологией и патологией органов чувств. Институт я закончил в 1946 году.

Николай Иванович хотел взять меня к себе и написал в распределительную комиссию письмо с просьбой направить меня к нему в институт. Председателем распределительной комиссии в институте был назначен проф. Приоров из министерства. Наш декан Михаил Михайлович Авербах специально приехал из

¹ Иосиф Моисеевич Фейгенберг — известный психофизиолог, профессор, автор более 200 научных статей и 10 книг. Он — основатель теории “вероятностного прогнозирования”, широко используемой в разных областях физиологии. Иосиф Моисеевич закончил 2-й Московский медицинский институт в 1946 году и затем работал в Институтах неврологии, психиатрии и в Центральном институте усовершенствования врачей. Он совершил алию в 1992 году и живет в Иерусалиме. За эти годы по приглашению научных учреждений Германии читал лекции по проблемам психофизиологии, изданные отдельной книгой. Руководитель и организатор Иерусалимского междисциплинарного семинара. В течение многих лет собирал и публиковал материалы о научном наследии своего учителя Н. А. Бернштейна. В 2004 году в Москве была издана книга И. М. Фейгенберга “Николай Бернштейн — от рефлекса к модели будущего”, получившая широкое признание в России и в США.

² Глава из книги: Э. Матлина и соавторы. Из прошлого к настоящему. — 2007. (Печатается с разрешения автора).

отпуска, чтобы присутствовать на распределении. (Он говорил: “Без меня вам плохо будет”). Когда дело дошло до меня, представитель министерства заявил: “Ну что же, у вас очень хорошая характеристика, и мы направим вас в самое трудное место, в Белоруссию. Транспорта никакого нет, дадим вам велосипед, а жилье и больницу будете строить сами”. Авербах вмешался: “Есть письмо Гращенкова с просьбой направить его в Институт неврологии”. Приоров: “Да-да, я видел это письмо. Когда я увижу Николая Ивановича в министерстве, я объясню ему всю нелепость его письма”.

Я зашел к Николаю Ивановичу и рассказал ему, что ничего не вышло. Он сказал мне, что возьмет меня лаборантом. Я говорю: “Но это же подсудное дело!” — “Ничего, я беру это на себя”. Меня взяли, и я намеревался через несколько месяцев подать заявление в аспирантуру. Когда начался прием заявлений, их рассматривал не институт, а президиум Академии медицинских наук, ее вице-президент, известный патологоанатом Давыдовский. Он был принципиальным антисемитом, даже в то время, когда антисемитизм не поощрялся. Один мой знакомый, когда его спросили, о каком подарке на день рождения он мечтает, ответил: “Чтобы мне подарили посмертное издание сочинений Давыдовского”.

Спустя некоторое время после подачи заявлений в институт начали приходиться личные дела тех, кто допущен к экзаменам в аспирантуру. Моего дела среди них не оказалось. По совету Николая Ивановича я пошел выяснять, в чем дело. Меня принял секретарь Давыдовского, мужчина в военной форме, без погон, видно демобилизованный из армии. Он сказал мне: “Что вы волнуетесь, все будет в порядке. Когда придет время, мы пошлем ваше дело”. Время шло, а моего дела все нет. Николай Иванович снова послал меня выяснять. Мне ответили то же самое — время еще не подошло. Наконец, уже начались экзамены. Я снова поехал туда, и секретарь нашел мое личное дело. На нем стояла резолюция Давыдовского — отказать. Я спросил: “Почему отказать?” — “А это он не пишет”. — “Может быть, можно зайти к нему поговорить?” — “Нет, он очень занят, к нему пройти нельзя”.

Когда я рассказал об этом Николаю Ивановичу, он посоветовал мне: “Сдавайте экзамены по философии и иностранному языку, а что касается экзамена по неврологии, то он состоится здесь, в институте, я сам буду его принимать в аудитории публично”. Я пошел узнавать, когда можно сдать экзамен по иностранному языку. Мне говорят: “Товарищ, вы же не допущены к экзамену!” Но в конце концов, мне назвали время экзамена, Николай Иванович написал какое-то письмо, у меня приняли экзамены, и я сдал все на “отлично”. Но когда началось зачисление в аспирантуру, меня в списках не оказалось. Потом на заседании ученого совета Николай Иванович огласил имена тех, кто принят в аспирантуру, и тех, кто не принят. Назвав мою фамилию, он произнес: “Все мы понимаем, почему он не принят. Поэтому просьба к Иосифу Моисеевичу — остаться работать лаборантом, а нашему

коллективу — создать ему условия не хуже, чем у аспирантов”. И я продолжал работать в области клинической физиологии органов чувств.

Николай Иванович вел себя вызывающе, активно брал на работу евреев. Это вызывало недовольство у руководства, и его решили убрать подальше от Москвы, как бы в “почетную ссылку”, и направили в Минск президентом Белорусской Академии наук. Ему на смену пришел Н. В. Коновалов. И однажды, когда в институте шла какая-то конференция, Коновалов вдруг назвал мою фамилию: “Я хочу проинформировать коллектив о неприятности, которая произошла с нашим товарищем”. Я насторожился. “Мы недавно перевели его из лаборантов в младшие научные сотрудники, а президиум Академии не утверждает его. Поэтому я прошу его продолжать работать лаборантом”. Я получил сразу две записки. Одну — от профессора Рабкина, нейроофтальмолога: “Иосиф Моисеевич, ни в коем случае не уходите из института. Хулиганы сдохнут раньше, чем мы”. Другую — от Снякина, заведующего одной лабораторией. Он в свое время уговаривал меня перейти к нему, но я отказался, и он обиделся. Он написал: “Теперь-то вам придется перейти в мою лабораторию!”.

Я пошел к Коновалову выяснять, в чем дело. Он сказал: “Мы вас перевели младшим научным сотрудником, а президиум не утверждает. Но лаборантское место мы уже заняли, и теперь не понятно, как с вами быть”. — “А почему не утверждают?” — “Не понимаю почему. Недавно я был на одной конференции, и в гостинице мой номер оказался рядом с номером Давыдовского. Я говорил с ним об этом, и каждый раз, когда я упоминал ваше имя, то как будто на мозоль ему наступал. Какие у вас с ним конфликты?” Я ответил: “Никаких, я ни разу с ним не встречался”. И решил спросить его напрямую: “А национальность здесь играет какую-то роль?” Он ответил: “Решающую. Я прямо так его и спросил: вы поэтому его не пропускаете? Он сказал, что поэтому”. И Коновалов облегченно вздохнул. Точка над *i* была поставлена.

Рядом с нашим институтом находился Институт хирургии Вишневского. Коновалов предложил мне: “Я поговорю с Вишневским, может быть они зачислят вас лаборантом, но чтобы вы продолжали работать у нас”. Он позвонил туда, и Вишневский согласился. Но через несколько дней Коновалов сообщил мне: “Звонил Вишневский и сказал: у этого человека (т.е. у меня) какой-то конфликт с Давыдовским; уладьте этот конфликт, и я его зачислю”. Коновалову все время звонили из президиума и спрашивали, отчислили меня или нет. Он тянул, чтобы дать мне возможность найти работу.

Потом мне сказали, что в Институте психиатрии, подчиненном не Академии медицинских наук, а Министерству здравоохранения, есть вакансия в электрофизиологической лаборатории. Я пошел к директору института Посвянскому. Он пообещал, что возьмет меня, как только я смогу уйти из Института неврологии, и попросил принести характеристику. Мне дали блестящую характеристику, и Посвянский, прочитав

ее, сказал: “Ничего не понимаю. Я бы никогда не отпустил из своего института человека, которому я даю такую характеристику. В чем дело?” Я говорю: “Вы понимаете, Давыдовский...” Он: “Давыдовский — жидомор! С этого и надо было начинать, а вы мне голову морочите. Вы зачислены”. Так я стал младшим научным сотрудником в электрофизиологической лаборатории этого института.

Вскоре после этого я заболел гепатитом и несколько месяцев пролежал в больнице. Однажды меня позвали к телефону в ординаторскую. Это звонил Посвянский: “У нас в институте была комиссия, и избавляются от некоторой категории работников. В частности, прицепились к вам. А тут очень удобный повод для увольнения — длительная болезнь. Мне нужна справка, что по окончании курса лечения вы будете трудоспособны”. — “Но кто мне даст такую справку?” — “Передайте мою просьбу вашему лечащему врачу”. Наутро я рассказал об этом своему палатному врачу. Она задала мне вопрос: “Но вы же сами врач, вы бы дали больному такую справку?” “Не дал бы, — ответил я, — откуда я знаю, что будет дальше с больным?” “А я дам, — сказала она, — во-первых, я уверена, что вы будете трудоспособны. А во-вторых, я имею право на врачебную ошибку”. Она дала мне справку, и Посвянский отстоял меня.

Я провел в больнице еще какое-то время, а когда стала известна дата выписки, позвонил в институт и сообщил, что через несколько дней смогу выйти на работу. И... меня сразу же уволили. Посвянского к тому времени уже убрали, его место занял новый директор — Мелихов. Когда я пришел на работу, мне сообщили, что я уволен. Мне требовалась какая-то справка, и я зашел по этому поводу к директору. Он говорит: “Понимаете, не уволить вас в этой ситуации я не мог. Но вы можете подать на меня в суд, и мы проведем дело так, что вы его выиграете”. Я сказал ему, что этого делать не буду, и рассказал историю, которую где-то прочитал: “У Шарко спросили по поводу одной пациентки, у которой был истерический паралич руки, может ли он ее вылечить. Он сказал, что может. Но после того как у нее пройдет истерический паралич руки, у нее начнется истерический паралич ноги. Так же и здесь. Допустим, это дело вы сможете повернуть, но дальше возникнет что-то другое, пока продолжается истерический антисемитизм. Так что мне нет смысла оставаться”.

Длительное время я был без работы, искал место невропатолога где-нибудь на окраине Москвы или под Москвой. Во многих поликлиниках требовался невропатолог. Но заявление о приеме на работу нужно было подавать не в саму поликлинику, а в райздрав. Там мне говорили: “Позвоните через три дня”. Звоню через три дня: “Позвоните через неделю”. В конце концов, я получал ответ, что в этой поликлинике уже взяли невропатолога, и вакансии больше нет. Мне звонит главврач: “Почему вы не приходите работать?” — “Мне сказали, что вам уже не нужно”. — “Да нет у меня невропатолога!”.

В конце концов, один знакомый поговорил с главным врачом больницы в Измайлове, Никитиным, и тот выразил готовность взять меня. Я пришел к нему на собеседование, и он велел мне выйти на работу на следующий день: “С завтрашнего дня я подписываю приказ о вашем зачислении. Это незаконно, потому что приказ должен быть утвержден райздравом. Но если приказ есть и вы начали работать, то не думаю, что райздрав его отменит. Единственное — мне могут объявить выговор”. Действительно, ему объявили выговор, но я начал работать.

Нагрузка у меня была огромная. Я был единственным невропатологом, и в мои обязанности входили и поликлинический прием, и вызовы на дом. А опыта поликлинической работы я не имел. Однажды я выписал больничный лист одной больной с радикулитом. Через пару дней ко мне пришла какая-то женщина, представившаяся работником месткома, которая должна держать в поле зрения людей, находящихся на больничном. И говорит: “Вы выписали больничный лист такой-то. Я была у нее дома, и она стирала белье. Значит, она может работать. Так вот: или вы закроете ей больничный, или мы будем оплачивать его за ваш счет”, Я получал тогда зарплату шестьдесят рублей. То же самое она заявила заведующей поликлиники. Заведующая потом сказала мне: “Вы впервые работаете в поликлинике? Так вот, помните. В кабинете всегда трое: вы, перед вами — пациент, а за вашей спиной — прокурор”. Все обошлось, больничный я ей не закрыл.

Меня интересовала наука. Я отгородил себе в больнице фанерой угол под лестницей, товарищи доставали мне какие-то приборы. И через некоторое время я провел исследование и написал диссертацию на тему “Взаимодействие органов чувств в норме и при различных заболеваниях”. Защитить диссертацию в той ситуации было очень сложно. Моим научным руководителем был Николай Иванович Гращенков, работавший тогда в Минске. К нему приезжали в Минск толковые евреи из Москвы и Ленинграда, и он брал их на работу. Кто-то из правительства Белоруссии поднял вопрос, не еврей ли Николай Иванович, и потребовали эксгумации его отца, чтобы проверить, не является ли отец евреем. Я слышал историю, что он рос в какой-то бедной белорусской семье, выучил грамоту чуть ли не в двенадцать лет, работал пастухом. Потом еврейская семья приютила его, дала образование. Он хорошо относился к евреям и не боялся идти против течения, чтобы помочь им.

Во время “дела врачей” положение в больнице было ужасным. Например, произошел такой случай. Я выписал лекарство пациентке. Через несколько дней она пришла ко мне с жалобами, что ей стало хуже. Я спросил, принимала ли она это лекарство. “Нет, — ответила она. — Понимаете, я пришла в аптеку, а там сидит еврейка. В газетах такое пишут! Я не решилась взять лекарство”. Я говорю: “Но я тоже еврей”. — “Но вас-то я знаю, а ее нет”. В другой раз ко мне пришел пациент с пузырьком лекарства, которое

я ему назначил, и сообщил: “Мне сказали в аптеке, чтобы я ни в коем случае не принимал его, потому что это — токсичная доза”. Я возмутился, позвонил в аптеку и попросил заведующего. Мне ответил какой-то старческий голос, явно еврейский. Я говорю ему: “Вчера у вас был такой-то рецепт”. — “Да, коллега, был, только там доза в десять раз больше, чем нужно. Я предупредил больного, что не надо его принимать”. “Во-первых, — ответил я ему, — там была выписана нужная доза. Кроме того, врач ведь может ошибиться. Если вы считаете, что врач — преступник, передайте это в соответствующие органы. А если вам кажется, что это ошибка, позвоните врачу. Но не давайте лекарство больному! И доза там не токсичная, проверьте это по фармакопее”. Он стал проверять: “Подождите... Да, коллега, все правильно”.

В такой обстановке я работал. Однажды во время приема сотрудница регистратуры зашла ко мне в кабинет, закрыла дверь и начала искать что-то на полу. И при этом бормотала себе под нос: “Пришел утром какой-то человек, записался у ухо-горло-носу. Ухо-горло-нос давно закончил прием, а этот человек не уходит, сидит около вашего кабинета”. Ей показалось, что пришли следить за мной или арестовать, и она решила предупредить меня.

После смерти Сталина ситуация изменилась. Я защитил ранее написанную диссертацию по неврологии. В это время в Институте судебной психиатрии им. Сербского освободилась должность заведующего электрофизиологической лабораторией. Мне предложили подать туда документы на конкурс. Я не был знаком с директором института и думал, что это дело абсолютно безнадежное. Но я поговорил со Снежневским, которому понравилась моя диссертация, и он рекомендовал мне попробовать. На моей защите был Курашов — доцент кафедры Снежневского, ставший заместителем министра здравоохранения. И вдруг, когда я лежал с гриппом, мне позвонили из министерства: “Замминистра просит вас зайти”. Я всегда считал, что вызовы к начальству связаны с неприятностями, и сказал, что болен. “Когда сможете, позвоните”, — попросили меня.

Через некоторое время я пошел к нему на прием, но секретарша сказала, что его нет на месте, он куда-то уехал. Я повернул обратно и встретил в коридоре одного знакомого, который сказал мне, что Курашов у себя в кабинете. Возмущенный, я вернулся к секретарше. Она призналась, что он действительно у себя, но очень занят и никого не принимает. Я попросил ее передать ему, что пришел Фейгенберг. Она зашла к нему и, выйдя, с брезгливым видом буркнула: “Подождите минутку, он вас примет”.

Дальше был какой-то дурацкий разговор. “Ну как? — спросил он меня. — Все там же? Молоточком по коленке? Это же не работа для вас”. Я говорю: “Другой нет”. В конце разговора он велел мне заполнить анкету, т.е. он явно хотел что-то для меня сделать. На следующий день я узнал, что Курашов стал министром. С его одобрения я стал заведующим лабораторией электрофизиологии в Институте судеб-

ной психиатрии, и работа у меня пошла очень хорошо. Директором института был Морозов. В это время Снежневский, который заведовал кафедрой психиатрии в ЦИУВе (Центральном институте усовершенствования врачей), предложил мне организовать электрофизиологическую лабораторию у него на кафедре. Это я и сделал.

Но в дальнейшем у меня начались конфликты со Снежневским. Он занимался в основном шизофренией, а в этой области исследование биотоков мозга малоэффективно. Психиатры искали какие-то объективные симптомы. В свое время был описан первый объективный симптом, названный по имени крупного немецкого психиатра “симптом Бумке”, состоящий в следующем. Если с человеком разговаривают и неожиданно уколуют ему руку иголкой, у него расширяются зрачки, а у шизофреника — нет. Сначала этому обрадовались, а потом этот симптом забросили. Ведь любой симптом интересен в двух случаях. Во-первых, тогда, когда ясно, как он связан со всей патологией, во-вторых — если он встречается практически всегда. Симптом Бумке не удовлетворял ни тому, ни другому.

Когда появилась электроэнцефалография, то надеялись, что ее можно будет использовать при шизофрении, но оказалось, что специфических признаков шизофрении на электроэнцефалограмме нет. Но была замечена такая вещь. У здоровых людей при внешнем раздражении наблюдается депрессия альфа-ритма. А у шизофреника с далеко зашедшим процессом болезни нет депрессии альфа-ритма. Тогда у меня появилась мысль, что у этих больных нарушена ориентировочная реакция, и я задумался над тем, что это такое. Бывает реакция на свет, на звук, на укол. Мы ставили такой эксперимент. С равными интервалами подается какой-то сигнал, и в ответ возникает ориентировочная реакция. Вначале она большая, потом все меньше и меньше и постепенно затихает. Подача сигналов продолжается, а ориентировочной реакции нет. Но если я пропускаю сигнал, то в этот момент возникает ориентировочная реакция. Спрашивается — на что? Ведь в этот момент сигнала нет.

Считали, что это — реакция на время, но я не согласился. Во-первых, если мы делим реакции на световые, звуковые, кожные, то в этом ряду нет места для времени. Время — это что-то другое, нет рецептора, который воспринимает его. Где в этом случае начинается рефлекторная дуга? Нельзя сказать, что, кроме реакции на свет и на звук, есть реакция на время. Это значит реакция на отсутствующий сигнал? Ведь если бы я дал сигнал, то реакции не было бы. Значит, это не реакция на время, а реакция на отсутствие сигнала в тот момент, когда человек ожидал этот сигнал по прошлому опыту. Это и есть ориентировочная реакция — реакция на несоответствие реальной ситуации тому, что ожидалось, т.е. прогнозу.

Я назвал это “вероятностным прогнозом”. Это не мистический прогноз будущего, он идет из прошлого опыта. На основании этого я могу сказать, что у больных с шизофреническим дефектом нарушена ориен-

тировочная реакция. На это психиатр разумно говорит: “Ну и что? Как это связано с психопатологией?”

Тогда я занялся психопатологией, и выяснилось вот что. Психиатр описывает у таких больных эмоциональную тупость. То есть на ситуацию, на которую обычные люди дают эмоциональную реакцию, больной не реагирует. Например, на анекдот. Анекдот — это рассказик, обычно из сферы, близкой слушателю. Этот рассказик вызывает у слушателя прогнозирование того, что будет дальше. В конце анекдота прогноз слушателя не оправдывается. Неожиданность конца и вызывает эмоциональную реакцию. А у больных с шизофреническим дефектом нарушено вероятностное прогнозирование. Поэтому и снижены эмоциональные реакции.

Еще один психологический эксперимент, который в литературе называют “четвертый лишний”. Больному предлагают четыре картинки и спрашивают, какая из них лишняя. На одной картинке — пистолет, на другой — барабан, на третьей — военная пилотка, а на четвертой — зонтик. Обычно люди говорят, что лишний здесь зонтик, поскольку он не является военным атрибутом. А шизофреник может назвать лишней пилотку, потому что все остальные предметы могут издавать звуки: пистолет стреляет, барабан бьет, зонтик щелкает при открывании, а пилотка, даже если упадет на пол, шума не произведет. Интересно, что здоровые люди смеются над таким ответом, хотя это совсем не смешно. Все логично. Больной сделал то же самое, что и здоровые: выбрал принцип классификации и в соответствии с ним нашел отличие. Но он выбирает крайне редкий, маловероятный в обычной жизни принцип: никто не рассматривает зонтик с точки зрения предмета, издающего звук. Нарушена не логика, а вероятностный прогноз.

Тут у меня возникли разногласия со Снежневским. У меня накапливалось все больше доводов, что у человека существует такая вещь, как вероятностное прогнозирование, и она нарушена при шизофрении. Снежневский никак не мог это принять. Он говорил: “Я сижу в кабинете, неожиданно на улице послышался какой-то шум, и я вздрогнул. Вы говорите, что я прогнозировал тишину, а раздался звук. Но я ничего не прогнозировал, я сидел и работал. У Павлова все ясно и просто, а у вас сложно”. На это я рассказал ему анекдот. Человек ищет что-то около фонаря. Другой спрашивает: “Что ты ищешь?” — “Монетку потерял”. — “Где потерял?” — “Вон там”. — “Почему же ты ищешь здесь?” — “Потому что здесь светло”.

В моей докторской диссертации был раздел, посвященный вероятностному прогнозированию. Я показал Снежневскому свою докторскую и сказал ему: “Я знаю, что вы возражаете против вероятностного прогнозирования. Можно выбросить этот раздел, тут хватит материала на докторскую”. Он говорит: “Нет, оставьте, а если будет плохо, то сами расхлебывайте”. Итак, я стал заниматься исследованием вероятностного прогнозирования. Его встречали в штывы, но я продолжал проводить эксперименты. Однако нигде

ничего не публиковал, ясно было, что такие вещи ни за что не напечатают. Прошла знаменитая “Павловская сессия”, на которой все “непавловское” было разбито.

Примерно в 1960 году мне позвонил Николай Иванович Гращенков, у которого я уже не работал, и сообщил, что предстоит объединенная сессия трех академий: Академии наук, Академии медицинских и педагогических наук. “Мне, — сказал он, — предстоит сделать там доклад, и я хочу попросить вас и Льва Павловича Латаша быть моими соавторами”. Я согласился, а про себя подумал: ему поручили делать доклад, у него нет времени его писать, и он хочет, чтобы мы это сделали вместо него, хотя нам это не по рангу, там ведь будут академики”. Мы договорились встретиться у меня дома. Но оказалось, что Гращенков принес толстую папку с докладом, чтобы мы прочитали. То есть моя гипотеза отпала. Мы договорились встретиться снова через несколько дней. И тогда я подумал: если уж мне выпало быть содокладчиком на такой конференции, надо этим воспользоваться и доложить о вероятностном прогнозировании.

Подготовленный Гращенковым текст был построен по старым “марксистским” принципам. Я написал раздел о вероятностном прогнозировании, и Николай Иванович, прочитав, предложил добавить это в доклад. Я говорю: “Нельзя добавить — либо то, либо другое. Одно противоречит другому”. Он сначала вспыхнул, но потом согласился. Меня поразило его умение перестроиться.

Все доклады печатались на ротапринтере и раздавались оргкомитету. Раз в неделю в Институте философии в кабинете директора собирались люди и обсуждали один за другим доклады, большинство из которых представляли собой классические “постпавловские” доклады. Дошла очередь до нас, Николай Иванович зачитал доклад. И начались выступления против. Асратян: “Что вы думаете? Павлов открыл высшую нервную деятельность, а вы считаете, есть еще какая-то высочайшая?!” Кто-то еще: “Это еще одна попытка про... в современную философию аристотелеву энтелихию!” Снежневский, сотрудником которого я являлся, заявил: “От вас после этого мокрого места не останется. И поделом!” Кто-то еще выступил с критикой, но не так резко. Некоторые заявляли, что Гращенков и его сотрудники — антипавловцы.

Однако после конференции никакой реакции не было, с работы меня не уволили. Мне позвонил Александр Романович Лурия и попросил дать статью на эту тему в “Вопросы психологии”. Так я начал печататься. Но отношение к этому, особенно у павловцев, было очень сдержанным. Ведь что такое павловский условный рефлекс? Допустим, есть какой-то раздражитель А, вызывающий реакцию, и раздражитель В, не вызывающий такой реакции. Но если раздражитель В дается одновременно с А, то реакция возникает. У нас получается другое — что у животных есть способность прогнозировать будущее по прошлому опыту. И вот возникает ориентировочная реакция,

когда идет рассогласованность между прогнозом и действительностью. И тогда возникает вопрос: как устроена память, чтобы она могла вызывать такие вещи? Я стал работать над этой проблемой.

Представим себе, что память только что рожденного животного — это книжный шкаф с выдвижными ящиками, и они все пустые. Как заполняется память? Произошло событие А, и на одном из ящиков пишется А. После А шло другое событие — В. На другом ящике пишется В, и карточка В кладется в ящик А. Значит, карточка В в ящике А — это память о том, что после А было В. И так дальше заполняется память. Как же делается вероятностный прогноз? Если возникает событие В, то из памяти достается ящик В и смотрят каких карточек больше всего. Если больше всего карточек А, то можно прогнозировать, что будет, вероятнее всего, А. Но такая модель на самом деле плоха. Если эта система прожила достаточно долгую жизнь, а потом ситуация изменилась, то для того чтобы перестроить прогнозы, надо прожить еще столько же. Схема становилась все сложнее, и все лучше моделировала действительность.

В процессе эволюции устоялись те особенности, которые чем-то полезны организму. А чем полезна память, зачем она нужна животному? Для того, чтобы предвидеть будущее. Таким образом, память — это функция, обращенная не к прошлому, а к будущему. Я помню, как сказал одному историку, крупному специалисту по Византии: “Зачем человечеству нужна историческая память? Для того чтобы предвидеть будущее”. Он сказал: “Ты совершенно не прав. Меня интересует Византия, и мне плевать на будущее и на настоящее”. “Ты не прав, — убеждал я его, — тебя интересует прошлое, но общество тебя кормит, одевает, потому что обществу, всей системе ты нужен. Ты нужен человечеству для понимания будущего”.

В 60-х годах в Москве состоялся Международный психологический конгресс, и меня попросили сделать на нем доклад. Симпозиумом руководил Анохин, очень высокомерный человек. От России на этом симпозиуме было два доклада — анохинский и мой. Как-то мы с Анохиным обсуждали предстоящий симпозиум, и он сказал мне: “Мы с вами наносим очень большой вред советской науке”. Я спросил его, чем я наношу вред. Он ответил: “Мы начинаем придумывать разные слова. Никому это не нужно. Я говорю об акцепторе действия, Бернштейн говорит об образе “потребного будущего”, вы говорите о вероятностном прогнозировании, Соколов говорит — нервная модель стимула. Но для чего всем говорить разными словами? Все должны говорить одно и то же — акцептор действия, как я”.

Я сказал ему: “Вы правы в том, что все названные вами люди подошли к малоисследованной области. Но каждый видит ее со своей стороны. Представьте себе, что в какой-то момент люди подошли к юга к какой-то горе, осмотрели ее и дали ей название Джомолунгма. Другие подошли к горе с севера, описали ее и дали название Эверест. Оказалось, что это одна и та же гора. Тогда уже безразлично, как ее будут назы-

вать. Но не надо это делать слишком рано. Пока мы не увидим всей картины, не надо стирать различия”.

Я заведовал лабораторией на кафедре психиатрии в ЦИУВ. Однажды меня вызвали к директору и предложили место профессора на новой, только что организованной кафедре педагогики, на которой велось преподавание для профессорско-преподавательского состава институтов усовершенствования врачей. Причем в разговоре мне ясно дали понять, что мою лабораторию все равно прикроют. Уходить из лаборатории мне не хотелось, но у меня не оставалось выбора, и я согласился на это, тем более, что желание преподавать было у меня и раньше. Мне предстояло читать лекции преподавателям высших медицинских учебных заведений. Для начала я пошел в педагогический институт и добросовестно прослушал курс педагогики для студентов. Но никакой пользы для себя я из этого не извлек. Я подумал, что мой курс будут слушать преподаватели, доценты, профессора.

Что было делать? Я представил себе такую ситуацию. Кто-то из моих близких заболел, и мне рекомендуют двух врачей: профессора, написавшего пять монографий, и врача без степеней, но который кому-то помог. Я пойду ко второму, потому что самое важное то, как врач помогает больным, а не то, сколько он знает. Знание и умение помочь — не одно и то же. На лекциях дают какие-то знания, которые потом проверяют на экзамене. На экзамене студент пересказывает лекцию. А врача не просят пересказать лекцию, его просят решить задачу. Традиционный способ обучения — дать знания, затем на каких-то задачах или упражнениях эти знания закрепить, а потом проверить. А врача надо учить умению решать задачи. Каждый больной — это задача.

В результате размышлений я пришел к выводу, что в жизни задачи у врача не только те, которые бывают в традиционном учебном процессе. В традиционной задаче дано все, что нужно для ответа на поставленный вопрос. А в жизни? Дано: доктор, у меня болит голова. Спрашивается: чем я болен и что мне делать? А откуда врач знает, чем ты болен? Мало ли, от чего может болеть голова. Врач в жизни, и не только врач, но и инженер или экономист, получает задачу в неразрешимом виде, т.е. у него не хватает данных. Школяр скажет: вы мне плохую задачу дали. В жизни так сказать нельзя, а решить задачу надо. Значит, надо решить, каких данных не хватает, и активно добыть данные, которые позволят решить задачу, а именно помочь больному. При обучении нужно больше задач, и не только таких, которые по традиции применяются в школе, а задач, и не только таких, которые по традиции применяются в школе, а задач с недостающими данными, которые надо получить.

Второе — это задачи с нечеткой постановкой вопроса. В школярской практике постановка вопроса очень четкая, а в жизни сплошь и рядом возникает вопрос: как лучше лечить? А что такое — лучше? Например, у больного тяжелое материальное положение, по больничному листу ему не платят, и ему надо поскорее выйти на работу. Значит, мне надо поскорее

поднять его на ноги. Но при этом могут возникнуть осложнения. Другой вариант: моя цель — избежать осложнений, и я его подольше подержу в постели. Это другая тактика. Как-то я рассказал это генералу академику Газенко, и он привел мне военный пример, как поступить врачу на линии фронта с ранеными, если ситуация на этом участке фронта очень тяжелая? Если я сниму всех раненых и отправлю в тыл, то прорвут фронт и погибнут и раненые, и все остальные. Значит, раненому в руку я обработаю рану и отправлю в госпиталь. А раненого в ногу я оставлю около пулемета. Я не могу его снять. Это огромный риск: у него может начаться сепсис, он погибнет... Эта плата за то, чтобы не случилось худшее, то есть перед нами задача с неопределенностью вопроса, и ответ в ней такой: я поступлю вот так, в результате выиграю то-то и то-то какой-то ценой. Врач должен каждый раз думать: какой ценой?

Для того чтобы показать это аудитории, я привел такой пример. Представьте себе, что вы дежурите в приемном покое детской больницы. Привезли трехлетнюю девочку в тяжелом состоянии. Вы осмотрели ее и решили, что ей необходимо прямо сейчас, в приемном покое, сделать переливание крови. У вас есть подходящая группа крови, но у девочки отрицательный резус, а кровь, которую можно перелить, с положительным резусом. Переливать или нет? Кто-то говорит: “Ни в коем случае! Есть инструкция, которая запрещает такие вещи”. Я говорю: “Вы решали задачу, как избавиться от неприятностей — не нарушать инструкцию. А если девочка — ваша внучка?” — “Тогда другой разговор”. Если я немедленным переливанием крови ускорю ей выздоровление на неделю, то я не стану этого делать. Лучше ей помучиться неделю, но избежать резус-конфликта в будущем. Но если переливание крови требуется для спасения жизни, то выхода нет. Но — дорогой ценой: сейчас я спасу ее, но через двадцать лет, когда у нее будет беременность, может возникнуть резус-конфликт. Я должен объяснить это ее матери, чтобы она рассказала об этом дочери, когда та подрастет. Врача необходимо научить всегда думать о том, чего он хочет достигнуть и какой ценой, чтобы не допустить непоправимой ошибки.

Мы приехали в Израиль в 1992 году, решив, что внуку здесь будет лучше. Мне в то время было около семидесяти лет. Я подумал: чем я могу быть полезен обществу, которое приютило меня? Наверное, есть и другие пожилые люди, которые занимались наукой и теперь остались не у дел. Им есть что рассказать и интересно послушать других. Я решил организовать семинар, на котором такие люди могли бы рассказать о своей деятельности. Первый доклад сделал я. Это дело пошло, мы провели сотое заседание. Постепенно на семинаре стали появляться и более молодые люди. Время от времени я возвращался к проблеме вероятностного прогнозирования. Одна из участниц семинара преподает в школе физику. Она заинтересовалась тем, как применить это в учебном процессе. Это ока-

залось результативно. Врач применил это в медицине. Нам удалось опубликовать работы: с ней — по педагогике, с ним — клинические. Появился математик, приспособивший к компьютеру модель памяти.

У нас образовалась небольшая группа, где каждый ведет исследовательскую работу в своей области, и мы все вместе это обсуждаем. Это очень интересно. Результаты оформляются как статьи или доклады.

Существует международная организация EARLI (European Association for Research of Learning and Instruction), которая занимается исследованиями в области педагогики и преподавания. Раз в два года они проводят в разных странах международные педагогические конференции, на которые собираются полторы тысячи человек. Там можно заявить доклад или симпозиум. Наша группа тоже сумела провести там симпозиум, в котором участвовали представители Германии и Голландии. В моей группе есть и студенты, я считаю, что молодым очень важно знать, что твой доклад принят на международной конференции. Сейчас мы готовим очередную конференцию.

Очень многим я обязан и замечательному физиологу — Николаю Александровичу Бернштейну, хотя никогда не был его формальным сотрудником. В течение трехсот лет доминирующей в нейрофизиологии была рефлекторная физиология. Понятие рефлекса ввел Декарт, многое добавил к этому Сеченов, европейские ученые. Потом Павлов открыл условные рефлексы. Рефлекторная физиология рассматривает организм как некоторую пассивную систему, отвечающую какой-то реакцией на стимул, противопоставляя это тому, что называлось идеалистической точкой зрения. Бернштейновская линия — это физиология активности. Я считаю, что с появлением Бернштейна начинается новая парадигма в нейрофизиологии. За его работу ему была присуждена Государственная премия. Потом, с нарастанием волны антисемитизма, его не печатали, а его лабораторию ликвидировали. После выхода на пенсию он продолжал работать дома. Экспериментальная работа была для него закрыта, и он разрабатывал то, что называется физиологией активности. Умер он в 1966 году. После похорон я сказал своему товарищу, что бернштейновская линия будет развиваться и дальше, и Бернштейна не забудут. Он сказал: “Ты не прав: Бернштейна забудут, линия его будет развиваться, но у него полно неопубликованных работ, которые никто не знает. Его самого забудут”.

Я решил, что надо написать о нем книгу и выпустить не изданные им работы. Потом я, будучи за рулем машины, попал в тяжелую автокатастрофу. Я подумал о том, что остался в живых, потому что за мной остается долг. И я решил, что надо издать работы Бернштейна в серии “Классики науки”³. Академик Газенко помог мне в этом деле, и том Бернштейна удалось издать. Однажды уже после его смерти, я рассматри-

³ Н. А. Бернштейн. Физиология движений и активности. — М., 1990.

вал у него дома книжные полки, и наверху, под потолком, увидел какой-то пыльный пакет. В нем лежали засвеченные листки фотобумаги, исписанные рукой Бернштейна. Это оказалась его работа “О ловкости”. Я спросил у его дочки, где сама книга. Она сказала: “Я точно помню, что она была. Еще в детстве отец подарил мне наручные часы на полученный за нее гонорар”. Но книги не было, не нашел я ее и в библиотеках.

Потом выяснилось, что книга была им написана и сдана в издательство “Физкультура и спорт”. Ее уже готовили к изданию, выплатили автору половину гонорара. И тут начались гонения на Бернштейна. Издательству было проще рассыпать набор, чем издать книгу такого крамольного автора. Я отнес неопубликованную рукопись “О ловкости” в издательство и сказал, что это рукопись классика науки. Они с радостью приняли ее. Нашелся старичок, который работал когда-то в издательстве и сохранил у себя верстку этой книги с правкой Бернштейна. Эту правку мы тоже использовали и издали книгу⁴.

В 30-х годах Бернштейн написал книгу с очень серьезной критикой Павлова. Книга была уже набрана, но Павлов за это время умер. Бернштейн считал аморальным бросать перчатку оппоненту, который уже не сможет ответить и по его настоянию набор рассыпали. Но верстка этой книги с правкой хранилась у Бернштейна. Как-то я предложил Бернштейну издать эту книгу. Он ответил: “Мне сейчас не до этого, есть другие дела. Но если вы когда-нибудь решите, что стоит это делать, подумайте”, и он подарил мне эту верстку.

Перед отъездом в Израиль я пошел в Ленинскую библиотеку и отдал им рукопись книги “О ловкости” на листках фотобумаги, а эту верстку отдавать не стал. Но вывезти ее в Израиль я не мог: для этого необходимо было получить разрешение Ленинской библиотеки, а они бы не дали разрешение на вывоз книги, которая не издавалась. Прощаясь с Газенко, я рассказал ему, что хочу отдать рукопись в хорошие руки, и он согласился взять ее у меня. И вот однажды, когда я уже жил в Иерусалиме, мне позвонил какой-то незнакомый человек: “Я был в Штатах на конференции, встретил там Газенко, и он попросил меня передать вам из рук в руки какой-то пакет”. Это оказалась та самая верстка. Теперь эта книга издана⁵. Я также написал книжку о Бернштейне, в которой рассказал историю его семьи⁶. Издал я также книгу о Выготском.

Уже после отъезда в Израиль меня пригласили в Германию прочитать в нескольких университетах курс лекций о вероятностном прогнозировании. Лекции им понравились, и они попросили меня оставить им тексты, чтобы издать⁷.

⁴ Н. А. Бернштейн. О ловкости и ее развитии. — М., 1991.

⁵ Н. А. Бернштейн. Современные искания в физиологии нервного процесса. — М., 2003.

⁶ И. М. Фейгенберг. Николай Бернштейн — от рефлекса к модели будущего. — М., 2004.

⁷ И. М. Фейгенберг. Вероятностное прогнозирование. — М., 2008.

Недавно я закончил писать книгу для педагогов, которую должны скоро издать в России⁸. Хотел бы написать еще одну книгу.

Я послал в журнал “Вопросы философии” статью, которая так и называется: “Человек достроенный и биосфера”. Я заканчиваю эту статью вот чем. В процессе эволюции появился “гомо сапиенс”, человек разумный. Но человек достроенный стал очень сильным. Человек разумный делал, что мог. Если это приносило пользу, он продолжал делать это дальше. Если это приносило вред, то прекращал. Т.е. сначала он делал, а потом смотрел, к чему это привело. Но человек достроенный должен заранее предвидеть результаты, чтобы они не привели к плохим последствиям, иначе будет поздно. Человек достроенный выживет только в том случае, если его разумность станет значительно выше, чем она была до сих пор. И если был человек “гомо сапиенс”, то теперь он должен быть “гомо сапиентиссимум”, т.е. разумнейший.

* * *

Мною уже прожита большая часть жизни. Самым большим везением в моей жизни я считаю то, что на всех ее этапах — и раньше в России, и сейчас в Израиле — я видел около себя много очень хороших людей. И если мне удалось в жизни преодолеть какие-то трудности и сделать что-то полезное, то этим я обязан им.

От редактора. Мне посчастливилось неоднократно общаться с Иосифом Моисеевичем. Вначале как с рецензентом моей первой диссертации в 1966 году, потом — в качестве слушателя его лекций и участника нескольких конференций в Москве и Тбилиси, на которых он выступал. Надо сказать, что публикуемый текст при всей его раскованности не передает той необыкновенно живой свободной остроумной манеры его лекций-размышлений, насыщенных образными примерами из повседневной жизни самого разного рода — знак глубокого проникновения в исследуемую проблему, как это было характерно для Курта Левина, Германа Хакена и других.

Превратности жизни, не в лучшие времена и не в лучшем месте, не только не ожесточили его, но наоборот, — вопреки этому предрассудку, как много претерпевший в своей жизни, он остался необыкновенно доброжелательным человеком с готовностью помочь советом и делом.

Пионерские работы Иосифа Моисеевича по вероятностному прогнозированию — это принципиально новый, более адекватный подход к функционированию организма, нервной системы и психической деятельности, и к их расстройствам.

Неоценим его вклад в утверждение все еще далеко опережающих наше время в области нейрофизиологии идей его учителя Николая Александровича Бернштейна — физиологии активности, в спасение для всех нас его бесценных текстов.

⁸ И. М. Фейгенберг. Учимся всю жизнь. — М., 2008.

ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ТВОРЧЕСТВО

К 530-летию Салернского кодекса здоровья (1480) Арнольда из Виллановы (1235 – 1511)

Салернская школа здоровья существовала с IX века. В начале XIV века ее медицинское кредо в области диететики и предотвращения заболеваний изложил в стихах Арнольд из Виллановы (родом из Валенсии), один из прославленных врачей Средневековья, который впервые связал химию и медицину. Этот труд, изданный в 1480 г., выдержал более 300 изданий на самых разных языках. Первый перевод на русский язык был сделан прозой в 1960 г., в стихах — в 1970 г. Мы помещаем небольшой отрывок из этого перевода.

82

В теле находятся нашем четыре различные влаги:
Флегма и светлая желчь, кровь и черная желчь.
 Воплощенье
Флегма — в воде, а в земле себе черная желчь
 обретают;
Кровь — это воздух,
 а светлая желчь в огне воплотилась.

83

Каждый сангвиник всегда весельчак
 и шутник по натуре,
падкий до всякой молвы
 и внимать неустанно готовый,
Вакх и Венера — услада ему, и еда, и веселье;
С ними он радости полон
 и речь его сладостно льется.
Склонностью он обладает
 к наукам любим и способен.
Чтоб ни случилось, —
 но он не легко распаляется гневом.
Влюбчивый, щедрый, веселый,
 смеющийся, румянолицый,
Любящий песни, мясистый,
 поистине смелый и добрый.

84

Желчь существует, —
 она необузданным свойственна людям.
Всех и во всем превзойти человек
 подобный стремится;
Много он ест, превосходно растет
 и легко восприимчив,
Великодушен и щедр,
 неизменно стремится к вершинам;
Вечно взъерошен, лукав, раздражителен,
 смел и несдержан,
Строен и хитрости полон, сухой он
 и с ликом шафранным.

85

Флегма лишь скудные силы дает,
 ширину, малорослость.
Жир порождает она и ленивое крови движенье.
Сну — не занятиям —
 свои посвящает флегматик досуги.
Лень и сонливость, рассудок тупой
 и вялость движений.
Всякий флегматик сонлив и ленив,
 и с обильной слюною,
Тучен он телом и разумом туп,
 белолицый обычно.

86

Только про черную желчь
 мы еще ничего не сказали;
Странных людей порождает она,
 молчаливых и мрачных.
Бодрствуют вечно в трудах
 и не предан их разум дремоте;
Тверды в намереньях,
 но лишь опасностей ждут отовсюду.
Жадны, печальны, их зависть грызет,
 своего не упустят,
Робки, не чужд им обман,
 а лицо их землистого цвета.

87

Влаги такие известны,
 что каждому цвет доставляют.
Цвет образуется белый из флегмы в телах.
 А из крови
Красный; из желчи же красной
 рождается цвет красноватый,
Черная желчь награждает тела окраскою мрачной;
Смуглого цвета, обычно,
 в ком желчи подобной избыток.

88

Крови излишек — краснеет лицо,
а глаза выступают,
Щеки вздуваются, тело чрезмерно тогда тяжелеет;
Пульс отмечается частый и полный,
и мягкий, а боли
Сильные, чаще во лбу, и живот
от запора страдает.
Жажда, язык иссушен, сновидения полные крови,
Сладость в слюне, но она же
и острого привкус содержит.

89

Справа болит, шершавый язык,
звон в ушах постоянный
Сон пропадает, а часто и рвота —
от желчи избытка;
Сильная жажда и боль в животе,
выделенья со слизью,
В сердце уколы, тошнит и желание есть пропадет,
Пульс же и твердый, и слабый, частит,
лихорадочен также.
Горько и сухо во рту,
в сновиденьях пылают пожары.

90

В теле, когда переходит границы
законные флегма,
Вкуса не чувствует рот, но с обильной слюной —
отвращение;
Боли тогда возникают в желудке,
затылке и ребрах,
Пульс незаметный и мягкий,
не частый и медленный также.
Следом за ложной дремотой
идут о воде сновиденья.

91

Если же в полных телах
воцаряется черный осадок,
Жидкою станет моча, пульс же — твердым
и темною — кожа.
Чувство тревоги и страх, и печаль.
В сновиденьях кошмары,
Мучает кислым отрыжка
и то же в слюне ощущение.
Часто в ушах пораженных
иль звон, или свист раздается.

Перевод Ю. Ф. Шульца

РЕКОМЕНДАЦИИ

- В. П. Zubov.* Аристотель. — М., 2009
Людвиг Витгенштейн. Дневники 1914 – 1916 годов. — М., 2006
В. В. Бибихин. Ранний Хайдеггер. — СПб., 2009
М. Хайдеггер. Парменид. — СПб., 2009
Ян Паточка. Еретические эссе о философии истории. — М., 2008
М. Мамардашвили. Опыт физической метафизики. — М., 2009
Е. Н. Францева-Дозорова. Философы и музыка. — М., 2007

* * *

- Йоган Фридрих Гербарт.* Психология. — М., 2007
Инстиляция страсти. — М., 2009
Рой Портер. Краткая история безумия. — М., 2009
Томас Сас. Фабрика безумия: сравнительное исследование инквизиции и движения за душевное здоровье. — Екатеринбург, 2007 (книга одного из главных идеологов антипсихиатрии)

* * *

- Жак Ле Гофф.* Рождение чистилища. — Екатеринбург, 2009
Томас Манн. Аристократия духа. — М., 2009
А. М. Ремизов. Рукописные книги. — СПб., 2008
Гастон Башляр. Избранное: поэтика грез. — М., 2009
Поэзия как жанр русской философии. Антология. — М., 2007

* * *

- Ю. С. Степанов.* Методы и принципы современной лингвистики. — М., 2009
Биоэтика и гуманитарная экспертиза. — М., 2008
Т. В. Соколова, И. Э. Пашковский. Экспертиза художественных изделий. — М., 2009

* * *

- Генри Моргенау.* Трагедия армянского народа — М., 2009
Цзян Чжунчжэн (Чан Кайши). Советская Россия в Китае. Воспоминания и размышления в 70 лет. — М., 2009
В. Г. Науменко, П. Н. Стрелянов. Великое предательство. Как погибли казаки. — М., 2009
Г. Митрофанов прот. Трагедия России. Запретные темы истории XX века в церковной проповеди и публицистике. — М., 2009
Чекисты. История в лицах. — М., 2008

* * *

- Стефан Георге.* Седьмое кольцо. — М., 2009
Сэмюэль Беккет. Осколки. Эссе. Рецензии, критические статьи. — М., 2009
Жан-Пьер Мартен. Книга стыда. — М., 2009
Жиль Фоден. Последний король Шотландии. — СПб., 2009

ABSTRACTS

Symptoms and syndromes in clinical diagnostics

S. Yu. Tsyarkin

Key words: symptom, syndrome, nosological unit, diathesis, functional pathology, diagnostics

Validity of separation of nosological units in the sphere of functional pathology remains the subject of discussion. Differentiation of psychopathological diathesis and schizophrenia is based on revealing of acquired emotional impoverishment. To distinguish between innate and acquired emotional defect is often not easy.

Diagnostics obligatory includes psychopathological qualification and it's no meaning to decline syndrome term, if the picture of state corresponds to its typical variant. But usually it's not enough. It's necessary to specify which basic symptoms supplement guiding symptomatology (which is taken into account by syn-

drome qualification), which conditional symptoms are present. It's necessary to define separately heaviness of symptomatology (i.e. extent of changing of psychic activity, that does not necessary correlate with extent of social disadaptation), its dynamic characteristics and mechanisms of development (autochthonous, reactive or endoreactive symptomatology, induced by psychological loads and provoked by exogenous organic factors or derivative from them).

Principal contraposition of exogenous organic symptomatology and functional symptomatology dictates the necessity of using in many cases (for example, at alcohol delirium and transient syndromes) two-axes diagnostics.

Symptoms, phenomena and syndromes in clinical practice

Yu. S. Savenko

Key words: phenomenon, symptom, syndrome, ICD-10, diagnostics, textbook, manual

In discussion with Prof. S. Yu. Tsyarkin, the leading developer of Russian version of ICD-10, it's shown that his dissatisfaction with this classification makes him, advocating leading role of additional symptoms, move towards inner structure of symptoms, i.e. towards phenomena. Clusters of ICD-10 represent in fact reduced symptom complexes, composed in inductive way.

It's also shown that symptoms and symptom complexes represent inductive description which is complementary to principally different phenomenological description, that is phenomena and macro phenomena. The difference between them is explained. Intelligent use of complementarity, coordination of these two kinds of description give much more amenities for diagnostics of different kind. Unfortunately, confusion of them is met in clinical practice much often.

**Second Eastern European Psychiatric Congress
in conjunction with the Annual Conference
of the Russian Society of Psychiatrists**

COLLABORATING FOR MENTAL HEALTH

October 27 – 30, 2009, Moscow

www.paeeb2009moscow.ru