

ISSN 1028-8554

НЕЗАВИСИМАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ АССОЦИАЦИЯ РОССИИ
INDEPENDENT PSYCHIATRIC ASSOCIATION OF RUSSIA

**НЕЗАВИСИМЫЙ
ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ**

**INDEPENDENT
PSYCHIATRIC
JOURNAL**

**ВЕСТНИК НПА
IPA HERALD**

III

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 21.09.2009. Подписано в печать 29.09.2009. Формат 60 84 1/8.
Бумага типографская офсет № 1. Гарнитура “Таймс”. Печать офсетная.
Тираж 1000 экз. Заказ № 2009-03-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

130-ЛЕТИЕ ВЫДАЮЩИХСЯ ПСИХОНЕВРОЛОГОВ	
Михаил Иванович Аствацатуров (1878 – 1936)	5
Михаил Осипович Гуревич (1878 – 1953)	7
Курт Гольдштейн (1878 – 1965)	8
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ	
<i>Обсуждение работы В. Майер-Гросса “Феноменология аномальных переживаний счастья”</i>	
Комментарий переводчика работы Майер-Гросса на английский язык	
— Сула Вольф (Эдинбург)	10
Природа, причины и типы экстаза — М. Доминик Бир (Лондон)	11
Экстаз и аномальные состояния счастья: определение Майер-Гросса	
— Мартин Рот (Кембридж)	15
Состояние экстаза и его клиническое значение	
в тревожно-экстатическом психотическом синдроме — Ю. С. Савенко	19
КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ	
Болезнь Альцгеймера — ведущий Я. Б. Калын, врач-докладчик С. И. Перминов	22
ИЗ КЛАССИЧЕСКОГО НАСЛЕДИЯ	
Ганс Груле (Гейдельберг) — Психология шизофрении (ч. 1)	32
ПСИХИАТРИЯ И ПРАВО	
Перевести нельзя продлить — Ю. Н. Аргунова	45
Конституционный Суд Российской Федерации подверг критике	
процедуру признания гражданина недееспособным — Д. Г. Бартенев (Санкт-Петербург)	49
Конституционный Суд РФ о возможности пересмотре постановления Суда	
о применении принудительных мер медицинского характера	52
ИЗ ДОСЬЕ ЭКСПЕРТА	
Итак, приехали: государственная экспертиза всегда права	54
СУДЕБНАЯ ПСИХИАТРИЯ	
Обзор “Журнала Американской академии психиатрии и права”, 2009, 2	
— В. В. Мотов (Тамбов)	60
ОТКЛИКИ	
Отклик на НПЖ 2009, 2 — В. Г. Остроглазов	66
“Новое” в психопатологии — Б. Н. Пивень (Барнаул)	67
ЛЕКЦИИ	
О депрессиях в общемедицинской практике (клиника, психопатология, диагностика)	
— В. Г. Остроглазов	68
ДОКУМЕНТЫ ВРЕМЕНИ	
Что было: свидетельствует Наталья Горбаневская	73
ХРОНИКА	
100-летие Костромской областной психиатрической больницы	78
100-летие Санкт-Петербургской психиатрической больницы им. П. П. Кащенко	79
Тюремная психиатрия в Бутырках	80
Жестокость нашей повседневной действительности и ее преодоление:	
Катя Тимочкина — продолжение истории	81
Неадекватный ответ на сигнал тревоги	83
Судья игнорирует УПК — первый и опасный прецедент	85
ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ТВОРЧЕСТВО	
К 200-летию Н. В. Гоголя	86
Гоголь и психиатрия — Ю. С. Савенко	87
РЕКОМЕНДАЦИИ	91
АННОТАЦИИ	92

CONTENT

130-TH JUBILEES OF OUTSTANDING PSYCHOHEUROLOGISTS	
Mikhail Ivanovitch Astvatsaturov (1878 – 1936)	5
Mikhail Osipovitch Gurevitch (1878 – 1953)	7
Kurt Goldsteint (1878 – 1965)	8
URGENT PROBLEMS OF PSYCHIATRY	
<i>Discussion of “Phenomenology of abnormal emotions of happiness” by W. Mayer-Gross</i>	
Comments of Sula Wolf, the translator from German into English	
of Mayer-Gross’s work (Edinburg)	10
The nature, causes and types of ecstasy — M. Dominic Beer (London)	11
Ecstasy and abnormal happiness: the two main syndromes defined by Mayer-Gross	
— Martin Roth (Kenbridge)	15
State of ecstasy and its clinical meaning in anxiety-ecstatic psychotic syndrome	
— Yu. S. Savenko	19
DISCUSSION OF A CLINICAL CASE	
Alzheimer disease — Ya. B. Kalyn	22
FROM THE CLASSIC HERITAGE	
Hans Walter Gruhle (Geidelberg) — Psychology of schizophrenia (part 1)	32
PSYCHIATRY AND LAW	
To transform not to extend — Yu. N. Argunova	45
The Constitutional Court of the Russian Federation has criticized the procedure	
of recognizing citizen legally incapable — D. G. Bartenev (Saint Petersburg)	49
The Constitutional Court on the possibility of revision of the Court’s Order	
on use of involuntary medical measures	52
FROM AN EXPERT’S DOSSIER	
So we have arrived: the governmental evaluation is always right	54
FORENSIC PSYCHIATRY	
Review of the Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law, 2009, 2	
— V. V. Motov (Tambov)	60
COMMENTS	
Comments to NPJ 2009, 2 — V. G. Ostroglazov	66
On so called new in psychopathology — B. N. Piven (Barnaul)	67
LECTURES	
On depression in general medical practice (clinics, psychopathology, diagnostics)	
— V. G. Ostroglazov	68
DOCUMENTS OF THE EPOCH	
How it was: Natalia Gorbanevskaya’s testimonies	73
CHRONICLE	
100-th anniversary of the Kostroma regional mental hospital	78
100-th anniversary of the Saint-Petersburg Kaschenko mental hospital	79
Penitentiary psychiatry in Butyrskaya prison	80
Cruelty of our day-to-day reality and its overcoming:	
the continuation of Katya Timochkina’s story	81
Inadequate response to alarm signal	83
Judge ignores the criminal code — the first and dangerous precedent	85
PSYCHOPATOLOGY AND CREATIVENESS	
To the 200 anniversary of N. V. Gogol	86
Gogol and Psychiatry — Yu. S. Savenko	87
RECOMENDATIONS	91
ABSTRACTS	92

130-ЛЕТИЕ ВЫДАЮЩИХСЯ ПСИХОНЕВРОЛОГОВ

Патоморфологические исследования в определенный исторический период были естественным, наряду с клиникой, полем деятельности психиатров, их естественно-научной школой от Т. Мейнерта и К. Вернике, А. Альцгеймера и Ф. Ниссля до В. А. Гиляровского и М. О. Гуревича. Наиболее крупной фигурой здесь был В. М. Бехтерев, который выступал против разделения кафедр невропатологии и психиатрии, и сам был выдающимся неврологом, нейропатоморфологом, нейропатофизиологом, клиницистом, психотерапевтом, психологом и, что особенно важно отметить, педологом (целостная наука о ребенке). Бехтерев рассматривал психиатрию как синтетическую объективную науку о личности психоневрологического человека. Но в наше время **психоневрология** обозначает не столько совокупное изучение нервных и психических заболеваний, их синтез, чему соответствовала неразделенность кафедр невропатологии и психиатрии, сколько пограничную взаимопересекающуюся проблематику невропатологии и психиатрии. **Ее предметом является важнейшая для обеих дисциплин проблема “локализации психических расстройств в головном мозгу”,** понимаемая в наше время как **проблема неврологического субстрата, а точнее всего “инструментария” (К. Ясперс) психических расстройств,** в контексте изучаемой нейропсихологией и нейрофизиологией проблемы связи структуры и функции головного мозга. Это, прежде всего, неврологический и невропатологический аспект рассмотрения психических и соматических расстройств и, в меньшей мере, психопатологический аспект нервных заболеваний. Это проблема представленности в головном мозгу психических расстройств не только в нейропатоморфологическом и нейропатофизиологическом, но также иммунологическом, биохимическом и биофизическом аспектах на макро- и микроуровнях, вплоть до субмолекулярного. Наконец, это проблема биологических механизмов возникновения, протекания и излечения психических расстройств, включая нейро- и психофармакологические и другие биологические методы лечения. Фактически, это биологическая психиатрия. Последним словом в проблеме взаимоотношения строения и функции головного мозга все еще остается классическая работа Ф. В. Бассина, Н. А. Бернштейна и Л. П. Латаша¹.

Михаил Иванович Аствацатуров

1878 – 1936

Михаил Иванович родился в 1878 году в гор. Дербенте. Среднее образование получил в классической гимназии, по окончании которой поступил на естественное отделение Петербургского университета. Еще будучи студентом, он сделал в лаборатории проф. Н. Е. Введенского работу “О продолжительности переживания нерва”, за которую был награжден золотой медалью. Дальнейшее образование Михаил Иванович получает на медицинском факультете Юрьевского университета, куда он поступил после окончания Петербургского университета. Вскоре он переводится на 3-й курс Военно-медицинской академии, которую и окончил в 1904 году.

Специальная неврологическая подготовка Михаила Ивановича протекает в клинике выдающегося русского ученого, академика В. М. Бехтерева². В 1908 году Михаил Иванович защитил докторскую диссертацию на



¹ “К проблеме связи между структурой и функциями мозга в ее современном понимании” // Физиология в клинической практике. — М., изд. “Наука”, 1966, с. 38 – 71.

² В силу позиции своего учителя, проходя у него ассистентуру, М. И. работал и в области психиатрии (прим. ред.).

тему: “Клинические и экспериментально-психологические исследования речевой функции”. Указанная работа является в России первым оригинальным исследованием подобного рода, сохранившим до наших

дней свое научное значение. Будучи уже сформированным невропатологом и ученым, он, как стипендиат Виллие, получает трехгодичную заграничную командировку. Среди ученых Запада, с которыми Михаил Иванович встречался, он особенно высоко ценил и выделял Бабинского и Эдингера³.

В 1916 году Михаил Иванович избирается на кафедру нервных болезней Военно-медицинской академии⁴, которую он и возглавляет в течение 20 лет, до самой смерти. С этого времени Михаил Иванович развивает исключительно кипучую деятельность, принесшую ему столь широкую известность.

Научные интересы Михаила Ивановича были чрезвычайно обширны и разнообразны. Он написал более 100 научных работ.

Безусловно самым выдающимся в научном творчестве Михаила Ивановича, принесшим ему славу далеко за пределами СССР, выдвинувшим русскую невропатологию после Бехтерева на еще более высокую ступень, было последовательное и систематическое внедрение метода биогенетического анализа в изучение симптомалогии нервных заболеваний. В приложении к невропатологии этот метод основывается на данных эволюции нервной системы и ее функций. Этот метод явился ключом к пониманию ряда явлений в патологии нервной системы, до того объяснений не имевших, он позволил связать воедино целый ряд отдельных, разрозненных клинических фактов. Весьма многое было сделано Михаилом Ивановичем в этом направлении по отношению к двигательным расстройствам. Однако, не менее успешным оказалось применение метода биогенетического анализа к освещению проблемы расстройств чувствительности и психосоматических взаимоотношений. И здесь многим фактам дается объяснение как и симптомам поражения пирамидного пучка, с точки зрения эволюционного учения.

Необходимо признать, что его широкие биологические обобщения в невропатологии всегда сопровождались тщательным изучением влияний социальных факторов.

На всем протяжении деятельности Михаила Ивановича мы находим комплексное освещение вопросов практической и теоретической медицины; так, уместно напомнить, что в связи с изучением пробле-

мы болей Михаил Иванович первый в СССР предложил внутривенные инъекции новокаина для борьбы с некоторыми формами болей.

Редкое сочетание крупного ученого-биолога и выдающегося клинициста выгодно отличает его от “чистых теоретиков” и “чистых практиков”. Как ученый, он не замыкается в кабинетные рамки, напротив, самые выдающиеся его работы зарождаются у постели больного. Творить — это значит врачевать, больше видеть больных, другими словами — лучшая школа для ученого врача — это клиника, это постель больного. И неудивительно, что благо больного человека для него было превыше всего (*Salus aegroti suprema lex*), неудивительно также, что все его творчество глубоко связано с жизнью, оно неотделимо от клиники.

Не вдаваясь в пересказывание работ Михаила Ивановича, все же следует упомянуть одну замечательную работу, в которой он суммирует свой богатый опыт проницательного врача. Изложение своего опыта, своих ошибок, их критика, — все это делает “Главные источники ошибок в диагностике нервных болезней” незаменимым настольным руководством не только начинающего, но и опытного врача невропатолога.

В. С. Дойников, Д. И. Панченко

*От редактора. Для психиатра и сейчас, 70 лет спустя, актуально звучат пионерские работы Михаила Ивановича 1935 года: “Соматические основы эмоций” и “Современные неврологические данные о сущности эмоций”, где он описал и обосновал феномен “протопатических эмоций”. Здесь высокая продуктивность психоневрологического подхода для общей психопатологии и психиатрической клиники наиболее наглядна. Значительное сходство многих признаков протопатических эмоций с болью, особенно каузальной, является свидетельством ее значительно более недифференцированной, глубокой и архаической природы. На эти труды опирались, развивая их, такой тонкий клиницист как проф. А. К. Ануфриев, и я в своей докторской диссертации 1974 года, сближая “протопатическое” с “витальным” как критерием психотической глубины для регистра аффективных расстройств. М. И. описал особую форму парестетических невралгий — *Notalgia paraesthetica*, показал роль психических факторов в возникновении и устранении болевых ощущений, проанализировал психосоматические взаимоотношения при заболеваниях внутренних органов, исследовал истеротравматическую глухоту и псевдоистерические элементы в эстрапирамидной симптоматике, несовместимость болезненных явлений в области нервной системы, роль порочных кругов в механизме болезненных процессов и проблемы локализации.*

В. М. Бехтерев открывает мартиролог психиатров, погубленных советской властью, как самая ее крупная жертва. Неожиданная смерть М. И. Аствацатурова в 58-летнем возрасте пришлось на год Большого Террора.

³ Во время трехлетней командировки за границу Михаил Иванович работал у Людвиг Эдингера (Франкфурт-на-Майне), Жозеф Бабинского (Париж), Германа Оппенгейма (Берлин), Вильгельма Эрба (Гейдельберг) и др. (прим. ред.)

⁴ В 1915 г. после вынужденного ухода Бехтерева из Военно-медицинской академии его кафедра была разделена. На кафедру психиатрии был избран наиболее близкий сотрудник Бехтерева проф. П. А. Останков, но военный министр Сухолинов утвердил не его, а В. П. Осипова (в 1912 г. Останков демонстративно отказался от предложения министра Кассо занять место Сербского, ушедшего в знак протеста). Избрание Аствацатурова на кафедру неврологии не было омрачено подобным образом (прим. ред.).

Михаил Осипович (Иосифович) Гуревич

1878 – 1953

Михаил Осипович Гуревич — один из лидеров отечественной психоневрологии, соратник П. Б. Ганнушкина, последний непосредственный представитель школы С. С. Корсакова, 14 лет возглавлял главную психиатрическую кафедру страны, внес выдающийся оригинальный вклад в психоневрологию и детскую психопатологию, описал синдром психосенсорных расстройств.

После окончания в 1902 году медицинского факультета Московского университета (в последующем I ММИ) М. О. был оставлен ординатором психиатрической клиники, которой с 1900 года руководил В. П. Сербский. Здесь он начал в 1904 г. под руководством ближайшего сотрудника С. С. Корсакова С. А. Суханова (руководителя также и П. Б. Ганнушкина) свою докторскую диссертацию “О нейрофибриллах и их изменениях при некоторых патологических условиях”, которую продолжил с 1906 года в клинике В. М. Бехтерева и защитил в 1908 г. Суханова и Бехтерева он и считал своими учителями, а из зарубежных психиатров — Э. Крепелина. В 1909 – 1914 гг. М. О. продолжил свои анатомоклинические исследования в знаменитой Бурашевской психиатрической колонии, в Твери и Саратове. В I мировую войну служил врачом в армии. В 1918 – 1925 гг. ассистент, а затем приват-доцент психиатрической клиники Московского университета у П. Б. Ганнушкина. Одновременно в течение 15 лет оставался прозектором психиатрической больницы им. Кащенко. В 1929 – 1936 гг. — зав. кафедрой II ММИ, а с 1937 года — зав. кафедрой психиатрии I ММИ.

В 1920-е годы М. О. наряду с В. А. Гиляровским выступает зачинателем советской детской психиатрии, как в организации такой помощи, так и в научном отношении, издает руководство “Психопатология детского возраста” (1927), вышедшее в 1932 г. вторым значительно дополненным изданием.

В 1933 году М. О. пишет работу “К постановке вопроса о патофизиологическом исследовании синдромов и симптомов при шизофрении”, а в 1948 г. — “О физиологических основах психопатологии”.

Особую известность приобрели его работы 1932 – 1934 гг. по анатомо-клиническому изучению “синдрома психосенсорных расстройств”, как с убедительным обоснованием он предложил называть “парието-окципитальный” и “интерпариетальный” синдромы Отто Петцля, показав их значительно более сложную локализацию. Его имя носит синдром насильственных влечений. Он пишет работы о нарушении схемы тела, о расстройствах восприятия пространства, о психосенсорной форме эпилепсии и особых состояниях, о проблемах и теории локализации в психиатрии. Он дополнил двухчленное деление психопатий Э. Кречмера эпилептоидным и истероидным



(реактивно-лабильным) типами, выделенными в том же ключе. В клинике широко применяется окулостагмический феномен Гуревича.

Огромен его вклад в патологоанатомические исследования психозов: исследования мозга прогрессивных паралитиков, леченных и нелеченных малярией; при сифилисе мозга; исчерпывающие работы о клинике и патологической анатомии эпидемического энцефалита в V томе “Руководства по неврологии” (1940), о нервных и психических расстройствах при закрытых травмах черепа (1948). В годы II мировой войны М. О. был консультантом ряда крупнейших эвакогоспиталей.

М. О. написал совместно с М. Я. Серейским один из лучших и оригинальных отечественных учебников по психиатрии. Это касается, прежде всего, третьего переработанного и значительно дополненного издания 1937 года (первое издание — 1928 г.). Последующие значительно переработанные издания (например, пятое 1946 г. и последнее 1949 г.) во многих случаях ухудшили текст. Знакомство с ним до сих пор полезно. Нигде с такой ясностью и убедительностью в историческом аспекте не аргументируется, что неврозы это неврологические, а не психические заболевания, и что это разнородная группа пограничных, функциональных, тягостно переживаемых расстройств на грани психического здоровья и болезни, которые выражаются в нервных, преимущественно вегето-соматических и двигательных нарушениях с истощаемостью и эмоциональной лабильностью. В отличие от неврозоподобных инициальных стадий большинства соматических, инфекционных, нервных и психических заболеваний, собственно неврозы связаны с жизненными конфликтами.

М. О. отличался исключительной широтой интересов и трудоспособностью, он автор около 120 очень значительных научных работ, трех монографий и двух руководств, вышедших многими изданиями. М. О. был избран действительным членом АМН

СССР, входил в руководство Всесоюзного и Московского общества психиатров, был награжден Орденом Трудового Красного Знамени.

Драматичен финал научного направления, одним из лидеров которого был М. О. и которое достигло вершин мировой науки. Три талантливейших отечественных психиатра, Михаил Осипович Гуревич, Александр Соломонович Шмарьян и Раиса Яковлевна Голант, стали главными мишенями настоящей травли⁵ на Павловских сессиях 1950 и 1951 гг., что ускорило их смерть. Это произошло не в последнюю очередь в силу государственного антисемитизма, расцветшего после войны. Физическое уничтожение Еврейского антифашистского комитета началось в 1948 г., а “дело врачей” за три месяца до Павловской сессии в неврологии и психиатрии. Научная содержательная бессмысленность сессий бросается в глаза. Это была срежиссированная Сталиным кампания, преследующая чисто политические цели, использующая идеологические поводы, антисемитскую почву и карьерные аппетиты. Свергали лучших. Гуревич и Шмарьян держались на сессии со сдержанным досто-

инством, но тоже посыпали голову пеплом, как в выступлениях, так и в поданных записках. Но в заключительном слове ведущий автор программного доклада А. В. Снежневский заявил, что они “не разоружились и продолжают оставаться на старых антипавловских позициях” (с. 292), нанося этим “тяжелый ущерб советской научной и практической психиатрии” (с. 24), а вице-президент АМН СССР обвинил их в том, что они “неустанно припадают к грязному источнику американской лженауки” (с. 306).

М. О. Гуревич задолго до сессии предупреждал, что проникновение в клинику представлений эпигонов И. П. Павлова представляет “огромную механистическую опасность” для психиатрии, что и подтвердилось. Возрождение началось только спустя 15 лет. Однако до сих пор даже родная Корсаковская клиника не воздала должное этому замечательному исследователю-клиницисту, многогранная деятельность которого существенно обогатила отечественную психиатрию.

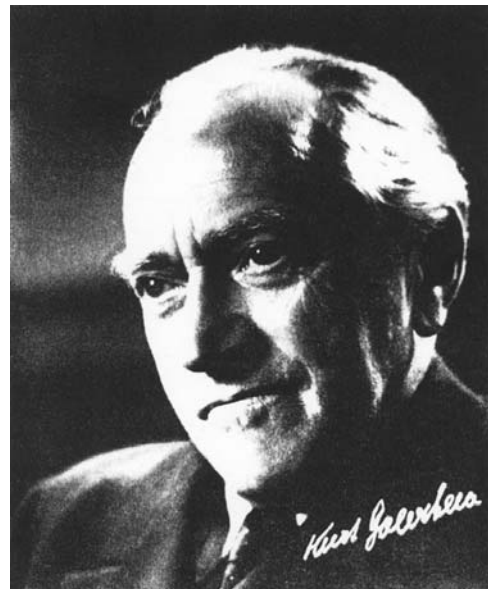
Ю. С. Савенко

Курт Гольдштейн

1878 – 1965

Kurt Goldstein (1878. Катовице — 1965. Нью-Йорк) — один из наиболее выдающихся немецких неврологов и психиатров, заложивший основы нейро- и патопсихологии, феноменологического подхода и гештальт-направления в неврологии и психиатрии, создатель организмической теории медицины и личности.

Окончил университет Бреслау (1903). Учился у Карла Вернике. Приват-доцент, профессор (1912) в Кенигсберге, организатор и директор военного госпиталя, впоследствии института “исследований последствий мозговых повреждений” (1914) и профессор (1919) во Франкфурте на Майне. Основал с Максом Вертгаймером знаменитый журнал “Psychologische Forschung” (1922). Один из организаторов Международного общества психотерапии (1927). Профессор и директор неврологического отделения госпиталя Моабит в Берлине (1929 – 1933). Один из первых немецких профессоров, попавших в нацистскую тюрьму и выдворенных из Германии (1933). В эмиграции — в



Нидерландах (1933 – 1934). Здесь в Гааге он пишет свой знаменитый труд “Организм”. Профессор Колумбийского университета и руководитель нейрофизиологической лаборатории в Монтефиорском госпитале в Нью-Йорке (1935 – 1940), профессор Тафтского медицинского колледжа и руководитель неврологической лаборатории в Бостоне (1940 – 1945), с 1945 г. в Нью-Йорке, профессор Нью-Йоркского колледжа (1949 – 1955), руководитель психологического отдела Нового института социальных исследований (1955).

⁵ Другими мишенями были: Л. С. Штерн (уже сосланная), В. А. Гиляровский, М. А. Гольбенберг, Н. Н. Гращенко, А. М. Гринштейн, Н. А. Бернштейн, М. Б. Кроль, А. Р. Лурия, М. С. Лебединский, Л. Л. Рохлин, И. Г. Равкин, М. Я. Серейский, Г. Е. Сухарева, Л. Г. Членов, А. О. Эдейльштейн и др., посмертно Л. М. Розенштейн и Л. С. Выготский, а из западных — не только К. Клейст и О. Петцль, но даже К. Гольдштейн, К. Ясперс, К. Левин и IX том “Руководства по психиатрии” под ред. О. Бумке (т.е., Г. Груле, В. Майер-Гросс и др.), и даже Т. Мейнерт, К. Вернике и Х. Джексон.

На основании клинико-экспериментальных исследований больных с травмой мозга в I мировую войну и гештальт-подхода, к которому пришел самостоятельно, Гольдштейн подверг радикальному пересмотру традиционные клинические представления, внося фундаментальный вклад в проблему локализации функций в коре головного мозга, примирив крайние взгляды локализационистов и эквипотенциалистов (1927), в проблемы функционального значения лобных долей и правого полушария мозга, афазии, психопатологии речи и мышления, компенсации нарушенных мозговых функций, психотерапии и многого другого. Развил теорию психотической тревоги как нарушение функций предвосхищения (1923, 1927, 1957). Гольдштейн — автор фундаментальных разделов в “Руководстве по психиатрии” под редакцией Ашафенбургера, уже не был представлен, как и многие другие выдающиеся немецкие психоневрологи еврейского происхождения, в Руководстве под редакцией Бумке. Между тем, именно Курт Гольдштейн один из создателей нового нелинейного, динамичного и гибкого стиля мышления в медицине и биологических науках. Еще в 1934 г. в своем главном труде “Организм” Гольдштейн показал недостаточность понятия гомеостаза для живых организмов. В противовес представлениям о множестве инстинктов и потребностей, Гольдштейн ввел в психологию понятие самореализации, как целостного выражения мотивации личности, социальной по преимуществу. Гольдштейн показал, что человек в своем поведении постоянно комбинирует абстрактную и конкретную установки, переходя от одной к другой в зависимости от требований ситуации и своих задач. При различных формах патологии по разному снижается уровень организации обеих установок, а при грубой патологии способность к абстрактной установке вообще теряется. В своей философской ориентации Гольдштейн принадлежит феноменологическому направлению. Он испытал влияние Канта и Гуссерля, был близок с Э. Кассирером, М. Шелером и П. Тиллихом, и сам оказал сильное влияние на многих феноменологов (Арона Гурвича, Альфреда Шютца, Мориса Мерло-Понти, Людвига Бинсвангера, Жоржа Конгийема и др.). Наряду с К. Штумпфом и А. Мишоттом, Гольдштейн может быть назван крупнейшим представителем экспериментальной феноменологии. Гольдштейн решительно предпочитал тщательное исследование отдельных больных большим выборкам, естественные ситуации — лаборатор-

ным условиям, контекстуальный подход — изолированному анализу, структурные уровни организации — континуализму. Разработанные Гольдштейном методики классификации, а также многие идеи и категории стали классическими еще при его жизни, хотя в отечественной литературе излагались и критиковались некорректно. Среди его учеников Абрахам Маслоу.

Судьба творческого наследия Курта Гольдштейна в советской России сложилась драматически: вопреки своим пророссийским симпатиям, а также двум выдающимся публикациям в советских психиатрических журналах — “Принцип целостности” и “Два способа приспособления к дефекту”, одну из которых мы воспроизвели в НПЖ (1998, 4, 66 – 75), Гольдштейн превратился в СССР в мишень критики для школы А. Р. Лурия и его последователей вплоть до современных работ И. Н. Тонконового. Идеологически заданная тогдашней обстановкой необходимость противопоставлять себя западным авторам, особенно прибегавшим к широкому теоретическим обобщениям, и критиковать их с современных позиций выглядит искусственной. Это видно из критического разбора Н. А. Бернштейном работ К. Гольдштейна (2003) и подхода А. Р. Лурия (1966).

С “исключительным обаянием ума и логики” Курт Гольдштейн показал, что “нервная система реагирует как целое на целостную же ситуацию, и что здоровое восприятие есть актуальный процесс упорядочивающего выбора существенного из того целого, что воздействует на нервную систему в этой ситуации... Этот большой и принципиальный шаг вперед — его неоспоримая заслуга” (Н. А. Бернштейн). Этот прорыв был сделан благодаря “исключительному искусству и тщательности описания” на протяжении ряда лет истории болезни нескольких конкретных больных в тесном сотрудничестве с 1919 по 1930 год с выдающимся нейро- и патопсихологом Адемаром Гельбом⁶. Значение этих классических работ методологически и по содержанию настолько велико для психиатрии, что мы рекомендуем их как высокий образец почти выродившегося, на беду нашей науки, направления индивидуальных исследований, которое должно уравнивать и корректировать работы с большими выборками, и как пример интердисциплинарного сотрудничества с психологом и психофизиологом с высокой философской выучкой феноменологической ориентации.

Ю. С. Савенко

⁶ Адемар Гельб (1887 – 1936) — после окончания московской гимназии получил философское образование в Мюнхене, в 1910 г. защитил диссертацию под руководством К. Штумпфа и работал у него два года. В 1912 – 1914 гг. — ассистент у К. Кофки во Франкфурте-на-Майне. С 1915 г. — в госпитале мозговой травмы, организованном Куртом Гольдштейном. С 1929 г. со-директор с М. Вертгаймером психологического института во Франкфурте-на-Майне, работая одновременно в франкфуртском Институте мозговой травмы. В 1930 – 1935 гг. соредатор “Psychologische Forschung”. В 1931 – 1933 гг. профессор в Галле, здесь в его семинаре “Психология мозговых поражений” участвовали выдающиеся философы П. Тиллих, М. Хоркхаймер, Т. Адорно. Уволен нацистами в связи с еврейским происхождением. Известен выдающимися исследованиями зрительного восприятия, в частности, восприятия белизны, т.н. “гау-феномен” или “феномен Гельба”. Вместе с Р. Гранит установил, что разностный порог на фигуре больше чем на фоне. Анализируя разрушение функций восприятия, речи и познавательных процессов, подтвердил законы формообразования психического образа (гештальта) и распространил их на нейрофизиологию (прим. И. М. Кондакова).

Обсуждение работы В. Майер-Гросса “Феноменология аномальных переживания счастья”

Комментарий переводчика работы Майер-Гросса на английский язык¹

Сула Вольф (Эдинбург)

Диссертация Майер-Гросса “Феноменология аномальных переживаний счастья” излагает описание и классификацию группы эмоций с целью предложить терминологию для этих феноменов. Майер-Гросс рассматривает, в первую очередь, специфические характеристики переживаний, а не их контекст или условия, в которых они возникают. Он противопоставляет два вида переживаний: экстаз и то, что он называет аффектом счастья. Он скрупулезно анализирует описанные в литературе экстатические переживания, часто во время религиозных озарений, и переживания психиатрических пациентов, причем не только во время маниакальных состояний.

В отличие от Ясперса, который относит чувство радости к психастении, а состояния экстаза к ранним стадиям шизофрении, преэпилептическим состояниям и наркотической интоксикации, Майер-Гросс не акцентирует психиатрические диагнозы людей, переживания которых он приводит. Целый ряд авторов последовательно подчеркивал неожиданное начало и мимолетность экстатических состояний и мистических переживаний (Stace, 1961), но Майер-Гросс не комментировал вопрос о продолжительности анализируемых им состояний.

В 1919 г. Pick поставил перед Майером-Гроссом задачу исключить из его анализа аномальных переживаний счастья какие-либо ссылки на переживания во время состояний интоксикации. Такие химически вызванные эмоциональные состояния весьма актуальны в наши дни, когда широко распространена интоксикация алкоголем и наркотиками, и их изучение может обеспечить нас знанием о мозговых механизмах этих состояний.

В 1966 г. Pahnke представил результаты своего интригующего изучения мистических эффектов психоделиков методом двойного слепого эксперимента, которое вряд ли может быть названо сегодня этичным. Двадцать студентов-геологов, которые подбирались по сходству предыдущих религиозных переживаний и личностных характеристик, были оставлены на ре-

лигиозную службу в Страстную пятницу. Перед службой десяти из них был дан наркотик (препарат psilocybin, сходный с ЛСД, и мескалин), а десяти остальным — плацебо. После службы они обсуждали свои переживания в малых группах, и описанные ими реакции были оценены в виде 9 категорий мистических переживаний, выделенных Stace (1961). Большинство этих реакций соответствовали описанию экстаза, данного в диссертации Майер-Гросса, наиболее универсальным компонентом являлось позитивное настроение. В экспериментальной группе, на которую наркотическое вещество оказало глубокое воздействие, отмечалось аффективное состояние со всеми характеристиками экстаза, в то время как студенты контрольной группы испытали лишь некоторые из этих феноменов. Однако эти различия между группами были найдены лишь 6 месяцев спустя.

Майер-Гросс занимался аномальными, психологически непонятными в ясперсовском смысле, переживаниями экстаза и счастья. Он сделал вывод, что эти состояния встречаются редко. Менее выраженные степени “обыденных” экстатических переживаний встречаются чаще, и они могут быть вызваны, например, состоянием влюбленности, соприкосновением с природой и встречей с прекрасным, как это описал Laski (1961, 1980).

Может показаться странным, что мы извлекли на свет статью об ограниченной области психиатрической феноменологии, которая была опубликована почти 100 лет назад и содержит несколько вышедших из употребления идей того времени, когда психиатрия двигалась в сферы рассуждения, которые радикально отличаются от современных². Тем не менее, также как краткий биографический очерк о Майер-Гроссе делает понятнее его работу, также то, что он привнес в британскую психиатрию, опираясь на Ясперса и Шнайдера, заложило основы для развития диагностических классификаций, столь необходимых для современной психиатрической практики и исследований.

Перевод С. Ю. Савенко

¹ Sula Wolff // Philosophy, Psychiatry & Psychology, v. 7, N 4, 2000, 296 – 297.

² Хорошо видно, что переводчица довольно далека от феноменологического направления в психиатрии и не вполне ясно понимает его существо и проблематику (ком. ред.).

Природа, причины и типы экстаза¹

М. Доминик Бир (Лондон)

ВВЕДЕНИЕ

Помимо того, что диссертация Майер-Гросса имеет историческое значение, она важна потому, что исследует состояния экстаза, которые плохо представлены в психиатрической литературе.

Во многих последних руководствах по психопатологии проблема экстаза едва упоминается (Hamilton, 1974, Scharfetter, 1980, etc.). Правда, была дискуссия по проблеме переживания счастья, например, обсуждался вопрос о “мягкой мании” (Moore, Hope & Fulford, 1994, etc.). Аналогичные обсуждения касаются также того, следует ли состояние счастья классифицировать как психическое расстройство. Bentall (1992) сделал немного насмешливое предложение об этом, в то время как Harris, Birley и Fulford (1993) отвергли его. Эти прения были сосредоточены на том, является ли мягкая мания заболеванием, и, если да, то следует ли ее лечить принудительно в рамках Акта о психическом здоровье.

В отличие от этого, Майер-Гросс в своей диссертации исследовал более глубокий вопрос, а именно: “как следует отличать аномальное счастье от истинного религиозного экстаза”. В своем комментарии я коснусь этого вопроса, и рассмотрю тот анализ, который провел Майер-Гросс. Майер-Гросс находился под влиянием Ясперса, и я также затрону вопрос о том, что Ясперс написал об этом предмете в своей “Общей психопатологии” (1959). Я начну с краткого резюме позиции Майер-Гросса в отношении отличия между аномальным счастьем и истинным религиозным экстазом.

РЕЗЮМЕ ВЗГЛЯДОВ МАЙЕР-ГРОССА НА ЭКСТАЗ

Сула Вольф сделала важный перевод докторской диссертации Майер-Гросса и показала исторический контекст этой работы. Она также наилучшим образом модернизировала литературные ссылки, которые приводил Майер-Гросс.

Вольф дала ясное представление о том, что Майер-Гросс считал основными отличиями между состояниями аномального счастья и экстаза. Это следующие 6 положений:

1. Состояние экстаза — спокойствие и отсутствие всякого внутреннего хаоса; тогда как счастье связано с ощущением своих безграничных возможностей.

2. Экстаз — это ошеломляющее внутреннее переживание, которое старается вытеснить все другие содержания сознания; счастье — внутреннее переживание, которое стремится окрасить другие своим эмоциональным тоном.

3. В экстазе нет места для феномена внешнего осознания; в то время как эмоциональный тон счастья “течет” к внешним объектам.

4. Эго “растворяется” в экстазе; в то время как при переживании счастья эго становится сильным и утверждается.

5. Во время экстаза неприятное качество физических ощущений акцентирует угрозу целостности (личности); при переживании счастья физические ощущения отражают хорошее настроение.

6. Состояние сознания при экстазе изменено вследствие плохого охвата вниманием внешней реальности; в то время как при переживании счастья сознание ясно, т.к. внимание удерживается на окружающем мире.

Тщательное разграничение между экстазом и аномальным счастьем, выполненное Майер-Гроссом, ставит перед нами 2 вопроса: “Какова природа экстаза?” и “Каковы причины экстаза?”

В своем комментарии я, в свою очередь, рассмотрю эти вопросы и проанализирую, как соотносятся между собой разные типы экстаза.

КАКОВА ПРИРОДА ЭКСТАЗА?

Еще до Второй Мировой войны Андерсон (1938) сделал обзор литературы и пришел к выводу, что в великих немецких и французских психиатрических учебниках очень мало написано об экстазе. Он упомянул целый ряд авторов, начиная с 1920-х гг., которые не написали об экстазе ни одной строчки. Швейцарский психиатр Э. Блейлер писал о шизофреническом экстазе: “Связь с внешним миром окончательно прерывается, и можно говорить о существовании совершенной анестезии”. В огромном учебнике О. Бумке описаны экстатические состояния среди пациентов с эпилепсией, “в которых они видели небеса раскрывшимися, слышали говорящий с ними голос Бога, чувствовали себя преображенными, даже уверовали, что они есть Бог”. E. W. Anderson назвал это “классическим психиатрическим описанием экстаза”. Пьер Жане различал 3 степени экстаза — *recueilsments*, *extases* и *ravissements* — и выделял шесть необходимых критериев:

1. Полная неподвижность и равнодушие к внешним предметам.

2. Огромная внутренняя активность.

¹ M. Dominic Beer // Philosophy, Psychiatry & Psychology, v. 7, N 4, 2000, 311 – 315.

3. Сильная вера в реальность переживаемого.
4. Глубокое чувство автоматизма и вдохновения.
5. Особое чувство радости.
6. Сильное религиозное чувство.

Немецкий психиатр Ганс Груле (Jackson) указал, что необходимой чертой экстаза является особенное соединение чувства со знанием. Это встречается и при эпилепсии, и при шизофрении. Он показал, что в обоих случаях встречаются зрительные галлюцинации и божественные откровения. T. Flournoy (Jackson 89) описал случай экстаза с выраженными истерическими чертами. Anderson описал 4 случая экстаза, которые встречаются при аффективном расстройстве, при котором ... (1) “переживалось особое чувство радости, составной частью которого было ощущение спокойствия, это было связано с (2) изменением сознания... меняющееся переживание “я” описывалось как чувство слияния с Космосом или с Богом, хотя личностная идентичность не только не была утрачена, но даже усилилась; и (3) было отмечено изменение в восприятии времени”.

Как и Майер-Гросс, Андерсон утверждал, что “состояния экстаза отличаются от маниакальных состояний. Сущностная природа экстатического состояния состоит в удивительном пантеистическом переживании субъекта, которому кажется, что он и вселенная составляют одно целое. Это переживание связано с настроением, которое довольно своеобразно и качественно отлично от настроения при мании. В отличие от мании, это миролюбивое и спокойное настроение”. Андерсон, однако, признает, что “может существовать родство между маниакальным ступором и наиболее крайней формой экстаза”, хотя для ступора обычно характерно “замедление или задержка мышления, а для экстаза — бурная продуктивность”.

Ясперс (1959) пишет в связи с работой “Аномальное чувство счастья”, что “состояния экстатической интоксикации встречаются у пациентов с шизофренией”. Ясперс цитирует один из медицинских случаев Груле, но не анализирует подробно черты экстатических переживаний, ограничиваясь указанием на то, что “пациенты наполняются удивительным энтузиазмом; их все глубоко волнует, все кажется движущимся и многозначительным”.

Известный психолог У. Джеймс (1979) в конце XIX века выделил 4 качества того, что он назвал “мистическое переживание”:

1. Невыразимость — т.е., это крайне трудно выразить словами.
2. Духовное, умозрительное качество — т.е., воспринимаемое как никогда ранее не встречавшееся понимание.
3. Мимолетность, временность — т.е., продолжающееся не более 2 часов.
4. Пассивность — т.е., “как если бы его воля была временно упразднена, а иногда, как если бы он был схвачен высшей силой и удерживался ею”.

Джеймс пишет: “некоммуникабельность порыва — это лейтмотив всего мистицизма. Мистическая правда существует только для самого индивида, рвущегося к Абсолюту, и ни для кого другого... Преодоление всех обычных преград между индивидом и Абсолютом — великое мистическое достижение. В мистических состояниях мы становимся одним целым с Абсолютом, и осознаем наше единство”.

Джеймс в своей лекции по мистицизму цитирует написанную в 1897 г. автобиографию J. Trevor, который чувствовал, что он “на Небесах — внутреннее состояние мира и радости и неопишимо сильное чувство уверенности в себе, в сочетании с чувством, что искупался в теплом зареве света, хотя внешнее условие вызвало внутренний эффект — чувство, что что-то прошло через тело”.

КАКОВЫ ПРИЧИНЫ ЭКСТАЗА?

Были описаны 4 основные причины экстаза:

1. Религиозные;
2. Повседневные;
3. Психиатрические;
4. Наркотические или лекарственные.

РЕЛИГИОЗНЫЕ ПРИЧИНЫ ЭКСТАЗА

Британский психиатр W. Sargant (1957) цитирует работу J. F. C. Hecker “Эпидемии средних веков”, когда люди танцевали публично, полностью теряя контроль над своими чувствами, продолжали танцевать, не считаясь с рядом стоящими, часами вместе, в диком бреду, до тех пор пока не падали на землю в состоянии делирия... Во время танца они ничего не видели и не слышали, будучи нечувствительны к внешним впечатлениям, приходящим посредством чувств, но были охвачены образами... Другие во время этого приступа видели раскрывшиеся небеса и Спасителя, возведенного на престол, с девой Марией.

Sargant цитирует его преподобие George Salmon, который описал, как на возрождение Северной Ирландии в 1859 г., “человек падал совершенно без чувств и находился в таком состоянии от часа до двух дней... Пораженный таким образом человек оставался совершенно спокойным, очевидно не осознавая происходящего вокруг... На их лицах было удивительное выражение. Абсолютное сияние радости”.

Sargant показал во-первых, что этот феномен современен, а во-вторых, продемонстрировал ошеломляющие фотографии новых американских христиан на церковных службах, “которые брали руками ядовитых змей в состоянии напряжения и экстаза”.

ПОВСЕДНЕВНЫЙ ЭКСТАЗ

Британский философ Marghanita Laski (1980) писал в работе “Повседневный экстаз”: “отличительный признак экстатического переживания, на уровне ли

экзальтации или на самом низком уровне, — это результирующее чувство моментальной гармонии”. “Основные моментальные экстазы” были разделены на адамический, экстаз знания и экстаз соприкосновения”. Адамический — термин, выбранный Laski “вследствие частой христианской тенденции описывать эти переживания в терминах чувств, “восходящих к состоянию Адама, в котором он находился до грехопадения”, как изложил это квакер George Fox”. Вторая категория Laski — переживание знания, когда личность чувствует, что постигает новые знания. Третья категория — экстаз соприкосновения — характеризуется чувством состоявшегося контакта и часто тотальной потерей “я” контактирующего человека в этом большом контакте. Laski приходит к выводу, что “эффекты экстаза повседневной жизни обычно игнорируются”.

ЭКСТАЗ, ВЫЗВАННЫЙ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Джексон и Фулфорд (1997) написали статью “Духовный опыт и психопатология”, в которой показали перспективы теории расстройств. Статья была продолжением работы Джексона (1992) “Изучение взаимосвязей между психотическими и духовными переживаниями”. Впоследствии Джексон писал, что “благоприятные духовные переживания ... являются во многих аспектах сходными с позитивными симптомами психозов”. Джексон (1992, 1997) тщательно исследует вопрос происхождения этих переживаний как на основе экспериментального, так и теоретического подхода. Он приходит к заключению, что психотический/духовный опыт может быть понят как “эпизоды доступа к тем процессам сознания, которые обычно являются подсознательными или бессознательными”. Он предположил, что некоторые люди имеют более высокую готовность доступа к этим зонам, чем другие, и в результате эти переживания имеют место на более низком пороговом уровне стресса. В некоторых случаях процесс оказывается адаптивным и ведет к разрешению кризиса. В других, напряжение нарастает, заканчиваясь психотическим разрывом с реальностью.

Другие исследователи также отмечали сходство между психотическими состояниями и мистическими переживаниями. Хадли (1979) описал опыт более четырех тысяч человек, которые отвечали на его газетные объявления с просьбой описать свои религиозные переживания. Число тех, кто описывал экстаз или состояние экзальтации, достигло двухсот человек или 5 процентов от всех ответивших.

Давид Лукоф (1985) выдвинул диагностические критерии для того, что он назвал “мистические переживания с психотическими характеристиками”. Это:

- А) Экстатическое настроение
- Б) Чувство вновь приобретенных знаний
- В) Галлюцинации

Г) Отсутствие познавательной дезорганизации
Он также исследовал проблему прогноза и утверждал, что для того, чтобы человек имел позитивный выход из психотического состояния необходимо наличие двух из следующих критериев:

А) хорошее функционирование накануне приступа, отсутствие предшествующих психотических эпизодов; поддержание социальных связей с друзьями; близкие отношения с представителями другого пола (или того же в случае гомосексуализма); успехи в профессии или учебе;

Б) острое начало симптоматики в течение трех месяцев или меньше;

В) стрессовая обусловленность психотического эпизода, например, серьезные жизненные перемены;

Д) позитивное отношение к пережитому опыту как к значимому, открывающему новое, развивающему.

ЭКСТАЗ, ВЫЗВАННЫЙ УПОТРЕБЛЕНИЕМ НАРКОТИКОВ

Томас Оксман с соавторами (1988) в своей работе “Язык измененных состояний” сравнил субъективные переживания 66 людей, имевших три разных формы измененного состояния сознания: шизофреническое, вызванное наркотиками и мистическое. Используя дискриминативный статистический анализ, авторы обнаружили, что в этих трех группах существенно отличались слова, используемые для описания своих переживаний. Авторы утверждают, что в 84 процентах автобиографических отчетов они могли очень точно определить форму измененного сознания в соответствии с частотой различных типов слов, используемых индивидуумами.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

И ранние, и последние работы, обзор которых дан в этом комментарии, показывают, что необходимо дальнейшее прояснение природы экстаза и идентификация его причин. Это поможет нам представить экстаз в описательной психопатологической литературе более правильным образом и, следовательно, провести решительное разделение между религиозными и психиатрическими причинами этого состояния. Важный и своевременный перевод статьи Майер-Гросса может стать ключевым стимулом к такой работе.

Перевод С. Ю. Савенко

ЛИТЕРАТУРА

- Anderson E. W.* 1938. A clinical study of slates of “Ecstasy” occurring in affective disorders // *Journal of Neurology and Psychiatry* 1: 80 – 99.
- Bentall R. P.* 1992. A proposal to classify happiness as a psychiatric disorder // *Journal of Medical Ethics* 18: 94 – 98.

М. Доминик Бир

- Berrios G. E.* 1996. The history of mental symptoms: Descriptive psychopathology since the nineteenth century. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hamilton M.*, ed. 1974. Fish's clinical psychopathology: Signs and symptoms in psychiatry. Bristol, Eng.: John Wright.
- Hardy A. C.* 1979. The spiritual nature of man. Oxford; Clarendon Press.
- Harris J., Birley J. L. T., and Fulford K. W. M.* 1993. The current literature: A proposal to classify happiness as a psychiatric disorder // British Journal of Psychiatry 162: 539 – 42.
- Jackson M. C.* 1992. A study of the relationship between psychotic and spiritual experiences. D. Philthesis, University of Oxford.
- Ibid.*, 1997. Benign schizotypy? The case of spiritual experience // Schizotypy: Relations to illness and health, ed. G. S. Claridge. Oxford: Oxford University Press.
- Jackson M. C., and Fulford K. W. M.* 1997. Spiritual experience and psychopathology // Philosophy, Psychiatry, and Psychology 4:41 – 65.
- James W.* 1979. Varieties of religious experience: A study in human nature. Glasgow: Collins.
- Jaspers K.* 1959. General psychopathology. Manchester: Manchester University Press.
- Laski M.* 1980. Everyday ecstasy. London: Thames and Hudson.
- Lukoff D.* 1985. Diagnosis of mystical experiences // Journal of Transpersonal Psychology 17.2: 155 – 81.
- Moore A., Hope T., Fulford K. W. M.* 1994. Mild mania and well-being // Philosophy, Psychiatry, and Psychology 1:165 – 77.
- Nordenfelt L.* A response to "mild mania and "well-being." // Philosophy, Psychiatry, and Psychology 1:185 – 91.
- Osman T. E., Rosenberg S. D., Schnurr P. P., et al.* 1988. The language of altered states // Journal of Nervous and Mental Disease 176: 401 – 8.
- Sargant W.* 1957. Battle for the mind: A physiology of conversion and brain-washing. London: Heinemann.
- Scharfetter C.* 1980. General psychopathology: An introduction. Trans. H. Marshall. Cambridge: Cambridge University Press.
- Shepherd M. and Zangwill O. L.* 1983. Handbook of psychiatry. Vol. 1. General psychopathology. Cambridge: Cambridge University Press.
- Sims A.* 1988. Symptoms in the mind: An introduction to descriptive psychopathology. London: Bailliere Tindall.

**XV КОНСТОРУМСКИЕ ЧТЕНИЯ
ТРИХОТОМИЯ ПСИХОТЕРАПИИ
(дух — душа — тело)**

18 декабря 2009 г., 10.00 – 19.00

Москва, конференц-зал Наркологического диспансера № 1

Тел.: (495) 275-4567

МЕЖДУНАРОДНЫЙ ЖУРНАЛ

описательной и экспериментальной психопатологии,
феноменологии и психиатрической диагностики

PSYCHOPATHOLOGY

**International Journal of Descriptive and Experimental Psychopathology,
Phenomenology and Psychiatric Diagnostics**

**Eds. Ch. Mundt (Heidelberg), H. S. Akiskal (San Diego),
J. E. Mezzich (New York)**

E-mail: karger@karger.ch; www.karger.com

Экстаз и аномальные состояния счастья: определение Майер-Гросса¹

Мартин Рот (Кембридж)

В своей работе Майер-Гросс описал, классифицировал и проанализировал целый ряд самоотчетов, посвященных описанию состояний восторженного настроения. Он сравнивает и противопоставляет состояния, которые называет экстазом, и те, которые описывает как аномальные состояния счастья.

Анализируя феномены, Майер-Гросс использует понятия, которые он сформировал под влиянием проф. Карла Ясперса, у которого проходил стажировку по психиатрии в Гейдельбергском университете. Карл Ясперс — один из основателей клинической психиатрии. Он обладал исключительной эрудицией и внес огромный вклад в психиатрию и философию. Его подход к психиатрии во многих аспектах совпадал с понятиями, разрабатываемыми в науках о человеке, группой социологов и философов, учение которых было выделено под названием “феноменология”...

Взгляды Ясперса были очень оригинальны и совершенно самостоятельны. Его подход обеспечивал психиатрии возможности и для объяснения, и для понимания. И то, и другое предусматривало соответствующие методы исследования и предполагало вмешательство в определенные сферы психических расстройств.

При неврозах и личностных расстройствах психические нарушения развиваются постепенно, проходя определенные стадии развития, и даже достигнув своей кульминации, остаются вариантами нормального человеческого поведения и реакций адаптации или их немного утрированными версиями. Эти нарушения могут быть “понятными” в свете знаний, полученных из истории их развития и других имеющихся симптомов и знаков. В расстройствах личности и болезнях развития связи между последующими стадиями процесса являются ясными и понятными. Ясперс назвал эту группу нарушений “развитием”...

Другая важная группа расстройств, выделенных Ясперсом, получила название “процесс”. Это такие психозы, как шизофрения, маниакально-депрессивный психоз и органическое расстройство. Здесь понимание не могло заполнить пропасть между историческим развитием личности и проявившейся болезнью. При шизофрении и других психотических расстройствах существовал разрыв в непрерывности психической жизни.

Концептуальная система Ясперса подразумевала, что имеются пациенты, в целостном понимании которых существенную роль играют и развитие, и про-

цесс. Например, психотическое расстройство, которое является процессом, может проявляться у индивида, имеющего также личностные расстройства (развитие), которые не имеют явных связей с психозом, и может накладываться на них.

Майер-Гросс решил исключить из своего исследования всех субъектов, у которых приступы экстаза или счастья были связаны с возможным приемом наркотических (галлюциногенных) веществ. Это имело неожиданные последствия. В результате, большинство наиболее подробных запоминающихся и достоверных описаний экстаза и некоторые описания счастья были взяты из работы “Многообразие религиозного опыта” (1902) Вильяма Джеймса (1842 – 1910), известного психолога и глубоко религиозного человека.

Еще в подростковом возрасте у В. Джеймса начались маниакально-депрессивные расстройства, скорее всего, в виде циклотимных расстройств личности, которые преследовали его всю жизнь. Он страдал от повторяющихся приступов глубоких депрессий, которые прерывались периодами восторженного настроения и экстатических состояний. Рано начавшиеся маниакально-депрессивные расстройства, возможно, являются основной причиной многих экстатических состояний. Биполярное расстройство предшествует приступам экстаза и часто определяет их появление.

СРАВНЕНИЕ И ПРОТИВОПОСТАВЛЕНИЕ ЭКСТАЗА И АНОМАЛЬНОГО СЧАСТЬЯ И СООТВЕТСТВУЮЩИХ ОРГАНИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ

Экстаз представляет собой состояние, всецело центрированное на внутренней психической жизни человека, заполняющее все его сознание и вытесняющее все другие содержания. В отличие от этого, состояние счастья, которое также концентрируется на внутренней жизни, окрашивает своим эмоциональным тоном все остальные содержания сознания. Экстаз не оставляет в сознании места для восприятия объектов внешнего мира. В состоянии “анормального счастья” аффект, наоборот, устремляется к предметам и событиям внешнего мира, развивает и обогащает их.

В некоторых случаях кажется, что эмоция приводит к возникновению иллюзорных трансцендентных объектов, которые в свою очередь усиливают ее. Примером может служить отчет Фердинанда, его фантазии о том, что перед ним находится трон Господа, окруженный золотыми креслами и “... оттуда исходит могучий свет, лучи которого проникают в мое

¹ Martin Roth // Philosophy, Psychiatry & Psychology, v. 7, N 4, 2000, 317 – 322. Печатается с сокращениями.

тело и наполняют его чувством неопишемого блаженства. Я опустился на колени и прокричал: О Господи, я не достоин...” (Джеймс, 1963).

Майер-Гросс поспешил отметить, что если какие-либо переживания могут рассматриваться как причина клинических расстройств, они нарушают феноменологическое допущение, согласно которому наличие любого причинного фактора сводит на нет анализ случая, который должен строиться на эмпатии. Такое замечание расходится с представлениями Ясперса. На ранних стадиях своего развития феноменология отличалась определенной жесткостью, и наличие качеств, требующих биологического объяснения, расценивалось как препятствие к пониманию. В феноменологии Ясперса (1886) попыткам понимания была дана большая свобода.

Среди случаев, описанных Вильямом Джеймсом, имеется один самоотчет, который указывает на связь между переживанием аномального счастья и гипоманиакальным или маниакальным состоянием.

Пациент Карл Г. чувствовал себя таким сильным, что, казалось, *“ему следует заниматься бизнесом, или 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 разделе “анормальные переживания счастья” есть и другие аналогичные примеры, в которых найдено отражение наличие экспансивных и грандиозных идей.

Продолжая сравнение, можно сказать, что экстаз свободен от всякого внутреннего хаоса, для этого состояния характерны пассивность и внутреннее спокойствие. Аффект счастья содержит движущую силу, которая связывает его с ощущением своих безграничных возможностей. Экстаз способствует растворению “Я”, и “Я” подчиняется этому эмоциональному переживанию. В состоянии счастья личность пронизана высокой уверенностью в себе.

Наконец, во время экстаза человек переживает сильные физические ощущения, воспринимаемые как угроза целостности “Я”, а в некоторых цитированных случаях — как признак грядущей смерти. В отличие от этого, при переживании счастья физические ощущения повышают уверенность в себе, отражают и усиливают хорошее настроение.

Нетрудно найти пример для разграничения экстаза и аномального счастья, но у них есть и общие черты. Оба вида феноменов могут наблюдаться в определенных случаях органической патологии, например, при употреблении наркотиков. Было бы интересно использовать технику магнитно-ядерного резонанса для исследования различий между этими феноменами, выделенными Майер-Гроссом.

МАНИАКАЛЬНО-ДЕПРЕССИВНОЕ РАССТРОЙСТВО ВИЛЬЯМА ДЖЕЙМСА

Майер-Гросс не знал, что отрывки, взятые им из “Многообразия религиозного опыта” были описаниями переживаний самого Джеймса. Это стало известно лишь много лет спустя. Джеймс боролся с продолжительными приступами депрессии в течение всей своей жизни. Как-то он писал, что находился “на грани самоубийства” в течение “всей бесконечной зимы”. Это было флюктуирующее депрессивное состояние, которое держало его в нерешительности относительно карьеры и отсрочило его решение об изучении медицины в Гарварде до 25 лет. Он страдал от приступов меланхолии, которые перемежались приступами восторженного настроения, во время которых у него иногда появлялись экстатические состояния. На протяжении пяти десятилетий своей жизни он был охвачен состояниями умственного страдания, которые преодолевал ради продолжения работы, используя свою железную волю и религиозную веру. Ему потребовалось 12 лет для подготовки учебника “Принципы психологии” (1890), который стал всемирно известным. Это была исторически важная книга, которая не утратила своего значения, несмотря на то, что прошло уже около 100 лет с ее публикации.

Маниакально-депрессивное или биполярное расстройство отмечалось у трех поколений семьи Джеймса, им страдали трое братьев. У их талантливой сестры Алисы наблюдались меланхолические аффективные расстройства и гипомании, и она всю жизнь была инвалидом. По крайней мере, у одного из братьев Джеймса аффективное расстройство было осложнено алкоголизмом.

МАЙЕР-ГРОСС В ВЕЛИКОБРИТАНИИ, 1933 – 1961

После переезда в Великобританию из Германии, где он был уволен со своей должности, Майер-Гросс быстро приспособился к новым условиям. В госпитале Моудсли, где начинал работать Майер-Гросс, преобладала парадигма клинической теории и практики, восходящая к Адольфу Мейеру. Его преподавание оказало большое влияние на многих ведущих психиатров, в том числе на Обри Левиса, Эдварда Мапотера, Десмонда Карана, Хендерсона из Эдинбурга.

Майер-Гросс не проявил большого интереса к биологической психиатрии Мейера и в своих лекциях уделял большое внимание вкладу германских психиатров, Крепелина, Курта Шнайдера, Эрнста Кречмера и Карла Ясперса. Некоторое время он был увлечен эмпиризмом британской психиатрии, представленной, в частности, клинической работой и исследованиями Элиота Слейтера, с которым у Джеймса сложились дружеские отношения. Слейтер исповедовал биологическую психиатрию, он обучался генетике в Германии и после 35 лет оказался вовлечен в генетические

исследования. Но он был также поэтом, глубоко читавшим Шекспира, и написал несколько значимых работ по распространенности психозов и личностных расстройств у одаренных германских музыкантов и о влиянии психопатологии на творческие процессы (Слейтер, 1979).

Майер-Гросс не отрицал особую версию феноменологии, которую развивал Карл Ясперс. Но ссылки на феноменологические понятия и язык феноменологии постепенно исчезали из его выступлений на клинических конференциях и из его лекций. Он внес большой вклад в симптоматиологию органических расстройств и много писал о диагностике и биологических причинах шизофрении.

В 1938 г. Майер-Гросс был назначен директором исследований в Кричтонском королевском госпитале в Шотландии и создал там отделение инсулино-коматозной терапии шизофрении. Он был убежден в эффективности этой терапии, но, возможно, не принял в расчет энтузиазм привлеченного им персонала, который был вдохновлен его программой реабилитации. Он проводил исследования распространенности психических расстройств среди населения Дамфришира. Когда в 1950-е годы началась фармакологическая революция, Майер-Гросс последовательно поддерживал фармакологическое лечение и клинические испытания. Он часто пользовался советами Элиота Слейтера, с которым сохранил тесные контакты. Я работал с Майер-Гроссом в течение двух с половиной лет (1948 – 1950) и многому научился у него.

Майер-Гросс с энтузиазмом приветствовал появление фармакологического лечения шизофрении и депрессии в начале 1950-х. Первое издание “Клинической психиатрии”, которое он написал вместе с Элиотом Слейтером и со мной, появилось два года спустя, в 1954 г. Вводная часть давала обзор различных школ современной психиатрии. Несмотря на критическое отношение к не подтвержденной практикой теории психоанализа, авторы руководства представили трибуну Фрейду, который учил психиатров и специалистов смежных дисциплин изучать развитие личности исторически. Книга приветствовала эмпирический подход к исследованиям природы психических расстройств, большие возможности для которых предоставила фармакологическая революция. Но описание психических расстройств включало современный крепелиновский отчет о клиническом профиле и уделяло внимание аспектам развития и психодинамики преморбидной личности, в частности, при невротических расстройствах. Авторы книги представили мультидисциплинарную концептуальную основу для клинической практики и научных исследований в психиатрии.

Майер-Гросс был одним из отцов-основателей биологической психиатрии. Его энтузиазм, энергия, обширные знания, понимание и неустанные усилия вдохновляли жизнь и деятельность команды, которой

он руководил в Кричтоне. Однако в клинической практике и в исследованиях он, очевидно, считал, что биологическая модель не безгранична, и полагал, что для целостной психиатрии необходимы философские основания.

МАНИАКАЛЬНО-ДЕПРЕССИВНОЕ РАССТРОЙСТВО И ГЕНИАЛЬНОСТЬ

На протяжении последних десятилетий было показано, что многие пациенты с биполярным или маниакально-депрессивным расстройством демонстрируют высокие творческие способности в музыке, поэзии и литературе, и до некоторой степени в науках, в некоторых случаях достигающие уровня гениальности.

Маниакально-депрессивные расстройства у людей с музыкальной и литературной одаренностью были рассмотрены в недавно опубликованных работах Кэй Рэдфилд Джифмисон, чьи замечательные книги отражали ее собственный опыт болезни. Она писала о том, как жить и творчески работать, когда страдаешь маниакально-депрессивным расстройством (1993). В своем эссе о некоторых немецких музыкантах Элиот Слейтер показал, как психопатология может помочь гениальным музыкантам выражать особую форму музыкального вдохновения (1979).

Известный немецкий композитор Хуго Вольф является впечатляющим примером этого явления. Во время гипоманиакальной фазы, когда он находился в состоянии эмоционального подъема и счастья, он работал, по его собственным словам, “как тысяча лошадей”. Некоторые наиболее известные циклы песен были написаны им всего за несколько недель. С другой стороны, во время депрессий он отказывался от своих работ и утверждал, что даже не знает таких терминов, как гармония, мелодия и полифония. История жизни Роберта Шумана также свидетельствует о связи между колебаниями настроения и творческими достижениями (Слейтер, 1972). Его подробный дневник показывает, что в те годы, когда у него было сниженное настроение, количество новых музыкальных произведений было очень мало или равно нулю. Но в периоды подъема, как и в годы его женитьбы, его музыкальный гений выразил себя в длинном списке сочинений исключительного очарования и оригинальности. Его Фортепьянный Концерт был первым романтическим произведением такого рода. Затем эту манеру переняли Лист, Брамс, Шопен и Мендельсон, а позже Чайковский, которые создали свои романтические концерты для фортепьяно.

Было установлено, что такие вещества как карбонат лития или карбамазепин позволяют держать под контролем психотические колебания настроения. При этом у большинства творческих личностей результаты их творческой работы не только не ухудшались, но в некоторых случаях даже улучшались (Шоу, личное общение, 1982). Лишь небольшая часть пациентов

жаловалась, что их вдохновение и новые идеи подавляются. Другим становилось трудно молиться. Но специальный режим обычно ослаблял такое влияние.

Витгенштейн утверждал, что “мы объясняем человеческое поведение через мотивы, но не причины” (1953). Когда мы имеем дело с пациентами, страдающими от приступов маниакально-депрессивного психоза, маловероятно, что попытка сообщить им “причины” их болезни окажется для них ясной и полезной. Биологическое лечение в целом успешно держит приступы болезни под контролем. Но подход терапевта к пациенту с рекуррентным маниакально-депрессивным психозом должен обеспечивать ему больше знаний и не ограничиваться только объяснением того, что существуют лекарства, которые помогают при таких нарушениях и их влияние на нейротрансмитерные проводящие пути может облегчить состояние.

В состояниях экстаза исследование внутренней психической жизни пациента не противопоказано и не является бессмысленным, несмотря на наличие биологической причины этого состояния. Опрос с помощью феноменологического метода помогает в разрешении личностных проблем, с которыми часто сталкиваются высоко одаренные люди. Приобретение взаимопонимания и пронизательность могут помочь и при лечении пациентов с алкоголизмом и другими формами зависимости.

Когда экстастическое состояние или приступ счастья с экспансивными идеями являются манифестацией маниакально-депрессивного расстройства, современное лечение, сочетающее применение регулирующих настроение лекарств и психологическую поддержку через проникновение в содержания сознания путем эмпатии, дает возможность большому количеству пациентов восстановить свою психическую стабильность и преморбидные особенности поведения. Многих это в значительной степени предохраняет от рецидивов болезни.

Сохраняющая свою значимость феноменологическая работа Майера-Гросса с четко сформулированными целями и задачами поставила — спустя почти 100 лет — перед современными исследователями вопросы связи между расстройствами настроения и исключительной одаренностью, как художественной, так и научной (Паскаль), с эмоциями, которые являются источником мистического и религиозного опыта, с вдохновением, которое играло важную роль в истории человечества. Примером такой связи может служить случай В. Джеймса.

Перевод Л. Н. Виноградовой

ЛИТЕРАТУРА

- Darwin Charles.* 1859. On the origin of species by means of natural selection. London: John Murray.
- James William.* 1890. Principles of psychology I and II. New York: Henry Holt.
- Ibid.* 1963. Varieties of religious experience; A study in human nature. 1-st ed. New Hyde Park, N. Y.: University Books, 1902.
- Jamison Kay Redfield.* 1993. Touched with fire: Manic depression illness and the artistic temperament. New York: Simon & Schuster.
- Jaspers Karl.* 1963. General psychopathology. 7-th ed. Trans. J. Hoenig and Marion W. Hamilton. Manchester: Manchester University Press.
- Lewis R. W. B.* 1992. The Jameses: A family narrative. London; Andre Deutsch.
- Mayer Willy.* 1914. Zur Phänomenologie abnormer Glücksgefühle. Zeitschrift für Pathopsychologie 2: 588 – 610
- Mayer-Gross Willy.* 1935. On depersonalization // British Journal of Medical Psychology 15:103 – 26.
- Mayer-Gross Willy, Eliot Slater, and Martin Roth.* 1952. Clinical psychiatry. 1-st ed. London: Bailliere, Tindall, and Cassell.
- Slater Eliot.* 1972. Schumann's illness // Robert Schumann: The man and his music, ed. Alan Walker, 406 – 17. London: Barrie and Jenkins.
- Ibid.* 1 979. The creative personality // Eliot Slater: A tribute, ed. Martin Roth and Valerie Cowie, 89 – 103.
- Wittgenstein L.* 1953. Philosophical investigation. Trans. G. F. M. Anscombe. Oxford: Blackwell.

**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

Состояние экстаза и его клиническое значение в тревожно-экстатическом психотическом синдроме

Ю. С. Савенко

Ключевые слова: экстаз, психозы страха — счастья, тревожно-экстатический синдром

Аффект экстаза совершенно недостаточно разработан в отечественной психологической и психопатологической литературе. Более того, в русских толковых словарях это понятие определяется отличным образом от общепринятого европейского словоупотребления, которое придерживается номинального значения этого древнегреческого слова: “выйти из обычного состояния”, но в духовном, а не двигательном отношении. В наших словарях читаем: “Исступленно-восторженное состояние, крайняя степень воодушевления, доходящая до болезненности” (1); “восторженное исступление” (2); “высшая степень восторга, восхищения, до исступления” (3). Между тем, это понятие и в своих истоках, и в расхожем словоупотреблении в среде, непосредственно знакомой с этим переживанием, практикующей медитативные религиозные и духовные техники или использующей психоделики, означает другое. Центром семантического поля понятия “экстаза” является не бурный восторг, а замороженное изумление, не буйство, а ступорозное застывание, “оцепенение в экстазе”. Те, кто называет экстазом, например, буйство меломанов на концертах рок-музыки, смешивают совершенно различные явления и механизмы. Так же и оргастические пляски в архаических культурах или танец шамана — это не состояние экстаза, а способы ввести себя в особое состояние, чаще счастья, а не экстаза. Это не две формы экстаза, а совершенно различные состояния, что и зафиксировал В. Майер-Гросс. Авторитетность его мнению придает его многопытность в этих аффективных состояниях самой разной природы. В 1914 году Майер-Гросс феноменологически описал религиозные и творческие экстатические состояния в своей диссертации (4), а спустя 10 лет он описал онейроидный (сновидный) синдром (где больной только зритель, отрешенный от окружающего, а не активный участник как в делирии), которому поведенчески часто соответствует кататонический ступор (5). Этому также предшествовал его большой клинический опыт при исследовании в 1923 – 1924 гг. экспериментальных психозов в результате действия галлюциногенов (мескалина, кокаина). Эти три различных поля исследований не могли не помогать другу другу, уточняя и обогащая феномен экстаза. Заблуждения современных исследователей, видимо, связаны еще и с недостаточной зрелищностью, некинематографичностью реального состояния экстаза, представляемого обычно как самозабвенное буйство.

Вслед за выделением К. Вернике (Carl Wernicke), наряду с депрессивными психозами, психозов страха (Angstpsychose), школа К. Клейста (Karl Kleist) — К. Леонгарда (Karl Leongard) (6), наряду с биполярными циклоидными психозами, выделила психозы страха — счастья, психозы возбужденной или заторможенной спутанности и гиперкинетические или акинетические двигательные психозы (фактически синдромы кататонического возбуждения или ступора). Корректнее говорить не о психозах, а о психотических синдромах, тем более, что они нередко сменяют друг друга, переходят друг в друга или сочетаются, например, кататонический ступор со спутанностью (онейроидностью). В МКБ-10 им соответствуют шизоаффективные психозы. Предложенная Клейстом более тонкая дифференциация отвечает клинической реальности и себя оправдала, что убедительно показал, в частности, Райнер Телле (Мюнстер, 1971 – 1996 гг.) (7).

Таким образом, в кластер униполярных и биполярных аффективных психозов попадают психозы страха и счастья без параноидной и кататонической симптоматики, спутанности и онейроидности.

Р. Телле называет психозы счастья еще и “экстатическими психозами вдохновения” и указывает, что обозначение “психозы страха — счастья” связано с тем, что во время одного приступа состояния страха и счастья перемежаются или даже могут сочетаться. “Они отличаются от шизофрении отсутствием выраженной дезинтеграции и более короткими приступами. От мании они отличаются состояниями экстаза. Экстаз — это противоположный страху полюс, оба они, согласно Филиппу Лершу, являются формами возбуждения витальных чувств”.

Мы видим, что Телле не следует разграничению состояний экстаза и счастья, которое ввел **Майер-Гросс (1914)**, согласно которому экстаз — это **состояния покоя и бездействия с устремленностью к растворению “Я” в предмете экстаза, вытесняющим все явления внешнего мира при ясном сознании и целостной памяти**. Т.е. экстаз не связан ни с каким-либо одним содержанием переживания (восторг), и ни с одними только положительными переживаниями (счастья, блаженства). Это наиболее строгое (узкое) и четкое определение соответствует многообразному социокультурному опыту и непосредственно не относится к психическим расстройствам.

Переживание счастья по Майер-Гроссу сопровождается не только ощущением безграничных возможностей, но и соответствующими побуждениями, которые поддерживают его.

В отношении экстаза существует особенно много недоразумений. Нередко игнорируется непродуктивность его определения не только по содержанию (экстаз может быть и религиозным, и эротическим, и воинственным, и психоделическим, и психопатологическим), но и по знаку (положительному или негативному) переживания. Известен не только экстаз восторга, но и экстаза ярости, экстаз унижения, экстаз отчаяния и самоуничтожения (*raptus melancholicus*). Во всех перечисленных случаях **переживается иступленное упоение соответствующим аффектом, следование единому целостному стремлению его предельного заострения.** В этой мотивационной характеристике, а не переживании удовольствия, счастья, — одна из основных особенностей экстастических состояний и, в частности, отличие от тревоги, переживание незавершенности в которой сочетается с неприятием, отталкивание конца. Экстаз может быть переживанием не только вознесения в рай, но и низвержения в ад, овладения не только святостью, но и демонами. Т.е., здесь явственным образом вскрывается **первостепенность самой космичности пространственных и временных переживаний, стирание их границ и границ “Я”, собственная причастность стихийным силам. Итак, экстаз — это пароксизм иступления и упоения (но не обязательно восторга, как это очевидно при инфекционных переживаниях), т.е. особого рода аффекта, со стремлением дойти до его предела. Это предельное расширение “Я”, его растворение в пространстве и времени, переживание беспредельности и безвременности.**

В 1974 г. в своей докторской диссертации “Тревожные психотические синдромы” (8) на основании 12-летнего клинико-психопатологического, экспериментально-психологического и электроэнцефалографического изучения психотических депрессий мы, предприняв попытку их типологии, и опираясь на феноменологическую разработку структуры аффекта Филиппа Лерша (10), пришли к заключению о необходимости вместо единого круга депрессивных синдромов различать два различных, хотя и пересекающихся круга: собственно депрессивных (тоскливых, меланхолических) синдромов и тревожных (анксиозных) синдромов.

Более частая встречаемость различных видов комбинированных тревожно-депрессивных синдромов камуфлировала важные клинически значимые различия чисто депрессивных и чисто тревожных синдромов, в частности, связь тревожных психотических синдромов с органикой и экзогенными вредностями, а собственно депрессивных психотических синдромов с эндогенной предрасположенностью.

Характерным оказалось и различие их спектров, а также взаимоотношения с синдромами бредового регистра.

Так в спектре тревожных синдромов мы описали **тревожно-экстастический синдром**, тогда как депрессивно-экстастический синдром (т.е. с тоскливой или меланхолической депрессией) нам ни разу не встретился, из чего, конечно, не следует, что его не существует. За этим тропизмом, как сделалось ясным при анализе феноменологических описаний, лежат общие структурные особенности тревоги и экстаза, за исключением их полярности в отношении устремленности слиться с предметом переживания при экстазе и его непереносимости, неприятия, отталкивания при тревоге.

Мы подтвердили также принципиально важное наблюдение Николауса Петриловича (1968), который указал на мономорфность психопатологической структуры монополярных депрессий в отличие от депрессий при биполярных аффективных психозах, клиническая картина которых содержит полиморфную вплоть до полярной симптоматику в качестве закономерно связанных симптомов, что является прогностически неблагоприятным признаком (11). Существенные особенности приобретает здесь как основное качество переживания так и его временная структура. К основному качеству переживания тревожных психотических синдромов — бесконечно долго длящемуся непрерывному “вот-вот” грядущей катастрофы, гибели самого дорогого, присоединяется характерная для экстаза зачарованность грандиозностью этой катастрофы до субступорозного состояния. Время теряет границы и всякую привычную дифференцированность, это беспредельность, в которой сливается и прошлое, и настоящее, и будущее, это переживание космичности, огромности, создающее этим некий торжественный патетический тон, сочетающийся с резко негативным содержанием переживания. Этот синдром отличался относительной непродолжительностью (1–2 недели) и обычно тендировал в сторону онейроидного синдрома, но в ряде случаев и в сторону острого чувственного бреда, бреда воображения, острой парафрении. По мере этого происходили соответствующие структурные изменения. Так, психическое состояние одной из наших больных характеризовалось сочетанием тревоги и страха с переоценкой себя, пророческими патетическими речами о “конце света”, “надвигающейся катастрофе” (“земля — живая душа, которая страдает от грубости и несправедливости людей... земля остановится и солнце будет знать, куда деваться...” и т.п.). По выходе из этого состояния описывала свои переживания не как дезориентировку, а как отсутствие самого представления о пространстве и времени, их как бы вовсе не существовало, а было недоброе предчувствие какой-то надвигающейся страшной чудовищной беды. Данное наблюдение является примером того, что тре-

возно-экстатический характер переживания сопровождается наиболее полиморфные, в дальнейшем неблагоприятно протекающие формы заболевания.

Наиболее часто встречаются больные, у которых экстатическая симптоматика выражена в редуцированном виде, что не лишает ее высоко значимого прогностического значения. Так, больная С., 70 лет, с неотягощенной наследственностью, развивалась нормально, активная, настойчивая по характеру. С 28 лет замужем, имеет сына, получила высшее образование, работала преподавателем, на момент исследования — пенсионер. Психически заболела внезапно, осенью, в 70-летнем возрасте. Без всякой видимой причины стала тревожной, беспокойной, вплоть до агитации. В течение 7 месяцев лечилась в ПБ № 4. Соматоневрологически: гипертоническая болезнь 2 степени, общий атеросклероз, хронический холецистит. Психический статус: в отделении первое время замкнута, напряжена, заторможена, тревожна. Жалобы на ночные кошмары, “одеревенение конечностей”, распирающие в голове, обостренную восприимчивость всех органов чувств, зябкость, затруднение дыхания. Речь временами быстрая, громкая, запинаясь, прерывистая, порой с неожиданно патетическими интонациями, выглядящими парадоксально в контексте переживаемых тревоги и страха. На лице застывшая гримаса озлобления и боли (резко сморщенный нос, прижмуренные глаза). Постоянно в ожидании “умертвления”, “мучительного конца”. Сообразно этому истолковывает всякий шум, всякое передвижение. “Что это там, в тартарары проваливаются трупы?” “Сколько минут мне осталось жить?” “Моя очередь не пришла?”. Многозначительным доверительным тоном: “Только не очень мучительно, я ведь все понимаю, пишите, я все подпишу”. “Пожалейте, так страшно умирать!”. “Укол лучше, хорошенький укольчик”. Характерен ее частый сардонический смех: “Ах, как Вы любезны, за тряпки, за мои ценности”. Сквозь умильную слащавость интонация издевки, презрения, иронии. Мольбы, увещевания, патетика и обличения постоянно перемежаются. Часто вскакивает, ходит взад и вперед, “безумно” заглядывает в лицо окружающим, патетически пророчит всем рак и прочие беды. Вскоре все чаще проскальзывает: “охотятся за мной”, “смотрят на меня странно”. Дальнейшее течение заболевания характеризовалось снятием острых явлений и хронизацией усугубившихся параноидных компонентов. Диагноз: шизофрения параноидная, прогрессивная, непрерывно текущая.

Таким образом, первоначальный сложный полиморфизм характера переживаний тревожно-экстатического

бредового настроения с дисфорическими включениями уже содержит в себе зародыши быстро формирующегося тревожно-бредового синдрома. Обращает внимание торжественная, патетическая, выпяченная интонация независимо от содержания, лишенная саморисовки, демонстративности, показной эффектности и других признаков, характерных для истероидности, а наоборот, обнаруживаемая и проявляющаяся обычно только при целенаправленном опросе, а также выраженный полиморфизм симптоматики, контраст ярких грандиозных переживаний в моменты видимой заторможенности. Характерно пафосное ожидание не просто смерти, но “умертвления”, а также наличие характерной многозначительности, т.е. бредовое усмотрение двойной подкладки и, наконец, сам характер и направление динамики процесса с появлением отчетливых параноидных идей.

Итак, тревожно-экстатический синдром уже сам по себе представляет полиморфизм в аффективной сфере, что оправдывает его нередкое отнесение к шизоаффективным, а не биполярным аффективным психозам, что всегда требует более тщательного клиничко-психопатологического анализа. Вкрапления экстатических переживаний в структуру других психотических синдромов уже на этапе бредового настроения может рассматриваться как прогностически неблагоприятный признак, дающий основание для более раннего пересмотра и интенсификации терапии антипсихотическими нейролептиками, наряду с карбамазепином и литием.

В исторической перспективе выражением тревожно-экстатического синдрома была болезнь Гоголя (9).

ЛИТЕРАТУРА

1. Ушаков Д. Н. Большой толковый словарь современного русского языка. — М., 2006.
2. Современный словарь иностранных слов. — СПб., 1994.
3. Русский семантический словарь, т. 3. — М., 2003.
4. Майер-Гросс В. Феноменология аномальных переживаний счастья // НПЖ, 2009, 2, 17 – 25.
5. Mayer-Gross W. “Selbstschilderungen der Verwirrtheit” — Berlin, Springer, 1924.
6. Леонгард К. Атипичические психозы и учение Клейста об эндогенных психозах. // Г. Грулле, Р. Юнг, В. Майер-Гросс, М. Мюллер (ред.). Клиническая психиатрия.- М., 1967, 119 – 142.
7. Телле Р. (Tölle R.) Психиатрия. — Минск, 1999, 335 – 339.
8. Савенко Ю. С. Тревожные психотические синдромы. — Докт. дисс. — М., 1974.
9. Савенко Ю. С. Гоголь и психиатрия // НПЖ, 2009, 3.
10. Lersch Ph. Aufbau der Person — München, 1956.
11. Petrilowisch N. Psychiatrische Krankheitslehre und Psychiatrische Pharmakotherapie — Basel, 1968.

КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ

К 145-летию выдающегося немецкого психоневролога Алоиза Альцгеймера¹ (1864 – 1915)

Деменции позднего возраста

Семинар ведет Я. Б. Калын (16 апреля 2009 г.), врач-докладчик С. И. Перминов

Уважаемые коллеги, вашему вниманию представляется больной С. 1934 года рождения, поступивший в больницу № 3 им. В. А. Гиляровского 2 апреля 2009 г. впервые по направлению дежурного психиатра.

Анамнез (со слов больного, его приемной дочери и сына). Известно, что отец больного был инженером-химиком, работал в Москве на химическом заводе. Алкоголем не злоупотреблял. По характеру был спокойным, общительным, любил играть в теннис, занимался фигурным катанием. Умер много лет назад. Мать больного тоже была инженером-химиком на химическом заводе. По характеру была спокойная, ласковая. Страдала онкологическим заболеванием, много лет назад умерла. Никто из родственников в психиатрической больнице не лечился. Больной единственный ребенок с семьей. Помнит себя с шести лет. Развивался своевременно (с его слов). По характеру формировался спокойным, приветливым, общительным, добрым, очень любил животных, особенно собак. Во время войны семья была эвакуирована в г. Омск. Бытовые условия там были тяжелые, семья недоедала, питание было однообразным. Учился в школе в Омске. К точным наукам интереса не испытывал, предпочитал гуманитарные предметы. Имел много друзей в школе, поведение его было удовлетворительным. После возвращения в Москву продолжил обучение в школе. Окончил 10 классов и поступил в Московский библиотечный институт на факультет художественной литературы. Учился с увлечением, занимался общественной работой. Много читал. После окончания института был призван в армию. Служил в Закарпатском военном округе в гаубичном артиллерийской полку. Был комсоргом полка. Участник событий в Венгрии в 1956 г. Во время этих событий ранений он не имел. Является участником войны. После увольне-

ния в запас занимался литературной деятельностью, работал журналистом в газете “Московский Комсомолец”, печатал рассказы, очерки в журналах “Огонек” и “Смена”. Печатал свои статьи в журнале “Новый мир”, был знаком с его главным редактором Твардовским. В дальнейшем работал в Комитете по телевидению и радиовещанию вплоть до выхода на пенсию. Всегда по долгу службы ему приходилось общаться с большим количеством людей, в том числе, сослуживцами, с которыми он поддерживал ровные отношения. Близких друзей у него было не много. Женился на женщине с ребенком. От брака у них есть общий сын. Жена тоже журналист, автор нескольких книг. Сын художник, занимается книжной графикой. Отношения в семье ровные, уважительные. Больной всегда вел здоровый образ жизни, алкоголем не злоупотреблял, не курит. Занимался легкой атлетикой, перенес спортивную травму левого коленного сустава, который сейчас его беспокоит. Проживают вдвоем с женой в двухкомнатной квартире. Являлся членом Союза писателей СССР. Одно время занимал должность секретаря Союза журналистов г. Москвы. Автор многих прозаических и поэтических книг. Издал роман, сборник стихов “Четыре Онегина”, лауреат двух литературных конкурсов, награжден за заслуги перед отечественной журналистикой памятным знаком “Триста лет Российской журналистике”. Является заслуженным работником культуры России.

В течение нескольких лет у него на голенях и стопах появляются отеки, но он за помощью не обращается. Последние годы страдает артрозом коленных суставов. Повышения артериального давления не отмечалось. Травм головы не было. Туберкулезом не болел. С 2005 года он стал испытывать чувство неудовлетворенности своей работой, считал, что радиопередачи не отражают истинного положения в стране, что “кругом сплошное вранье”. Критически обсуждал материалы коллег, говорил об этом своему руководству. В результате чего нажил себе много неприятностей. У него, как он считает, появились недоброжелатели, которые клезуничали за его спиной, пытались подставить, писали на него доносы. Кто, конкретно,

¹ А. Альцгеймер, работая у Э. Крепелина в Гейдельберге и Мюнхене, где он возглавлял анатомическую лабораторию, разработал специфические методы окраски структур мозга, получившие его имя. В 1906 г. описал заболевание, которое по предложению Крепелина было выделено в отдельную нозологическую форму и получило имя Альцгеймера. С 1912 г. — профессор в Бреслау.

— он сказать не может, но подозревал двух-трех человек. В итоге создались такие условия, что ему пришлось написать заявление об уходе и уволиться с работы. С 2007 года он не работает и является пенсионером. Родственники стали замечать у него психические нарушения как раз после увольнения его с работы из Радиокомитета в 2007 году. Они отметили, что он стал забывчивым, отмечалась потеря памяти, забывал закрыть газ, стал собирать ненужный хлам, газетки различные коллекционировать, делать ненужные покупки. Ходил в магазин. Ему стали писать на листочке, что нужно купить. Он этим пользовался, хотя все равно забывал, что нужно купить. Стал неточно ориентироваться в текущих датах. Родственники отметили, что у него усилился аппетит, стал много кушать. Иногда наблюдали у него совсем неадекватные действия: выносил мусор на лестничную площадку, иногда высыпал его в электрощиток. За четыре дня до госпитализации он не спал, собирался уходить из квартиры, хотел съездить к матери на Плющиху. Полагал, что находится на радио, будучи дома, собирался ехать домой. Перестал ориентироваться во времени, выходил по ночам на улицу за газетами в киоск. Удивлялся, что киоск закрыт, возвращался домой. Стал очень тревожным, беспокойным, раздражительным, суетливым. Дежурным психиатром доставлен на лечение в нашу больницу (родственники вызвали врача) с диагнозом: “Синильная деменция” и он был госпитализирован.

Соматическое состояние. Умеренно пониженно-го питания, кожные покровы сухие, бледные, акроцианоз. Стопы и голени отекающие, конфигурации коленных суставов сглажены, волосы седые, редкие, зубы в полости рта отсутствуют, пользуется съемными протезами. Пульс малый, редкий. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Верхушечный толчок разлитой, смещен вправо. Левая граница сердца смещена влево и отстоит на два сантиметра от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, частота сердечных сокращений 58 – 62 в минуту. Первый тон ослаблен, второй тон не выслушивается. Выслушивается грубый систолический шум во всех точках аускультации, более грубый во втором межреберье справа от грудины, проводится он на сонную артерию в межлопаточное пространство и на брюшную аорту. А/Д 110/70. В правой подвздошной области имеется старый послеоперационный рубец. Живот мягкий при пальпации, чувствительный в области правого подреберья, печень выступает из под правой реберной дуги на один сантиметр. На коже стоп и голеней трофические изменения.

Анализы. На сифилис — отрицательны. Антител на гепатит не обнаружено. БАК анализы отрицательны. Показатели биохимических и клинических анализов крови в пределах нормы.

Общий анализ мочи — удельный вес нормальный, следы белка, осадок без патологических изменений.

ЭКГ — синусовый ритм, вальтажные признаки гипертрофии левого желудочка неполная блокада правой ножки пучка Гиса, признаки изменения миокарда метаболического характера.

Рентгенография органов грудной клетки от 07.04.09. Эмфизема, пневмосклероз, корни структурные, синусы свободны. Диафрагма без особенностей. Левый желудочек умеренно расширен, аорта склерозирована.

Окулист. Диски зрительных нервов бледно розовые, границы изменены, сосуды извиты, умеренно сужены, уплотнены, склерозированы. Склеры глаз частично в тумане, начальная катаракта обоих глаз.

Хирург. Деформирующий артроз коленных суставов.

ЛОР. Признаки хронического субатрофического фарингита.

Терапевт. ИБС атеросклеротический кардиосклероз, атеросклероз аорты, относительная недостаточность митрального, трикуспидального, аортального клапанов, недостаточность кровообращения 2. Атеросклероз магистральных артерий головы. Эмфизема легких.

Неврологический статус. Зрачки одинаковы, фотореакция сохранена. Не доводит глазные яблоки до наружных спаек, больше влево. Ослаблена конвергенция справа. Чуть сглажена правая носогубная складка. Мягкое небо малоподвижно, тонус мышц конечностей чуть снижен слева, сухожильные рефлексы преобладают слева. Слева в руке незначительно снижена сила. Координаторные пробы выполняет с интенцией, чуть большей слева. Мелкий тремор пальцев рук, намечены ладоно-подбородочные знаки. Поясничный лордоз грубо сглажен. Менингеальных знаков нет.

Рентген черепа в двух проекциях без патологических изменений.

ЭХО-ЭГ. Смещения М-Эхо нет. Признаки легкой гидроцефалии, внутричерепной гипертензии.

Заключение психолога от 9.04.09. Обследуемый продуктивному контакту доступен. В месте ориентирован полно, во времени дезориентирован. Правильно определяет только текущий сезон. В беседе занимает активную позицию. Подробно рассказывает о своих достижениях, своих книгах, образовании. Наличие жалоб отрицает. Инструкции усваивает с трудом, часто в ходе работы теряет их. В ходе работы отмечаются моменты спонтанной активности по типу полевого поведения. Например, видит книгу на полке, и без спроса пытается ее взять. Во время обследования при обнаружении своей несостоятельности раздражается, возникают негативистические реакции. Мотивация к работе неустойчивая. Интерес к заданиям сменяется возмущением фактом необходимости проходить обследование и желанием прекратить работу. Темп деятельности снижен. Объем внимания и памяти резко сужен. Отмечаются выраженные коле-

бания уровня активного внимания. По результатам выполнения локальных проб при выполнении заданий в двигательной сфере отмечаются персверрации в виде уплощения программы деятельности, трудности перехода от одного элемента программы действий к другому. Основные компоненты инструментального обследования работы ВПФ относительно сохранены. Кривая запоминания: 4,5,4,4,5 слов из 10, ретенция — одно слово. Смысловая организация материала для запоминания в объеме небольших предложений не улучшает качества. При непосредственном воспроизведении фраз имеют место элементы контоминаций. Графика имеет нерезко выраженные сосудистые органические черты. Мышление характеризуется тугоподвижностью, неравномерностью уровня достижений на фоне истощаемости. Категориальные обобщения доступны при условии подсказки являются доминирующим модусом работы. Переносный смысл пословиц и метафор понимает верно. Эмоционально-личностная сфера характеризуется эгоцентризмом, экспансивностью, ригидностью установок, аффективной напряженностью, легкостью возникновения негативистических реакций, повышенной амбициозностью, потребностью во внимании окружающих сочетается с переживанием собственной несостоятельности, ограничением своих возможностей. Критические способности снижены.

Таким образом, в результате психологического обследования, выявляются сочетания нарушений в сфере произвольной регуляции: сокращение и утрата программы деятельности, ослабление произвольного контроля, элементы полевого поведения, недостаточность критических способностей и снижение психической активности: снижение темпа деятельности, истощаемость, сужение объема внимания и памяти, колебания уровня активного внимания, а также, мнестическое снижение по типу корсаковского мнестического синдрома в сочетании с нерезко выраженным интеллектуальным снижением у личности с чертами эгоцентризма, экспансивности, высокой потребности во внимании, ригидностью личностных установок, легкостью возникновения негативистических реакций.

Психический статус при поступлении. Больной был очень тревожный, было сниженное настроение, суетился, жаловался на боли в коленных суставах. Себя назвал правильно, правильно назвал свой адрес. Сказал, что знает, что находится в больнице, но профиль больницы ему неизвестен. Предполагает, что больница терапевтическая. Поводом для госпитализации, по мнению больного, послужило заболевание коленных суставов. Правильно называет дату своего рождения. Обнаруживает снижение памяти. Во времени ориентируется с ошибками. Число припомнить не может, считает, что идет март 2006 года. Не может припомнить день рождения сына, год его рождения называет неверно, считает, что он родился в

1996 году. Говорит, что проживает в СССР, что страной руководит Президент СССР, что хлеб сегодня стоит 1 руб. 30 коп. Соглашается, что накануне госпитализации у него была какая-то путаница в голове, но очень скоротечная. Рассказывает, что ему показалось ночью, что уже раннее утро, поэтому он вышел в киоск за газетами, но когда вернулся домой, сообразил, что была ночь. Как он говорит “я не мог сопоставить, где я нахожусь, в связи с чем, и что происходит”. А в больнице понял, что состояние у него ненормальное. Во время беседы и осмотра при поступлении выявить у него галлюцинации не удастся. Он отвлекаемый, внимание не устойчивое. Спонтанно начинает рассказывать о своей работе в Радиокомитете, о своей литературной деятельности, притом повторяется, часто персверрирует. Заявляет, что у него отличная память, начинает читать строфы из “Евгения Онегина”, но путается, забывает. В отделении первое время беспокоен, суетлив, навязчив с различными вопросами, часто спрашивает одно и то же. Не может запомнить своей палаты и своей кровати. С окружающими не общается, говорит, что ему здесь не с кем общаться. А вот в вечернее и ночное время тревожен. Через неделю на фоне лечения его состояние улучшилось, он стал спокойнее, стал понимать, что находится в больнице. Больным себя не считает, говорит, что ослабление памяти его не беспокоит. Вынужденно соглашается, что память ослаблена, но делает оговорочку, что в незначительной степени. Тут же говорит, что находится в больнице около года. Просит выписать его домой, потому что достаточно долго лечится уже. Понемногу он стал общаться с окружающими больными, улучшился сон, он себя обслуживает, но отмечаются элементы апраксии: иногда пуговицы на пижаме неверно застегивает, иногда с трудом одевает нижнюю рубашку. Кушает достаточно, самостоятельно. Нарушения памяти у него сохраняются и сохраняются нарушения критических функций. Настроение с пониженного стало немного приподнятым и даже с оттенком эйфории, стал благодушным, приветлив с персоналом. Привычные предметы узнает, правильно их называет. Может читать, справляется со счетом в пределах сотни, хотя с трудом. К состоянию остается некритичным.

Вопросы к врачу-докладчику:

— Давление какое у него было? — Давление у него повышено не было. АД при поступлении было 140/90. Потом было 120/60, 130/80 мм рт. ст. Сосудистого анамнеза выяснить не удастся.

— Чем лечили больного? — Акатинол — 10 мг утром, ремирон — 30 мг на ночь. Первые несколько дней делали ему инъекции реланиума — по 2 кубика на ночь. Даем ему парентерально витамины и галоперидол 1,5 мг на ночь. — Зачем? — Потому что больной суетливый, плохо спал первое время, но сейчас его состояние в этом смысле улучшилось.

— С какой целью даете ему ремирон? — Как противотревожное средство, совершенно безопасное для пожилых больных. — Вы антидепрессант даете как успокаивающее средство? — Как противотревожное средство.

— На сколько быстро у него развилось это состояние дезориентировки, и сколько оно длится уже? — За четыре дня до госпитализации и неделю у нас, значит около двух недель. — Это было утром, вечером? — Вечером. Спутанность у него в вечернее и ночное время в отделении усиливалась. — Томографию не делали? — Не делали.

— Что-то предшествовало за четыре дня до госпитализации, психогения какая-нибудь, психотравмирующая ситуация? — Со слов родственников и с его слов выяснить не удастся, но при поступлении выявлен назофарингит, т.е. вирусная инфекция. — После поступления он стал лучше себя чувствовать? — В момент беседы при поступлении он был контактен, но в вечернее и ночное время спутан. Сейчас лучше стал.

— Давали ему что-нибудь написать, нарисовать? — Часы он нарисовал неправильно. Я его попросил нарисовать кружочек, он нарисовал, стрелочка на девятку, а он сказал, что время 12.50. — Нарушение счета не наблюдается? — Явного нарушения счета не выявляется. С арифметикой справляется. Перекрещенные пятиугольники нарисовал примерно правильно. Его смотрел психолог и написала, что по шкале MMS он набирает 16 баллов, что соответствует деменции умеренной степени выраженности.

БЕСЕДА С БОЛЬНЫМ

— Здравствуйте! Вы позволите в присутствии докторов немного с Вами поговорить? — *Пожалуйста.* — Нас интересует Ваше здоровье, Ваши жалобы, а потом мы определимся с диагнозом и лечением. Что беспокоит Вас в первую очередь, какие жалобы на здоровье? — *Никаких.* — То есть самочувствие у Вас приличное? — *Да.* — Как настроение? — *Нормальное. Я каждое утро надеваю тренировочный костюм, кроссовки и бегаю.* — Но это дома, а сейчас Вы в больнице. — *Сейчас, конечно, нет.* — Тем не менее, настроение хорошее? — *Да.* — Как Ваш аппетит? — *Нормальный.* — Запоры, поносы есть? — *Нет.* — Сон как у Вас? — *Прекрасный.* — Засыпаете хорошо? — *Довольно быстро.* — Среди ночи просыпаетесь? — *Нет.* — Утром, когда просыпаетесь? — *Между семью и восемью часами утра.* — И больше уже не засыпаете? — *Нет.* — Среди ночи в туалет встаете? — *Редко.* — У Вас все нормально с мочеиспусканием? — *Да.* — Аденомы нет? — *Нет.* — Как обстоят дела с памятью: есть какие-то проблемы или нет? — *Нет.* — Память Вас устраивает? — *Да.* — Вы не против, если я буду задавать вопросы, чтобы проверить Вашу память? — *Пожалуйста.* — Какой сейчас текущий год?

— *2009-й.* — А какой месяц? — *Март.* — А какой сезон? — *Весна.* — А число сегодня какое? — *Не могу вспомнить.* — Приблизительно? — *Где-то 28-е, 29-е.* — А день недели какой сегодня? — *Не могу вспомнить.* — Приблизительно? — *Середина недели: среда, четверг.* — Хорошо. В каком государстве мы сейчас живем? — *Российская Федерация.* — Город, как называется? — *Москва.* — Учреждение, в котором Вы находитесь? — *Больница.* — Какой номер? — *Не знаю.* — Профиль больницы? — *Психиатрическая.* — На каком этаже мы с вами сейчас беседуем? — *На третьем.* — А какой это район Москвы? — *Затрудняюсь ответить.* — Какое ближайшее метро? — *Парк Культуры, наверное.* — Я сейчас назову три слова. Вы внимательно слушаете и постараетесь их запомнить. — *Хорошо.* — Яблоко, монета, карандаш. Теперь повторите, пожалуйста. — *Яблоко, монета, карандаш.* — Теперь в уме отнимайте от ста по семь и называйте мне результат. — *Девяноста три, восемьдесят шесть, семьдесят три, шестьдесят пять.* Я дальше затрудняюсь. — А какие три слова я Вам называл? — *Яблоко.* — Верно. Еще три слова. — *Не помню.* — Этот предмет как называется? — *Ручка.* — А этот? — *Телефон.* — А этот? — *Часы.* — Будьте любезны, повторите за мной такую скороговорку: Никаких “если”, “и” или “но”. — *Никаких “если” или “но”.* — Я Вам дам ручку и бумагу. Напишите самое простое предложение, чтобы в нем было подлежащее и сказуемое. (Больной пишет предложение). Прекрасно, все правильно написано. Будьте добры, нарисуйте куб. (Больной рисует куб). Похоже. Я написал просьбу, прочитайте и выполните ее. (Больной выполняет просьбу врача). — Будьте любезны, скопируйте эти два пересекающихся пятиугольника. (Больной выполняет задание). Хорошо, годится. Нарисуйте теперь круглый циферблат часов, расставьте на нем цифры, и установите стрелками время без пятнадцати минут два. (Больной рисует циферблат). В какой-то мере правильно, спасибо. Еще такая просьба: возьмите в руки лист бумаги, сложите пополам и поднимите вверх. (Больной выполняет задание). Спасибо, Вы очень хорошо справились с заданием. Вы с какого времени находитесь в больнице? — *Это я не помню.* — Приблизительно: неделю, две, три? — *Больше.* — В каком месяце Вы поступили в больницу? — *Февраль-март.* — Госпитализация была оправдана или она ничем не была вызвана? — *По моему мнению она ничем не была вызвана.* — А в связи с чем она произошла? — *Просто мои домашние считали, что моя психика несколько расстроена.* — Это без каких-либо оснований? — *Без каких-либо оснований.* — У Вас отношения в семье хорошие? — *Абсолютно.* — Все к Вам хорошо относятся? — *Да.* — Но они видели какие-то проблемы, раз они решили Вас стационарировать? — *Может быть видели, я за собой сам этого не замечал.* — Никто Вас дома не притесняет? — *Нет.* У нас даже творческий союз. — С кем Вы живете? — С

женой и с сыном. Жена очень опытный журналист, очень хороший редактор. Я ощущаю это на своих рукописях. — Вы продолжаете писать что-то? — Книжки. — Какие в процессе написания сейчас? — В процессе написания сейчас нету, потому что несколько томов у меня уже вышло. — Еще сын с Вами живет? — Да. — Какого он года рождения? — 1962-го. — Сколько ему лет сейчас? — Немногом больше тридцати. — Он женат? — Он неудачно был женат. — А дети есть у него? — Есть сын. — Ваш внук? — Да. — Как его зовут? — Дмитрий. — Какого он года рождения? — Это я не вспомню. — Наша беседа Вас напрягает? — Немного, да. — Устаете? — Просто нужно копаться в памяти. — Я заставляю Вас немножко подумать. Потом отдохнете. Последнее время у Вас в семье со стороны близких не было никаких притеснений, чтобы Вас лишали еды и т.д.? — Нет, ничего такого не было. — Ничего у Вас не пропадало последнее время? — Ничего. — Чем Вы занимаетесь обычно дома? — Если я не связан с написанием очередной рукописи, то хожу по магазинам, покупаю продукты, готовлю, помогаю жене. — То есть Вы в состоянии вести домашнее хозяйство? — Абсолютно. — В какие магазины ходите? — Или в ближайšie или на рынок. — Обычно продавцы обсчитывают пожилых людей. Такое с Вами случается или нет? — Нет. — Приблизительно, сколько стоит хлеб? — Рубль тридцать, рубль сорок. — А килограмм картошки? — Двадцать рублей. — Да, на счет картошки Вы не ошибаетесь. Квитанции за коммунальные услуги Вы заполняете или супруга? — Я тоже заполняю. — Сколько стоит киловатт электроэнергии? — Я не помню. — Кто Вы по профессии? — Журналист и писатель. — А по диплому? — Я окончил Московский государственный библиотечный институт, факультет библиографии и художественной литературы. — Но всю жизнь проработали в журналистике? — Да. — Где Вы работали? — Я работал в Радиокomitee, а затем работал с разными журналами. — С какого времени Вы перестали ходить на работу? — Примерно в 1972 году. — И с тех пор Вы уже не работали? — В штате, да. — А вне штата? — Вне штата сотрудничаю со многими журналами. — Для творческого человека увольнение из штата еще не означает окончания работы? — Совершенно верно. — Помимо работы, какие у Вас еще увлечения есть? — Спорт. — А телепередачи смотреть любите? — Да. — Какие виды спорта предпочитаете смотреть? — Легкую атлетику, волейбол, хоккей. — Олимпийские игры смотрели? — Конечно. — Где последние летние олимпийские игры проходили? — В Риме. — Там они были, но последние проходили в Пекине. Сегодня утром, вчера кто-нибудь к Вам приходил, навещал? — Навещали меня сын и дочь. — Как зовут Вашего лечащего врача? — Владимир Иванович, по-моему. — А как меня зовут, Вы запомнили? — Не обратил внимания. — Вы устали сейчас, после

беседы? — Конечно, надоедает это все. — Какие вопросы у врачей?

— Какое примерно сейчас время дня? — Полдень. — Вы сегодня сколько раз ели? — Два раза. — А что Вы ели? — На обед суп картофельный и кусок мяса с каким-то гарниром. — Какого Вы года рождения? — 1934-го. — Сейчас какой год? — 1996-й. — Сколько Вам лет? — Семьдесят четыре. — Какого года рождения Ваш сын? — 1962 года. — Сколько ему лет? — Тридцать четыре. — А внуку сколько? — Тринадцать-четырнадцать, что-то вот так. — Пожалуйста, правой рукой дотроньтесь до кончика левого уха. (Больной выполняет задание).

— Вам задавали вопросы, проверяя Вашу память. Вы согласны, что Вы ошибались много раз? — Не так уж часто я ошибался по-моему. — Согласны, что память плоховата? — Я бы сказал, что она избирательна. — И что же она помнит? — То, что нужно, она помнит, то, что не нужно — отвергает. — А что для Вас нужно? — Нужно то, что связано с моей семьей и с моим творчеством.

— А что случилось, почему Вас в больницу привезли? — Это заболевание не психического свойства. — Что случилось с Вами? — Что-то связанное с расстройством памяти, очевидно.

Ведущий: Спасибо Вам огромное! Извините за беспокойство. С Вами было приятно побеседовать.

ОБСУЖДЕНИЕ

Врач-докладчик: Я смею высказать только рабочий диагноз. Удастся выяснить, что анамнез больного неотягощен, и до 2005 года он был очевидно, здоров. Работал, вел здоровый образ жизни. А с 2005 года у больного появились психические расстройства, в виде изменений черт характера. Он стал конфликтным человеком, критиковал всех, стал несдержанным. Ему стало трудно переносить замечания в свой адрес. Он утратил былую гибкость мысли и вынужден был уволиться. В дальнейшем появились мнестические расстройства, которые стали нарастать. Это стали окружающие замечать. И нарастала интеллектуальная его несостоятельность. Больной с трудом стал справляться с бытовыми проблемами, с трудом стал перерабатывать новый материал. Интересы его имеют уже только внешнюю сохранность, я так думаю. Он стал меньше читать, реже смотрел телевизор. Накануне госпитализации у больного развивается острое психотическое расстройство. Клинически, это, очевидно, сосудистый делирий, что и послужило поводом для госпитализации. В стационаре у больного были выявлены неврологические расстройства, характерные для атеросклеротического поражения и поражение сердечно-сосудистой системы. Больше всего это кардиальная патология, я думаю, тоже атеросклеротического генеза. По анамнезу там грубая кардиальная патология. Настоящее состояние боль-

ного можно определить как состояние атеросклеротической деменции с грубым мнестическим нарушением, интеллектуальной несостоятельностью и утратой подлинной критики. У меня остаются сомнения в плане диагностики болезни Альцгеймера с поздним началом. Все-таки у больного нет сосудистого анамнеза, нет жалоб, характерных для сосудистого заболевания. Расстройства памяти грубые, они прогрессируют. Появляются очаговые корковые нарушения. Рабочий диагноз больного по моему мнению такой: “Мультиинфарктная сосудистая деменция с выраженным интеллектуально-мнестическим снижением. Перенес сосудистый психоз с синдромом нарушенного сознания”.

А. А. Глухарева. Все Ваше интервью с больным было связано исключительно с особенностями нарушения памяти, счета, такой формализованный психиатрический рассказ. Мы в нашей клинической психиатрической школе больше интересуемся клиническими особенностями, особенностями анамнеза, типом течения состояний. А здесь интервью было направлено на выяснение мнестических расстройств проявления деменции. Что касается пациента, я думаю, что, действительно анамнез благополучный без каких-либо психопатологических вещей. Начало заболевания где-то четыре года назад с нарастающих явлений мнестических расстройств, при том, как я понимаю, это были больше фиксационные амнестические расстройства. Потому что прошлую жизнь: кем работал, где работал, больной помнит прекрасно. Начало заболевания с такой амнезией фиксационной и личностными расстройствами. Удивительная вещь. Он ведь практически продолжал работать. Он начал выяснять отношения как истинный советский человек, имеющий советский статус. Он говорил, что по телевизору одно вранье. Упрекнуть его в какой-то уж совсем конфабуляции, я думаю, невозможно. Он привык к определенным стандартам в новостях, в прессе, конечно, ему было трудно адаптироваться к такой свободе, демократии и разности точек зрения, поэтому он давал своеобразную возрастную реакцию на все эти вещи. В начале заболевания на фоне изменения личности и расстройств памяти появляются сверхценные идеи отношения, когда ему кажется, что сотрудники не так его понимают, пытаются его выжить. Такой малый размах идей отношения тоже свойственен началу деменции. Я не хочу психологизировать, но, возможно, он должен был уступить место молодым журналистам. И, тем не менее, этот пациент с плохими ногами выходил в киоск, ходил в магазины, несмотря на расстройства личности и мнестические расстройства, был достаточно социально адаптирован. У родственников не возникало желания обратиться к врачу по поводу этих расстройств. Манифест его заболевания это острые делириозно-конфабуляторные расстройства, когда он путает день с ночью, когда живет прошлой жизнью. И эти делириозно-конфабуляторные

расстройства в рамках его деменции и послужили причиной госпитализации. Что касается теперешнего состояния, то на первом плане, конечно мнестические расстройства — явления прогрессирующей амнезии, фиксационной амнезии. Это, конечно, деменция, но не по этой шкале, по которой ему поставили. Александр Юрьевич спросил про моторику. Я думаю, что он был живее. Эта суетливость понятна, когда пожилой пациент попадает в другие условия, все старики дают суетливость, непонимание, навязчивые вопросы. Ремирон — 30 мг — это мощнейший препарат с седативным эффектом. Ремирон дает и отеки и серьезные соматические нарушения. А этот пациент еще бегаёт, суетится, задает вопросы. Сосудистого анамнеза нет, сосудистой патологии мозга нет, есть, конечно церебральный атеросклероз. Мне кажется, это начальные проявления сенильной деменции с пережитым делириозно-конфабуляторным состоянием. А об Альцгеймере и говорить нечего. Очаговых нарушений минимум. При Альцгеймере должны быть нарастающие афазические и афатические расстройства, апраксия, агнозия, акалькулия. Он прекрасно помнит прошлую жизнь, а при Альцгеймере практически полное отсутствие воспоминаний о прошлой жизни, пустота.

А. Ю. Магалиф. Я предполагаю, что в аудитории найдется мало специалистов, хорошо разбирающихся в геронтопсихиатрии. Я себя не причисляю к ним. Поэтому Ярослав Богданович, который ведет наш семинар, наверное, лучше нас знает, как обследовать больного с такой патологией. Я не понял, о каком делирии упоминается в анамнезе. Была спутанность, а галлюцинаторных расстройств, по-моему, не было. Мне кажется, что терапия немного странная. Не понимаю, почему такому больному нужно давать сильный дофаминоблокатор — галоперидол. Мне кажется, что моторика пациента сейчас в значительной степени отражает именно то, что он получает галоперидол, т.е. у него имеются признаки лекарственного паркинсонизма. И еще мне непонятно, как может патопсихолог проверять память, если больной получает такой сильный нейролептик? Я вообще часто говорю о том, что мы направляем к патопсихологам больных либо когда они находятся в остром состоянии, и поэтому обязательно приходится их тестировать второй раз, либо, когда больной получает активную терапию нейролептиками. Это тоже, наверняка, отражается на результатах обследования. Я бы хотел, чтобы патопсихологи нам сказали: если больной принимает сильные нейролептики, то адекватно ли смотреть его в это время?

М. Е. Бурно. Уважаемые коллеги, я тоже не специалист по старческой патологии. Но ведь есть классическая клиническая азбука. Сосудистое слабоумие, как отмечает лечащий доктор, сформировалась за 3–4 года. В чем же существо сосудистой деменции? Это слабоумие лакунарное. При этом страдают питающие кровью мозг сосуды, прежде всего, а не парен-

хима, не рабочие думающие нервные клетки. Они-то страдают как раз при атрофических процессах. И здесь по той причине, что страдает кормящая сосудистая строма, хуже кормится в разных местах масса рабочих клеток (паренхима), и наступает снижение личности лакунарное, парциальное не тотальное. Память может быть расстроена, конечно, существенно, но при этом сохраняется способность критически смотреть на себя сбоку, какая-то более или менее реальная оценка, какая-то критика, пусть она даже постепенно ослабевает у сосудистого больного. Но он страдает, прежде всего, от своего инструментального снижения, от снижения памяти, сообразительности, работоспособности. По этому поводу встревожен, плачет — оценка сохраняется. Я читал про знаменитого английского физика. Он был сосудисто слабоумен после нескольких тяжелых апоплектических ударов. Он сидел в кресле и читал научный журнал, читал там свою молодую статью, забыв, что это он ее написал. И говорил: “А ведь это неплохо написано” потому-то и потому-то. То есть сохранялась оценка. Память-то, ее ослабление, не главное по большому счету, важнее всего критика. А что тут? Тут этой реальной оценки совершенно нет. Он говорит, что память его избирательна, помнит то, что для него важно, близко, про свою семью. А тут он как раз больше всего ошибается, и как глубоко, как карикатурно, можно сказать, ошибается. При этом не переживает ошибки. Когда у него было возбуждение, нагрянула какая-то тревога, это было состояние психотическое или субпсихотическое, но вот сейчас здесь он сидит перед нами, этот личностно поблекший, посеревший старик с настоящим “снижением уровня личности” по Курту Шнайдеру, с, так сказать, нивелировкой личностных свойств, уходом из личности того, что делает человека живой индивидуальностью. Нет уже этих неповторимых свойств личности, которые есть самое ценное в человеке и основа творчества в самом широком смысле. Это и называется потускнение, опустошение личности. И этот потускневший пожилой поэт, в отличие от склеротика, не тревожится о своей выразительной опустошенности, о своей мнестической неполноценности. Он считает, что вполне здоров, а почему он здесь — ему непонятно. Для меня это никак не похоже на сосудистое расстройство, хотя сосудистые изменения могут прибавляться к этим атрофическим нарушениям. Здесь нарушение атрофическое, это сенильное слабоумие, как говорили раньше, или болезнь Альцгеймера в широком понимании, как принято называть теперь. Момент критики, оценки, о котором я говорил, для меня имеет и значение психотерапевтическое. У сосудистого больного есть оценка, переживание своей обедненности, переживание своей неполноценности. Поэтому там можно психотерапевтически помогать, даже элементами терапии творческим самовыражением. А здесь нет реальной оценки, нет критики и не нужна психотерапия, он ее

не поймет. Остается, сколько возможно, лекарствами замедлять приближение к полному распаду души. Диагноз: “Слабоумие, вызванное атрофическим процессом”. Спасибо.

Э. В. Гаскина. Я хочу выразить благодарность Сергею Игоревичу. На сколько мог, он достаточно быстро собрал сведения, хорошо, литературно доложил больного. Я считаю, что лечение абсолютно грамотное. Почему? Первое. Ремирон давно известен как очень хороший препарат, который стабилизирует больных. При таких состояниях, как поступил больной — состояние конфабуляторной спутанности, основа улучшения, это — улучшение сна. После этого мы можем приступать ко всему остальному. Для этого были произведены две абсолютно грамотные вещи. Еще третья — с перспективой дается акатинол, единственное, что еще не нарастили дозу, потому что на мой взгляд это еще не рабочая доза, еще бы добавить 20 мг. и разделить эту дозу на утро/вечер. Что было сделано? Ремирон снимает тревогу, действует как антидепрессант. Совершенно иначе по возрасту он переносится. Мы всегда делаем поправку на возраст. Он великолепно проходит через печень, совершенно не нагружая ее, что для нас очень важно. И дает эффект хорошего добротного сна с великолепным утренним состоянием. Галоперидол — эта доза очень хорошая, единственное, что я разбиваю утро/вечер. Сейчас объясню, почему. Когда я начинала работать в этой больнице, то у нас здесь препараты проходили апробацию. И мой бывший однокурсник занимался галоперидолом-нитрумом. Так как мы — аллопаты практически ничего не знаем о гомеопатии, вот так практически галоперидол действует. Мы пользуемся многими препаратами, в частности витамином В₁₂, и не знаем о том, что это чисто гомеопатический препарат, который очень часто показан при болезни Альцгеймера. Препарат галоперидол-нитрум выходил по 0,5 мг. Совершенно другое действие. Никаких побочных эффектов, изумительный транквилизирующий эффект, который не сопоставим ни с одним транквилизатором, ни с одним малым нейролептиком. Так как он убирает без побочных действий тревогу, ни один препарат, особенно у пожилых больных так не работает. Все релаксируют, кроме галоперидола. У нас нет галоперидола по 0,5 мг., хорошая рабочая доза — 1 – 1,5 мг. Когда мы купуем расстройства сна и суэтильность, то больной нам дает фантастический выход. Больной вдруг оказывается совершенно иным. И убираются эти явления выраженной деменции. За несколько дней больной дает хороший выход. Очень важна компенсация соматическая. Тут это острое начало, если посмотреть длинник, видимо, была синтонная личность, никаких психиатрических проблем там не было до предпензионного возраста, который трактовать можно по-разному. Мы можем натянуть на паранойяльное расстройство, возможно в этом возрасте он любил “рубить с плеча”, возможно, он ко-

го-то не устраивал, хотели чтобы он не мешал работать, не освобождая кому-то конкретно место. Возможно, какая-то паранойяльность была, но отчасти только. А после этого начинается классика, начинается амнестический синдром, который патогномоничен болезни Альцгеймера. Ни одна другая болезнь не начинается с моносимптома амнестического. Это длительный период в течение которого человек утрачивает все свои привычки, навыки, у него интересы сужаются. Мы отличаемся, к сожалению от запада, тут мы могли бы дифференцировать совершенно иначе. Для таких больных существуют программы с замедленной речью. Больной с болезнью Альцгеймера может все понимать, но он не успевает за темпом, он не в состоянии осознать и ему становится не интересно. У него могут оставаться те же интересы, только чуть сниженные, но он не в состоянии этот темп усвоить. Остается только догадываться, за счет чего у него снизились эти интересы и остается только оболочка прежней жизни. Вряд ли он мог также писать, вряд ли был так же продуктивен, но, видимо, создавалась иллюзия и какой-то распорядок, но, наверное, все это угасало. Это кстати положено для болезни Альцгеймера. У него классическая ситуация, когда в позднем возрасте насильственный выход на пенсию. Утрата привычного распорядка — и в одну минуту разваливается личность. У него появилась, видимо не только амнезия, а акалькулия, он не может считать. У нас нет объективных сведений о сосудистом анамнезе. Потом развивается острое состояние, как я уточнила у Сергея Игоревича — соматогения. И эта закончившаяся соматогения, помимо лечения, тоже могла способствовать быстрейшему улучшению состояния. Соматогения в сосудистом варианте может провоцировать, но если мы говорим о чистой атрофии, то соматогения дает острый эпизод, либо ятрогения, неправильное лечение, либо соматогения, может дать то, что характерно для сосудистого — острое начало. Мы его как бы получили до этого исподволь, а потом мы получили острый эпизод вечерней спутанности, который замечательно купировал Сергей Игоревич в отделении.

Когда мы смотрим больного, как он вошел: его походка. Что мы видим? Больной идет мелкими шажками, которые вряд ли можно списать на его проблемы с коленными суставами. Он идет, практически не совершая никаких движений. Это удивительно, эта его асимметрия только в левой руке характерна для болезни Альцгеймера и сосудистой деменции. У него руки до локтей вообще не работают, и левая рука продолжает работать от локтя. Больше характерно для сосудистой деменции. Я совершенно согласна с Марком Евгеньевичем, что больной потускнел. У больного в отличие от сосудистого, мы не видим никакого аффекта. Мы видим ту самую олигобрадикинезию: мимики никакой, движения никакие, а это больше характерно для сосудистых расстройств. Нет никаких данных, его и невропатолог смотрел. Мы не видим

тремора, но зато выясняются какие-то минимальные апрактические расстройства. Он устал, и у него есть сосудистые элементы, он астенизировался, но, тем не менее, срабатывают эхолические расстройства. Он начинает выдавать под конец одни и те же цифры, а это характерно для болезни Альцгеймера. Что касается сосудистых дел. Нам вовсе не обязательно иметь этот анамнез. Во-первых, мы на данном срезе уже видим, что все объективное параклиническое обследование говорит о сосудистых делах. При рентгенографии, расширение сердца за счет левого желудочка, то же самое на электроэнцефалограмме, изменение сосудов глазного дна у окулиста. После всего разбора зачитать бы нам МРТ, потому что все обследования проходят сейчас нейровизуализацию. Я убеждена, что если бы мы сейчас посмотрели этого больного на МРТ, то безусловно у него есть лейкоареоз, который не только вокруг всех желудочков — паравентрикулярно, а более выраженные изменения там есть, и диффузные тоже. Мы имеем то, о чем сейчас все больше говорится, о смешанных вариантах. То, что идет рука об руку и провоцирует друг друга. Массивная атрофическая симптоматика, которую окрашивает сосудистая, мы не можем ее анамнестически проследить, но она присутствует. Но списать на то, что раньше называли атрофический вариант сосудистой деменции — не бывает такого. Здесь есть две нозологии, и превалирующая — атрофическая.

— *О слабоумии нельзя говорить до того момента, пока не купируется спутанность.* — Она уже купирована. Она была только первые три дня. — *Хорошо. Второй момент. Сейчас нет выраженных расстройств поведения, зачем тогда галоперидол?* — Еще рано снимать галоперидол. Он только десять дней лежит. Если бы мы отменили галоперидол, началась бы спутанность, и если бы не остановили такие острые состояния, то в ближайшие дни, если бы это развернулось, был бы инфаркт или инсульт.

Я. Б. Калын. Согласно МКБ-10 выделяется болезнь Альцгеймера с ранним началом (до 65-ти лет), что раньше называлось болезнью Альцгеймера, и которая в популяции встречается довольно редко. Болезнь начинается в пресенильном возрасте, в клинической картине преобладают корковые очаговые расстройства. Заболевание неуклонно прогрессирует и кончается тотальным слабоумием. Но к болезни Альцгеймера в МКБ-10 причислено и другое часто встречающееся в пожилой популяции расстройство — болезнь Альцгеймера с поздним началом (с началом после 65-ти лет), которое до принятия МКБ-10 называлось сенильной деменцией. Деменцией альцгеймеровского типа по данным проведенного нами популяционного клинико-эпидемиологического исследования в Москве страдает 4,5 % населения в возрасте шестьдесят лет и старше. По России таких пациентов около двух миллионов человек. Это действительно, проблема. Возможны разные варианты течения

заболевания, много переходных форм, которые начинаются в позднем возрасте, а по клинической картине напоминают раннюю болезнь Альцгеймера, и наоборот, болезнь начинается до 65-ти лет, а по клинике напоминает деменцию, которая начинается в возрасте после 65-ти лет.

В отношении статуса пациента. Состояние больного определяется деменцией амнестического типа. Это деменция, которая обусловлена потерей памяти. У пациента нарушена память как на текущие события, так и на события отдаленного прошлого. Степень мнестико-интеллектуальных нарушений у пациента не достигает уровня клинически выраженной деменции. Он понимает многие вещи, частично ориентирован во времени, в месте пребывания, знает даже профиль больницы. Приблизительно ориентируется в обстановке. Полагаю, что он находит места общего пользования в отделении, находит свою палату, койку. Я не согласен с теми врачами, которые считают, что психически здоровому человеку в возрасте 75 лет позволительно не знать текущей даты, дня недели и т.п. По моему мнению, запас привычных знаний у 75-летнего человека не должен существенно отличаться от такового у человека в возрасте 30, 40 или 50 лет. В отношении аутопсихической ориентировки. Она, как правило, всегда остается более сохранной, чем ориентировка во времени и месте, что наглядно продемонстрировал больной. Все, что касается его личности он точно знает: называет число, месяц, год своего рождения, свой возраст. Приблизительно знает год рождения сына, его имя, помнит, что сын был женат, что у него есть внук, знает имя и возраст своей супруги. Вместе с тем, он совершенно не способен датировать автобиографические сведения, что характерно для такого рода пациентов, так как нарушена память на прошлые события.

В отношении очаговых расстройств, которые бывают при болезни Альцгеймера. Как правило, очаговые расстройства доминируют при болезни Альцгеймера с ранним началом. Грубые очаговые расстройства у пациентов с болезнью Альцгеймера с поздним началом на ранних этапах заболевания не встречаются. При этом лечащий врач отмечает, и в процессе этого обследования у больного обнаруживается апраксия, в частности, он не может нарисовать геометрические фигуры (или рисует их неточно), не может нарисовать часы с заданным временем. У больного выраженные признаки конструктивной апраксии, при отсутствии апраксии моторной, т.е. двигательной: он ловко пишет, может шнуровать шнурки, застегивать пуговицы. Моторная апраксия появляется на значительно более позднем этапе заболевания у такого рода пациентов. Естественно, что начальные корковые нарушения могут быть выявлены только при нейропсихологическом обследовании. Но даже беглый респонс позволяет заключить, что речь больного свободная, с достаточным запасом слов. Он в полном

объеме понимает обращенную речь, не испытывает проблем с подбором слов, отвечает без запинок не задумываясь. Это не значит, что у больного нет никаких нарушений речи. Как правило, у пациентов с поздней формой болезни Альцгеймера есть определенные штампы рассказов, просьб, которые они повторяют изо дня в день. Это есть первые признаки речевых нарушений. В отношении высших функций умственной деятельности: суждений, умозаключений. Больной многое понимает, по существу отвечает на вопросы, может ловко оправдать свою несостоятельность. При этом больной абсолютно не критичен к своему состоянию. Только пациенты с ранней формой болезни Альцгеймера переживают свою несостоятельность. Это является одним из дифференциально-диагностических признаков, отличающих пациентов с ранней формой болезни Альцгеймера. При поздней форме болезни Альцгеймера больные не признают факта наличия у них каких-либо психических нарушений. Теперь, что касается обследования больного. В наше время считается недопустимым, чтобы пациенту с подозрением на органическую патологию головного мозга не была проведена хотя бы компьютерная томография. Это один из необходимых методов диагностики. Что еще необходимо делать, чтобы исключить казусные ситуации? Первое — провести доступные лабораторные исследования, чтобы исключить у больного нейросифилис. Это обязательно. Мы прицельно занимаемся диагностикой болезни Альцгеймера и тем не менее, бывают случаи, когда ошибочно диагностируем начальные проявления болезни Альцгеймера у больных нейросифилисом. Такие случаи нередки.

Я уже говорил, что дискуссия по поводу того, ранняя ли эта форма болезни Альцгеймера или сенильная деменция, во многом неактуальна. По моему мнению, правы те, кто считает, что больной страдает болезнью Альцгеймера, и также правы те, кто говорил, что у него сенильная деменция. Считаю, что больной страдает болезнью Альцгеймера с поздним началом (синоним: сенильная деменция альцгеймеровского типа). Лечащий врач выставил предварительный диагноз “мультиинфарктная сосудистая деменция с выраженным интеллектуально-мнестическим снижением”. Во многом такой диагноз основывается на данных нейроинтраскопических исследований, которые нашему пациенту не проводились. Необходимо иметь в виду, что ряд классификаций сосудистых заболеваний головного мозга, которые существуют на сегодняшний день, построены не на клиническом принципе, а на основании результатов нейроинтраскопических исследований. Для диагностики мультиинфарктной деменции необходимо наличие множественных очагов сосудистого поражения полушарий головного мозга. Правильно заметили коллеги, принимавшие участие в дискуссии, что сосудистую деменцию можно предполагать при наличии сосудистого анамнеза. Существует шка-

ла Хачинского, довольно формализованная, но она тоже позволяет дифференцировать сосудистую деменцию от болезни Альцгеймера. Эта шкала включает в себя много пунктов, начиная от того, какие и сколько жалоб предъявляет пациент и заканчивая наличием в анамнезе инсультов. Оценка по шкале Хачинского в 5 и более баллов свидетельствует о высокой вероятности того, что больной страдает сосудистой деменции. Последнее решающее диагностическое заключение выносит врач, руководствуясь своими знаниями, опытом, суждениями. Для чего нужен точный диагноз? Правильный диагноз предпосылка адекватной терапии. В зависимости от диагноза мы определяемся с терапией. В ходе дискуссии было высказано предположение, что причиной госпитализации больного был не сосудистый делирий, а состояние амнестической спутанности, на фоне которого появилось неправильное поведение. Я разделяю такую точку зрения. У больных с болезнью Альцгеймера состояния амнестической спутанности, как свидетельствует наш опыт, возникают довольно часто. Какие причины приводят к развитию амнестической спутанности? Зачастую к этому приводят стрессовые ситуации: перемены в ближайшем окружении больного, перемена места жительства, длительный переезд. Усиление амнестической спутанности в вечернее и ночное время возможно обусловлено уменьшением числа привычных видимых в дневное время ориентиров, что усиливает тревогу и затрудняет ориентировку в окружающем. Это приводит к тому, что пациенты начинают себя неадекватно вести. Это одна из причин возникновения спутанности. Вторая причина — появление дополнительных соматических расстройств. Чтобы исключить их необходимо более тщательное обследование пациента. При лабораторном исследовании в моче больного обнаружен белок, что может свидетельствовать об обострении возможного воспалительного процесса мочевыводящих путей. По нашему опыту, довольно часто обострение хронического пиелонефрита приводит к спутанности. Необходимо отметить, что каждое состояние спутанности низводит пациента на более низкий уровень мнестико-интеллектуального функционирования. Вряд ли после выписки из стационара больной сохранит присущие ему до госпитализации бытовые навыки, возможно, он будет более зависим от окружающих.

Теперь в отношении терапии. Причина болезни Альцгеймера и вообще атрофических заболеваний головного мозга неизвестна. Но известны многие патогенетические звенья этого патологического процесса. Установлена взаимосвязь между нарушениями памяти и дисфункцией холинергической и глутаматергической систем. Вместе с тем является обычной практикой терапия состояний психомоторного возбуждения у пациентов с синдромом деменции типичными нейролептиками, которые снижают уровень ацетил-

холина в головном мозге. Это не терапия, а нейролептическая иммобилизация. В данном конкретном случае я не могу утверждать, что врач не прав, назначив больному галоперидол. Наш опыт показывает, что продолжительность терапии типичными нейролептиками состояний острой амнестической спутанности у больных с деменцией не должна превышать нескольких дней. Существуют препараты, которые обнаруживают менее выраженный холинолитический эффект. Это атипичные нейролептики: сероквель, рисполепт и им подобные. Мы для купирования состояний острой амнестической спутанности применяем тиапридал или сонапакс. Эффект будет более медленный, чем при назначении типичных нейролептиков, но и побочных эффектов не будет. Несомненно, состояние амнестической спутанности у дементных больных требует незамедлительной терапии. Вместе с тем, применение типичных нейролептиков для лечения этих состояний быстро приводят к нейролепсии, и, по-видимому, паркинсоноподобные нарушения у продемонстрированного сегодня больного следствие продолжительной терапии галоперидолом.

— *Какие дозы тиапридала?* — 100 – 200 мг. в сутки, в зависимости от состояния больного. При острой амнестической спутанности в течение нескольких дней тиапридал водится парентерально.

Теперь в отношении других препаратов, которые назначены пациенту. По моему мнению, назначение ремерона не вполне оправдано. Полагаю, при отсутствии у пациента депрессивных расстройств терапия антидепрессантами нецелесообразна. У каждого психиатра есть свой индивидуальный опыт терапии психических расстройств, но тем не менее назначение того или иного препарата должно быть аргументировано.

В отношении патогенетической терапии болезни Альцгеймера необходимо заметить, что ее выбор во многом зависит от стадии заболевания. В процессе обсуждения было высказано предположение, что на фоне амнестической спутанности судить о стадии заболевания сложно. Вместе с тем на момент осмотра состояния амнестической спутанности у больного не установлено. Уровень мнестико-интеллектуальных нарушений соответствует мягкой степени деменции. По моему мнению, на этом этапе болезни Альцгеймера целесообразно сочетание глутаматергической терапии в виде акатинола мемантина в дозе 20 мг/сут. с глиталином в дозе 800 мг/сут., обладающим свойствами центрального холиномиметика и участвующего в анаболических процессах, а также с ницерголином (сермионом) в дозе 30 мг/сут., обладающим нейропротективным и вазоактивным действием. Несмотря на неуклонно прогрессивное течение заболевания вплоть до полного распада мнестико-интеллектуальной деятельности адекватная терапия позволит замедлить темп нарастания синдрома деменции и позволит больному длительное время обходиться в быту без посторонней помощи.

Психология шизофрении¹

Ганс В. Груле (Гейдельберг)²

*Расширенный реферат
ежегодного собрания Немецкого объединения психиатров
Вена, осень 1927 г.*



ВВЕДЕНИЕ

Существуют психиатры, сомневающиеся в необходимости попытки описания психологии шизофрении. Они обосновывают свое мнение так: никто же не думает, например, о психологии паралича. И есть психиатры, которым такой ход мысли совершенно непонятен. Таким образом, если двое специалистов,

¹ Psychologie der Schizophrenie von Dr. Hans W. Gruhle, A. O. Professor fuer Psychiatrie und med. Psychologie an der Universitaet Heidelberg, BERLIN, 1929. — Перевод с немецкого Евгении Григорьевны Сельской (после окончания в 1976 г. МГПИИЯ им. Мориса Тореза, более 30 лет преподаватель немецкого языка на городских курсах иностранных языков). Редакция выражает глубокую признательность Евгении Григорьевне за перевод, и Марку Евгеньевичу Бурно — за предоставленную работу Груле, инициативу по ее переводу и портрет из личного архива.

² Hans Walter Gruhle (1886 – 1958), ученик Крепелина, в 1905 – 1934 сотрудник, а затем директор психиатрической клиники в Гейдельберге, в 1934, 1946 – 1952 и 1955 профессор в Бонне.

одинаково владеющих материалом, приходят к противоположным воззрениям, то надо, видимо, принять существование противоположных подходов в понимании явления, — подходов, эти различия обуславливающих. Одни авторы относят шизофрению к органическим заболеваниям мозга, подобно параличу, сожалеют, что не могут выявить никаких неврологических признаков, уточняющих это, и рады, что при параличах такие признаки налицо. Они, во всяком случае, верят в закономерность существования шизофренического состояния мозга, хотя таковое и не было никем обнаружено. Такие специалисты считают, однако, с самого начала маловероятным, что такому состоянию мозга закономерно соответствует определенное душевное состояние. А если врач все же придерживается этой точки зрения, он в принципе отрицает утверждение, что данное душевное состояние имеет какие-либо внутренние психические связи. Из его мысли следует: почему какому-либо структурированному церебральному заболеванию — будь то инфекционное (паралич) или, видимо, системно-дегенеративное (шизофрения) — должна соответствовать определенная структурированная психическая симптоматика? Такой исследователь рассматривает психологическую проблему как второстепенную: возможно, хотя и маловероятно, что определенному состоянию мозга соответствует определенная психическая симптоматика, однако, говорить о закономерностях возможно только в пределах состояний мозга. Между психологическими симптомами не может быть связи *sui generis*, т.к. в противном случае существовали бы две друг от друга не зависимые каузальности: интрацеребральная и интрапсихическая. Психические симптомы можно, в лучшем случае, описывать, но не структурировать.

Противник данной позиции ни в коем случае не отрывается от естественнонаучной платформы, на которой могут произрастать такие же отрывочные суждения, но он рассматривает психические симптомы не как случайно хаотично сложенные факты, нет, он регистрирует, тщательно описывая, все психические

явления, стараясь выявить в них определенный порядок, подобно соматологу, старающемуся найти взаимосвязь между соматическими явлениями у больного. При этом никто не думает, что эта упорядоченность базируется *eo ipso* на понятных взаимосвязях. И в этом смысле утверждение, что не существует психологии паралича, несостоятельно. Мы приходим к выводу о существовании психологии паралича тоже.

Я лично придерживаюсь следующей точки зрения: шизофрению я считаю органическим заболеванием, даже если она является, согласно Бонгефферу (Bonhoeffer), реактивным психозом, т.е., строго говоря, реакцией мозга на внешнее болезнетворное начало, или же, что мне представляется более правильным, аутохтонным (энцефалогенным) заболеванием. Я противопоставляю свою позицию точке зрения таких авторов, как Вейгандт, Иссерлин и др., которые стремятся трактовать шизофрению как понятный психологический конфликт, как бегство личности от происходящей в бессознательном борьбы влечения и “цензуры” в символику психоза (Шильдер).

Я подхожу к теме узко, намереваясь сформулировать теорию психической симптоматики шизофрении. Считаю вопросы взаимосвязи физического и психического, мозга и психики очень существенными, основными в работе исследователя. Я давно занимаюсь подробным исследованием данного вопроса, и я убежден, что эта проблема требует специального рассмотрения. Эта проблема не имеет ничего общего с собственно психологией. Последняя пусть остается на своем месте; самое большее — это то, что психология выражения связана с соматикой. Так же, как я считаю неверным, если гештальтпсихология начинает вдруг находить какие-то связи, на самом деле не существующие, электрическую разность потенциалов и т.п., точно так же ничего хорошего не бывает, если невролог пытается со своих позиций “объяснить” психические явления.

Попытка описать психологию шизофрении базируется на убеждении, что шизофрения — это отдельное самостоятельное заболевание. Но, если быть методически точным, что это за заболевание? Вряд ли стоит говорить о единице заболевания (ср. Груле “Об успехах”, 1910). Даже если определить шизофрению как “каузальную единицу”, то это определение будет неоднозначным, т.к. о каузальной единице можно говорить как в случае, (1) если заболевание обусловлено ядом, являющимся продуктом самого организма и постоянно действующим на мозг, так и в случае, (2) если общий дегенеративный мозговой процесс, возникший ранее по каким-то причинам, обуславливает симптоматику психического заболевания. Всем известно, насколько сильна аргументация Кальбаума-Геккера-Крепелина в защиту шизофрении как единой болезни. Аргумент этот состоит в том, что авторы говорят о едином течении (несмотря на некоторые индивидуальные различия) и едином исходе этого забо-

левания. Однако уже у Крепелина наблюдаются многочисленные попытки упразднить термин *dementia graecorum*. Все снова и снова пытался он разрушить собственную концепцию, с поразительной настойчивостью исключал он определенные формы (например, парафрени) как не принадлежащие или условно принадлежащие к шизофрении. Это же мы видим и у Клейста в еще большей степени. Однако, большинство авторов, даже если они склоняются к отделению некоторых форм, сходятся во мнении, что существует определенное шизофреническое ядро, шизофрения в узком смысле (Берце). Атипичные течения шизофрении, объединенные расплывчатым понятием “дегенеративные психозы” (Шредер, Клейст), могут, конечно, представлять предмет для научных споров; однако, все же никто не помышляет всерьез отменить понятие “шизофрения” (Бумке).

Правда, некоторые исследователи скептически оценивают трактовку шизофрении как каузальной единицы. Они склоняются к мнению (Гохе), что пока надо оставить открытым вопрос об этиологии и заниматься симптоматикой. А симптоматика здесь разнообразна. Не место на страницах данной работы рассматривать этот вопрос. Но единство шизофрении сохраняется даже тогда, когда мы будем рассматривать ее как жесткий симптомокомплекс, будь он дегенеративно-энцефалогенный или реактивный.

* * *

Как же описать многообразие шизофренических симптомов? С каждым институтским семестром вновь убеждаемся, что новичку наиболее трудно выделить шизофреническую симптоматику именно потому, что каждый случай отличается от другого, и новичку не удастся выделить общее. *Вначале следует переключить внимание с содержания психических процессов на чистые функции.* Сейчас для нас важно, считает ли больной, что на него идет воздействие по трубопроводу или через тайных агентов. Для нас важно, что у больного бред преследования. Но даже и это не самое главное. Главное — наличие бредовой идеи вообще. Это пример того, как следует подходить к описанию симптоматики. Первая задача — феноменологическая, а проще говоря — дескриптивная. *Чистое описание аномальной функции.* Это первоочередная задача. Однако, при попытке подобного описания, понятно, следует избегать простого перечисления симптомов; следует пытаться их систематизировать. При исследовании отдельного случая становится ясно, что один какой-то симптом влечет за собой другие. При этом психология не интересуется менее значимыми для нее каузальными связями: так, например, симптом В связан как следствие с симптомом А, как, скажем, созревание зерна является следствием тепла и влаги почвы. Психология занимается собственно психическими связями, понятным образом происте-

кающими одна из другой. Например: В становится понятным из А, цепочку В — А можно логически понять. Если появляется А, то всегда, во всяком случае, у одной и той же личности появится и В, следующее из А. Все эти В происходят из чистой дескрипции. Они производны, вторичны. О них вспомнят позже под другим углом зрения. (Насколько мне известно, впервые установил это важное различие Клеменс Нейсер (Clemens Neisser) в 1892 г. или ранее. И так, предметом первого научного рассмотрения являются “А”, первичные не производные аномальные данные. Снова следует напомнить о бреде: первичным в данном случае является не тот факт, что больной ощущает влияние какого-либо “властелина”, хотя он с властелинами никогда не имел дела и, следовательно, это не может быть первичным; первичным будет сама бредовая идея воздействия.

Следует вычленять эти первичные симптомы, при этом выяснять, насколько они говорят о шизофренической патологии или о другом. Мы бы не приветствовали, если бы исследователь стал перечислять первичные аномальные симптомы желаний, ощущений, мыслей с точки зрения каких-то привычных изначальных позиций. Такие позиции, более или менее правильные для психологии нормы, могут здесь подвести, поскольку специфические первичные симптомы шизофрении вовсе не подчиняются нормальной логике. Единственно правильный путь здесь — это эмпирическое исследование и создание мнения, исходя из фактического материала. А уже это мнение следует привести в соответствие с понятиями и знаниями психологии нормы. Недопустимо, чтобы психиатрия создавала собственную психологию, и тем более, чтобы каждый исследователь-психиатр создавал по своему усмотрению собственную психологию. Огорчительно, что немногие психиатры, которых заботит современная научная психология, целиком и полностью принимают психологию Вильгельма Вундта (Wilhelm Wundt). (Я считаю выбор психологии Вундта неверным именно потому, что она не имеет будущего. Однако, сознание этого не мешает мне почитать исследователя Вундта и его труды.) Крепелин (Kraepelin), выросший на позициях школы Вундта, мало чем мог воспользоваться из этой психологии в своих собственных работах по психиатрии и впоследствии полностью отошел от живой психологии (lebendige Psychologie) как психологии своего времени.

Итак, следует обозначить первичные симптомы шизофрении в понятиях психологии. Следует заметить, что существует направление, которое отрицает первичность некоторых симптомов. В особенности старая немецкая психиатрия приблизительно до 1870 г. стремилась объяснить многие патологические симптомы — если не по степени, то, хотя бы, качественно, исходя из нормального положения вещей. И непрерывающаяся дискуссия о существовании бреда — яркий тому пример. Даже новейшая известная мне по-

пытка создания теории бреда Шульте (Schulte, 1924) не дает понятия ясного самостоятельного феномена бреда. Если обратиться к литературе, то большинство авторов приходят к одной из двух теорий: происхождения бреда из аффекта (например, страха) или понимание бреда как бегство в символическое. (Например, самоутверждение, стремление к власти, реализации которого мешает объективная действительность и которое реализуется в мании величия, тем самым принося больному удовлетворение). Даже если на минуту принять точку зрения этих авторов, то придется признать, что не выявлено совершенно новых первичных феноменов шизофрении, что эти авторы не дают ответа на вопрос, почему у больного страх порождает именно бред преследования, или почему стремление к самоутверждению преобразуется в символ мании величия. Ведь есть многие люди со страхами или стремлением к самоутверждению, у которых не возникает бреда. Таким образом, специфической *causa movens* не выявлено даже при всех допущениях. Лично я допускаю существование первичной симптоматики, запускающей шизофренический процесс. А допуская это, я отрицаю признание “понятных” психологических мотивов. Здесь ничего не вытекает и не происходит одно из другого, не объясняется одно другим. По моему мнению, эту симптоматику надо просто принять к сведению, так же, как принять к сведению, что у одних людей интеллект выше, а у других ниже. Но каковы же эти первичные симптомы?

Так заманчиво было бы проанализировать эти симптомы на каком-то конкретном клиническом случае. Здесь следовало бы показать, какие нормальные конституциональные предрасположенности имеются в основе данной личности, какие факторы судьбы на нее влияют, какие реакции следуют из данного характера и какие новые феномены привносит шизофрения, феномены, с которыми данный организм вынужден жить. Но всё это — задача клиники, психиатрического семинара. Здесь же при освещении общих положений психологии шизофрении предполагается, что мы уже провели тысячи таких исследований и делались сделанными на их основании выводы.

1. ОБМАНЫ ЧУВСТВ

Первым представляющимся производным, первичным феноменом является обман чувств. При этом я, разумеется, не имею в виду живые отчетливо проявившиеся комплексы представлений, фантазмагории, псевдогаллюцинации (Кандинский). Имеются в виду истинные обманы чувств. Каждому специалисту известно, что при шизофрении редко встречаются истинные зрительные галлюцинации. Правда, если почитать истории болезней, то там найдем описания множества “видений” различного рода, которые якобы были у больных. Но так кажется лишь при поверхностном анализе. Образы, получающиеся из пятен на

стене или нитей лампочки, или пятен жира на бульоне, так же мало относятся к данной теме, как и явления привидений из темноты. Но есть небольшая часть пациентов, имеющих истинные зрительные галлюцинации, какие бывают при отравлениях, хотя в наших случаях примечательно, что содержание этих галлюцинаций редко бывает “диктаторским”; здесь нет ни пятен, ни мебели, половников, картошек, колоколен, фотоаппаратов — нет, они “сформированы” из духа, т.е. порождены специфическими условиями жизни пациента, ее содержанием или, по меньшей мере, каким-то образом связаны с ней. (Шредер — Schroeder). При совершенно “истинных” обманах чувств вовсе не следует сразу же предполагать, что они бесформенны: просто лучи, пятна, не говорящие ни о чем, — нет, здесь могут быть “образы”, “фигуры”, но такие образы, которые находятся за пределами душевной жизни пациента (Гартман — Hartmann). В действительности это бывает крайне редко, но мне за свою теперь уже двадцатитрехлетнюю практику несколько раз попадались такие пациенты. Я делаю еще шаг вперед и считаю истинными и такие галлюцинации, которые понятным логическим образом связаны с жизнью пациента в настоящем, если эти галлюцинации возникают совершенно элементарно, с поразительной независимостью и кажутся существующими в действительности³.

Я четко придерживаюсь мнения, что суть истинных галлюцинаций в их характере восприятия (Wahrnehmungsscharakter), имеет ли он признаки воплощенности или другие. И это воспринимаемое (wahrnehmungsmessige) необязательно одинаково соответствует всем составляющим чувственной данности. Если я вижу красный диск заходящего солнца позади силуэта гор, кажущихся особенно темными, то, закрыв глаза, я вижу вначале силуэт гор, за ним — бледнее — солнечный диск; все это я как бы вижу перед собой, затем силуэт гор пропадает, остается на какое-то время зеленый диск солнца. Я могу, конечно, живо “предста-

вить” себе и горы. Лично я не верю, что Jaensch и его предшественники находили в т. наз. эйдетических феноменах явления своего рода, особенно у детей. Я скорее поверю, что здесь идет речь чаще о живых оптических представлениях-воспоминаниях⁴, за которыми следует в некоторых случаях “воплощенное” послевосприятие⁵. Как уже упоминали многие авторы, подчас трудно отличить псевдогаллюцинации от истинных галлюцинаций (Кандинский, Ясперс, Пик -Kandinsky, Jaspers, Pick). Общим у них является то, что и те, и другие спроецированы вовне. Дева Мария, которую видит верующий (псевдогаллюцинация), так же видится снаружи, как и спящие существа при делирии (истинная галлюцинация). Часто в обоих случаях больному кажется, что это не бесплотные фигуры (в противоположность мнению Ясперса). В данной работе не будем на этом подробнее останавливаться, т.к. речь не идет о специфических проблемах шизофрении (Pick). При т. наз. “голосах” у шизофреников не гарантирована ни “воплощенность”, ни перенос “вовне”. Интересно было бы исследовать, насколько наивный человек, опираясь на весь свой жизненный опыт, может полагать, что *всё*, что он *видит*, должно находиться “снаружи”, поскольку глаз открыт именно тому, что снаружи. Если же больной говорит о *внутренних* картинках, то нам легче понять друг друга; здесь речь идет о воспоминаниях или представлениях-фантазиях больного. При слуховых явлениях это нечто совсем другое. Это противоречит действительности, возможному опыту пациента — что мы можем что-то слышать, звучащее внутри нашего организма. Иногда больной считает, что слышит биение сердца или урчание в животе. Больные говорят иногда о голосах, звучащих в груди, животе, даже бедрах. Можно, конечно, объяснить это феноменом синестезии, хотя это и не совсем корректно: у больного в это же время возникли какие-то ощущения, например, в бедре, и оба эти ощущения сливаются у пациента в одно, происходит топическая идентифика-

³ Именно шизофренические обманы чувств в свете новейшей психологии могли бы дать повод к тому, чтобы вновь поднять проблему галлюцинаций. Со времен Ясперса здесь многое изменилось, и стоит вновь заняться этим вопросом. Особенно хотелось бы остановиться на современных французских исследователях, считающих существенным моментом истинных галлюцинаций их невторичность, невыводимость из чего бы то ни было. Соответственно, галлюцинации относятся к области автоматизмов, но не психологического автоматизма в понимании Жана (Janets), а к патологическому автоматизму (Nayrac, de Clérambault). Таким образом, истинные галлюцинации в этой трактовке являются всего лишь особым случаем нарушения Я-концепции. (Это немецкое выражение, по моему мнению, лучше всего передает суть французского “автоматизма”). В то время, как немецкая психиатрия уделяет большее внимание жизненности, “воплощенности”, чувственности феномена галлюцинации, французские авторы обращают внимание на самостоятельность и независимость появления галлюцинаций (Клерамбо — Clérambault). Очень сожалею, что не имею возможности полнее осветить в данной работе проблему галлюцинаций, которые не являются специфической проблемой шизофрении. Во всяком случае, покончено со старой “простой” трактовкой истинных галлюцинаций как пробужденных в душе ассоциаций. Эта проблема совершенно по-другому рассматривается с позиций чувственной психологии (Sinnespsychologie), гештальтпсихологии и нарушения Я-концепции. Майер-Гросс (Mayer-Gross) и Штейн (Stein) только что вновь обратились к этой проблеме. Первый не согласен с позицией Шредера.)

⁴ У детей особенно точная механическая образная память (вопреки противоположным утверждениям некоторых психологов, работающих с адекватным материалом бессмысленных слогов).

⁵ Я убедился в этом на собственном опыте. Ср. Шваб и Шрофф (Schwab, Schroff). Многие другие работы пока не опубликованы.

ция. При шизофрении такое положение дел лишь предположительно, при отравлении мескалином подобные вещи встречаются часто⁶. “Я думаю, что это был женский голос, очень тихий, где-то здесь (слева внизу живота), я не все поняла. И потом как будто там же кто-то смеялся, а один раз плакал”. Голоса говорили, якобы, и из собственных глаз пациентки, а слышно было из носа и из ушей. Затем заиграли нервы. Ей казалось, что голосовые связки сместились. В углу над правым глазом тоже говорили голоса. Побежали мысли. Больная слышала, как голоса поднимались вверх по руке. Когда, например, она посмотрела на окно, вовсе не желая произносить слово “окно”, нерв у правого глаза сказал “окно”. Больная, собственно говоря, не слышала этого ушами, а, словно воздух у щеки пропел это или же это проговорилось “внутри”. (Элизабет Тула, 21/275).

Как бы там ни было, галлюцинирующий не всегда проецирует слышимые слова вовне, они не всегда независимо-настойчивы, подобно чужим голосам в реальной жизни. Нередко больные сообщают, что они слышат голоса “в голове”, и все же они их *слышат*. Это не то же самое, что “внутренние картинки”. Другие больные говорят: “Я их слышу — и не слышу”, т.е. с точки зрения психологии, эти голоса все же иные, чем реальные. И, наконец, озвученные мысли (Крамер — Cramer) — это, хотя и “озвученные”, но все же собственные мысли пациента. Иногда бывает так: больной подумал — и сразу затем его мысли стали слышны, произнесены кем-то. А иногда больной думает и одновременно мысли озвучиваются; это его же, больного, мысли, но они сформулированы вслух. Иногда же бывает так: кто-то заранее знает, о чем в следующую минуту подумает больной, и подсказывает ему эти мысли — чужой голос и *déjà entendu*. Настоящие чистые слуховые галлюцинации не выражают мыслей больного, они такие же “чужие” для него, как и произнесенные другим человеком слова. В действительности больной не всегда может отличить галлюцинацию от реальных голосов; больные оборачиваются на голос и подчеркивают, что голос этот звучит, как настоящий. Если отнести “мысли вслух” больного и “голоса” к одному общему феномену, то получим две группы, отличные друг от друга: группа собственных мыслей пациента и группа чужих “реально звучащих” голосов. На одном полюсе первой группы “нормальные” мысли пациента — “это мои мысли, я их думаю”. На другом полюсе этой группы — отсутствие личного порождения мыслей пациента, “это не мои мысли, они мне наведены извне”⁷.

⁶ Наряду с этим имеют место, разумеется, и “бредовые переработки” действительных физических ощущений.

⁷ Для этого явления был предложен термин “мыслительные галлюцинации” (halluzinierte Gedanken), но мне представляется этот термин не совсем удачным. Выражение “галлюцинации в мыслях” побудит образованного больного искать у себя подобное. См. главу II.

Один полюс второй группы представляют мысли абсолютно неслышимые, “не воплощенные в действительности”, “это мои мысли, я их думаю, но я их не слышу”. Другой полюс второй группы — абсолютная “воплощенность”. “Я четко слышу, как мне говорят мою мысль” (то, что относится к мыслям, касается и представлений). Было бы очень удобно, если бы природа предлагала нам что-то одно из двух. Но она дает нам множество нюансов, расположенных между этими двумя полюсами. Таким образом, имеют место как мои мысли, которые я слышу произносимыми вслух, так и совершенно чуждые мне мысли, которые мне вслух произносятся; есть также и чужие мысли, которые я не слышу, но они мне “навеяны”.

Были и опыты, побудившие Карла Шнайдера (Carl Schneider) выплеснуть с водой и ребенка: он вообще отрицал восприятие, “воплощенность” голосов. Шнайдер полагает неправильным считать на основании показаний больного, что слуховые галлюцинации имеют характер восприятия; исследователь не может точно знать, подаются ли больному голоса вслух или шепотом, вблизи или издали (труды I, с. 70). Это неверно по существу. Во многих случаях у больного можно точно узнать, голоса знакомые или нет, мужские или женские, идут сверху или снизу и т.д. Существуют, конечно, отдельные случаи, когда этого узнать нельзя. Но из этих исключений не следует выводить теорию. Карл Шнайдер развил теорию о различиях в восприятии и представлении, которую можно оспорить в каждом из ее пунктов. На этой проблеме, по которой существует множество литературы, мы не можем останавливаться подробнее. Одним словом, Шнайдер приходит к предположению, что галлюцинации — это не восприятие и не представление (с. 80). “Я считаю шизофреническую галлюцинацию наглядным переживанием вневещественной основы, но большой живости, переживанием, которое не состоит ни в фундаментальном, ни в репрезентативном соотношении, но находится в интимной связи с мировоззренческими мыслями больного, даже если и порожденная больной мысль и кажется ему чужой.” И позже: нарушение восприятия (Erlebnisstoerung), встречающееся при усталости или у шизофреников, создает почву для галлюцинаций. Каждого, кого интересует данная гипотеза галлюцинаций, отсылаю к работе Шнайнера (Труды I), я же лично считаю, что основное в этой гипотезе ошибочно, логика недостаточно убедительна, а выводы неочевидны⁸.

Всем известна большая распространенность слуховых галлюцинаций, “голосов”. Неоднократно обращалось внимание на то, что содержание галлюцина-

⁸ Карл Шнайдер любезно предоставил мне возможность частично ознакомиться с его рукописью, посвященной шизофрении. Я не буду останавливаться на его учении, поскольку автор сам впоследствии многое изменил.

ций редко бывает приятным; как правило, содержание либо индифферентное, либо мерзкое — это упреки, ругательства, сексуальные обвинения и т.п. Исследователи пытались связать содержание “сказанного голосами” с общей ситуацией, помня о влечениях бессознательного и о “запретах цензуры”. Даже если бы такое толкование было правомерным — в чем лично я сомневаюсь, — то мы объяснили бы только *содержание* галлюцинаций, вопрос же об их происхождении, о появлении их остался бы незатронутым. Уже давно обращалось внимание на то, что нельзя ожидать, что галлюцинации представят что-то существенно новое, автономное по содержанию. Так же, как *представить* корову можно лишь, если вы ее хоть раз видели, так же и галлюцинации предлагают нам только то, с чем мы сталкивались в жизни. И тут возникает интересный мало освещенный вопрос: насколько привлекается опыт больного при создании галлюцинаторного образа. Как уже было сказано, редко встречаются случаи, где имеют место лучи, пятна и т.п., странные и неопределенные звуки, где создание образа крайне невелико⁹.

Это же касается и другого рода галлюцинаций. Если речь не идет о бреде “физического воздействия”, бред мы сейчас не рассматриваем, а говорить об истинных нарушениях ощущений тактильного, температурного, болевого и т.д. характера¹⁰, то и здесь не освещается вопрос, почему одного больного мучают острые шарики, другого воображаемые насекомые, третьего снежинки; мы задаемся вопросом, чем вызвано возникновение галлюцинаций вообще¹¹. Оставлю вдумчивому толкователю решать вопрос, каким образом при помощи многоуровневой символики больной приходит к “острым шарикам”. Меня интересует вопрос, что обусловило у больного тактильные галлюцинации. И если какой-нибудь толкователь знаков решит, что надо рассматривать этот симптом как идеогенный, т.е. утверждать, что больной *должен был* прийти к метафоре острых шариков, и эта *мысль* нашла свое такое наглядное выражение, то я скажу: это не истинные тактильные галлюцинации, а псевдогаллюцинации, т.е. очень живые представления. А последние мы здесь не рассматриваем. Истинные тактильные галлюцинации встречаются часто, обонятельные и вкусовые не так часто, как слуховые, но всё же известны. Истинные галлюцинации области гениталий тоже известны. Но это еще мало исследовано.

Практический случай. Больная говорит, что она подопытная. Ее используют в половом отношении, но она не знает кто. В области гениталий у нее разнообразные ощущения. Было у нее ощущение, что ей во

влагалище ввели мужской член. Ей было тогда очень больно, словно внутри все разорвали. С маткой тоже что-то делали, отчего у нее возникли страшные боли. Позавчера у нее было ощущение, словно кто-то на ней лежит. В данный момент у нее ощущение, что ее опять используют. Она очень страдает от этого, якобы от этого становится сумасшедшей. (Анна Видемер, 23/58).

У другой больной сегодня было чувство, что какая-то пара в ее кровати занималась сексом, и больная всё чувствовала, что эта пара проделывала. Этого же не может быть, по словам больной, она ведь девственница. (Тереза Тугенд, 18/41)

Очень трудно определить с галлюцинациями, которые называют неопределенным словом “ощущения в мышцах” (тяжесть, напряжение, давление и т.д.). Нам нередко сообщают больные, их руки не они сами поднимают, а кто-то другой, против их воли. Но этот феномен относится к другому: это нарушение Я-концепции. К нашей же теме относятся скорее высказывания пациентов о неправильном положении гортани, об искаженном выражении лица (больной не посмотрел в зеркало для проверки), о внезапно непропорционально сузившемся тазе, поврежденном нёбе. Или Штауденмайер рассказывает, что его части тела автоматически приобретают другое положение, хотя в действительности они остаются в покое¹². Почти не освещены феномены, где повреждена только *топика*, т.е. нарушен только топический момент в восприятии целого. Если же взять такие явления из практики Шребера (Schreber), как, когда выпитый напиток сразу “отправляется” в бедра, то будет слишком просто отнести эти явления к феноменам мышления. Там, определенно, присутствуют какие-то ощущения. Можно, видимо, хотя и с осторожностью, провести следующую аналогию с оптическими явлениями, когда лицо, наблюдаемое в действительности, неподвижное, спокойное субъективно покажется вдруг искаженным. Наверное, оба феномена относятся к иллюзиям, при которых лицо воспринимается как лицо, бедро как бедро, но при этом возникают топические обманы, не обусловленные мыслью. Сюда частично относятся и нарушения схемы тела, и галлюцинации при ощущении равновесия (некоторые головокружения как галлюцинации). Исследователи совершенно не касались этих областей, на эти феномены пролили свет совсем другие специалисты. Не те, которые исследовали шизофрению, а те, что занимались мозговыми очагами (Hirnherd) — Гольдштейн-Гельб (Goldstein-Gelb) и психологией ампутации — Катц (Katz)¹³.

¹² Пять чувств якобы разделены и извращены. Глаза якобы вытягиваются вправо. По спине бегут мурашки. Якобы в крови магнетизм. Иногда бывает так, будто срывают виски и пересаживают их на левую сторону живота. А когда больная бежит, то якобы не сходит с места. Бывает так, словно желудок вот-вот разорвется. — Элизабет Тула, 21/275.

¹³ Ср. схема тела Шильдера — Schilder.

⁹ Некоторые примеры см. Груле “Психология аномального”, с. 46.

¹⁰ “самоощущение” Гитцига — Hitzig.

¹¹ Термин “парестезия” многозначен. Не все неприятные ощущения — это галлюцинации.

Восприятие времени при галлюцинациях тоже бывает нарушено. Так, некоторые больные (случай Отцель у Бюргера, “Труды, II”) сообщают, что они наблюдали последовательный ряд картин, стремительно сменявших друг друга. Больному казалось, что прошло всё же минут двадцать, в то время как в действительности прошло максимум одна — две минуты. Эти явления порой представляются воспоминаниями (которых в действительности не было), как в значении *déjà vécu*, так и прочих псевдореминисценций. Но все эти феномены не являются специфическими признаками шизофрении.

Неприятные ощущения (парестезии) тела (в особенности в голове и животе), напротив, очень характерны для многих шизофрений. Трудно, а порой невозможно, различить, идет ли речь об истинных восприятиях (подобно чувству тяжести в голове или мурашкам больных табесом) или об иллюзиях, неверной трактовке истинных восприятий, или же об истинных галлюцинациях и, наконец, о бредовых идеях. При жалобах больного на боли в теле следует различать 1. истинные боли, 2. неверно трактуемые как боль действительные тактильные ощущения, 3. боль как галлюцинацию, 4. бредовую идею боли. Над этой темой, по существу, еще не работали; точная регистрация жестов могла бы что-то объяснить. Я не буду касаться дифференциальной диагностики с парестезиями невротиков. Каждому опытному исследователю известно, как неисчерпаемо богата лексика шизофреника в описании этих ощущений, какие сравнения и выдуманные слова они употребляют. Мне ясно одно при многих неясностях: при этих парестезиях речь *не* идет о понятных логическим образом выводимых симптомах, не о символах желаний и вообще не о психогенных механизмах. Речь идет о первичных данностях, которые максимум можно описать при помощи метафор. Некоторые авторы-психоаналитики легко смешивают оформление и причину: если больной описывает парестезию символическими выражениями, связанными с определенным комплексом, то эти психоаналитики поспешно и бездоказательно трактуют этот комплекс как *причину* возникновения неприятных ощущений. Эти ощущения подвергаются порой бредовой интерпретации со стороны больного. Но ошибкой было бы также утверждать, что бред *породил* эти парестезии.

Как бы ни была интересна проблема галлюцинаций сама по себе, они не являются специфически важными именно для шизофрении. Если обманы чувств и являются первичным симптомом шизофрении, они встречаются и при других душевных заболеваниях. Выше упоминалось об отравлениях (см. работу Берингера о мескаLINE), часто говорилось и о сходстве галлюцинаций при алкогольном галлюцинозе с шизофреническими галлюцинациями при бреде преследования. Интересной представляется задача исследовать, обладают ли шизофренические галлюцинации

своей спецификой (независимо от содержания). Эта проблема тоже почти еще не исследована. Галлюцинации шизофренических *хроников*, действительно, бывают своеобразными, но я вряд ли смогу отличить галлюцинации или иллюзии при делирии или отравлениях от некоторых первичных переживаний (*Primaererlebnisse*) шизофреников. Для шизофрении характерно определенное отношение больного к своим галлюцинациям. Это касается большинства случаев, но не всех. Очень часто наблюдаются *псевдогаллюцинации*; мне они не представляются ни патогностическими для шизофрении, ни ее первичными основными симптомами. Часто обращали внимание (Кандинский, Ясперс), что псевдогаллюцинации подчинены воле больного и поэтому имеют различные модификации. Это не всегда так, например, в тюремном психозе (*Haftpsychose*) этого нет. Но псевдогаллюцинации, в соответствии с происхождением, почти всегда имеют внутреннюю смысловую связь; они пластично вырисовывают ситуацию (осуществление желания: появление утешающего ангела) или, по меньшей мере соответствуют общему настрою (крики детей, которых мучают, при депрессии). При шизофрении такое не всегда имеет место; шизофренические особенности встречаются и при псевдогаллюцинациях. Поскольку при шизофрении часто нарушена мыслительная деятельность (см. позже), оживленные (одушевленные, персонифицированные — *verlebendigte*) представления (неистинные обманы чувств) тоже будут своеобразно расщеплены и бессвязны. Некоторые исследователи не придавали значения этой связи и, в силу этого, обнаруживали истинные галлюцинации там, где при более внимательном анализе отмечаются псевдогаллюцинации. Еще раз хочу подчеркнуть, что истинные галлюцинации встречаются намного реже, чем полагает большинство.

II. ШИЗОФРЕНИЧЕСКОЕ ОСНОВНОЕ НАСТРОЕНИЕ (НАРУШЕНИЕ Я-КОНЦЕПЦИИ)

Вторым первичным симптомом является шизофреническое основное настроение. Уже выбор термина заставляет задуматься, так как это слово употребляют для обозначения чего-то неясного, что нельзя ухватить. Если в психологии термин “настроение” может занять свое место, то под этим термином понимают определенный душевный настрой, чувства. *Eυχολία* и *δυσχολία* Платона, которые в качестве основы темперамента строят общую витальность психики. Это такие основные настроения, которые, согласно мнениям древних (и, как я полагаю, до сего дня актуальным), являются врожденным свойством личности и создают судьбу, а не создаются ею. При шизофрении мы имеем дело с тем фактом, что шизофренический процесс *создает* настроение, создает первично, ни от чего не зависимо. Встречаются случаи, когда патоло-

гический процесс наступает внезапно, без каких бы то ни было предвестников. Но есть и случаи, когда происходило постепенное в течение многих лет изменение личности. В частной практике я чаще наблюдал случаи, когда это постепенное изменение основного настроения было первым симптомом заболевания, отмеченным домочадцами пациента; этот симптом очень беспокоил и самого пациента. Рассказывают, что кто-то вернулся с войны совершенно изменившимся, — неудивительно, что некомпетентные домочадцы приписывают эти изменения характера родственника военным переживаниям. Родители рассказывают, что сын — студент — после выпускных экзаменов в школе бодрый, полный энтузиазма поехал учиться в вуз и через несколько месяцев вернулся серьезным, холодным, неприступным. Объективно такие молодые люди выглядят еще вполне корректными, они ничем не выделяются на первый взгляд, но с ними нельзя сблизиться, они своеобразно строги, холодны, отчужденны, или же они кажутся пустыми, несмотря на формально сохраненный интеллект. Субъективно они жалуются на подобное настроение. Они не могут больше воспринимать мир, не могут ничему радоваться, они остаются холодными наблюдателями, хотя и сами очень переживают из-за этого. Они видят, что их сверстники совсем другие, их ум это четко отслеживает, но они ничего не могут с собой поделать, они “снаружи” от мира, для постижения мира и людей у них только их разум, а чувств больше нет¹⁴. Неверно было бы употреблять старые выражения Крепелина “тупой, равнодушный” по отношению к этим начинающимся процессам: больные в этой стадии не только часто очень раздражительны, они могут при определенной ситуации вполне адекватно “взорваться”, они пока еще “доступны”, контактны, они реагируют на тонкие различия культурных факторов. Но их синтонность, внутреннее сочувствие сковано, их способность сопереживать нарушена, они сами остро чувствуют свою “непричастность”, максимум, что они могут, — это внешне выражать свое соучастие. Отсюда — чувство непонятости, но не в смысле *Grande hystérie* и не потому, что больной считает себя лучше, тоньше, выше по своей организации, что тоже говорило бы о наличии у больного желаний относительно себя и необходимости, в силу этого, терпеть грубый мир. Нет, у больного — чувство отделенности от мира, что ведет к тоскливо-

му невыразимому чувству одиночества¹⁵. Это измененное отношение к миру порождает вынужденный аутизм, жизнь “самого с собой”; эта отделенность может и не выражаться в поведении, в повседневных высказываниях.

Вот стихотворение восемнадцатилетнего школьника, поступившего в начале 1927 года в состоянии возбуждения в психиатрическую клинику в Гейдельберге (Петр Мانتель, 27/239).

Длинный бесконечный путь.
Бесконечна долгая дорога.
Всё без цели и конца
Мы идем, натруживая ноги.

Улица пустынна,
Цветы здесь не цветут.
Ты взглянешь вправо, влево —
Лишь стены голые встают.

За мной, друзья!
Высоки тополя,
В солнечном свете
Листами играет ветер.
За мной, друзья!

Где Ты, Позвавший меня?
Увидеть Тебя хочу я,
Но Ты молчишь, как всегда,
Печально домой бреду я.

А вот другие описания подобных настроений: “Я сама себя не нахожу, я тоскую о себе самой, сама себя потеряла, у меня больше нет власти над собой, я так беззащитна перед моей переменой!”

“Два года назад я начала увядать” (Тереза Тугенд, 16.02.1918)¹⁶.

Пациентка Минковского: ощущение потерянности. “Всё вокруг меня неподвижно. Предметы появляются изолированно, каждый сам по себе, ни о чем не напоминая. Некоторые вещи, которые должны были бы пробуждать воспоминания, вызывают множество мыслей, представлять картину, остаются “отдельно стоящими”. Они, скорее, осознаются, чем переживаются. Это похоже на пантомиму, пантомиму, которую разыгрывают вокруг меня, но я в ней не участвую, я остаюсь вне её. Я потеряла контакт со всем на свете. Понятие трудности, ценности вещей исчезли. Нет больше соприкосновения между ними и мной, я не могу им больше довериться. Вокруг меня полная неподвижность.” Другой пациент Минковского: “Я чувствую, что рассуждаю правильно, но совершенно абстрактно, потому что потерял связь с жизнью. Личный контакт нарушен, разрушено ощущение существования в согласии с жизнью и самим собой, затруд-

¹⁴ Минковский — Minkowski — (Schizophre'nie) так выражается: *rationalisme et géométrisme morbides*. У Жана (Janet) в описаниях психастеников случаются, по моему мнению, многочисленные шизофреники, что заметили и другие французские исследователи, например, Hesnard, Dide et Giraud. Согласно формулировке Анри Клода (Henry Claude), психастеник потерял функцию реальности (*la fonction du réel*), а шизофреник — понятие реальности (*la notion du réel*).

¹⁵ В этом, определенно, заключено одно из начал шизофренического искусства.

¹⁶ Груле, “Больные о себе”, 1915, 220.

нена тенденция создания гармонии между собой и жизнью.”

Крепелин сравнивал эту неспособность со своей dementia graecox, но именно это послужило причиной не употреблять этот термин по отношению к шизофрении. Когда мы дискутируем с французскими коллегами относительно Parádémence (Нейрак — Nayrac) или Démence pragmatique (Минковский), то нас это не удовлетворяет, по крайней мере, исходя из наших позиций, т.к. понятие деменции относится к дефектам интеллекта. Термин, предложенный Минковским, “déficit pragmatique” был бы более подходящим, если бы не был таким расплывчатым.

Нередко можно наблюдать, как пациенты в начале вялотекущего процесса в результате нарушения контакта с миром, живой жизнью обращаются к философии. Но даже при отсутствии шизофренических мыслительных нарушений (об этом позже) философские размышления таких больных бывают большей частью своеобразно хрустально отточенными, жесткими, далекими от жизни, хотя и вовсе не лишенными остроумия (Метте — Mette). Не следует забывать, что в начале шизофренического процесса можно наблюдать противоположную тенденцию. Больной тогда кажется особенно чутким, проникающимся чувствами других. Это еще задолго до того, как он сам или его близкие заметят душевное расстройство. Большой ощущает почти необходимость проникнуться душевной жизнью знакомых, угадать тончайшие движения их чувств, предугадать их реакции. Однако, при более подробном изучении исследователю открывается, что это — рационалистическое стремление, а чувства ближних — объект его рассмотрения. Так же, как некоторые высокоразвитые интеллектуалы, не будучи музыкальны от природы, способны лишь умом проникнуть в суть музыки, так существуют и интеллектуалы, понимающие ближнего, несмотря на отсутствие contact personnel. Так и эта недолго продолжающаяся гиперсензитивность в начальной стадии шизофрении — явление рационализма.

Это, видимо, единый (аномальный) источник понятного происхождения аутизма¹⁷. Это основное настроение шизофрении нередко ведет к самоубийству, в других случаях этот настрой мучает больного и делает его несвободным, склонным к раздумьям (grueblerisch), недовольным собой и неработоспособным. А поскольку к этому присоединяются и другие симптомы — зачастую это легкие навязчивости, — то больной нередко обращается к врачу. Психотерапевт здесь почти всегда безуспешен. Прибегает он к методу психоанализа, катарсиса или какому-либо еще, основное настроение остается. Почти всегда таким пациентам ставят неверный диагноз “психопатия”. Такой психотерапевтический опыт подсказывает:

¹⁷ Похожие высказывания Минковского см. позже в “Теории шизофрении”.

если при психопатии терапия безрезультатна, если не устанавливается контакт, то обоснованным будет подозрение на вялотекущий органический шизофренический процесс.

Если попытаться точнее определить это аномальное основное настроение, то обнаружим нарушение душевной жизни в двух ее аспектах: в своем общем бессодержательном соответствии (настроение в узком смысле слова) и в своей способности ориентироваться на какое-то содержание, обратиться к нему, любить или ненавидеть его. В описанном основном настроении, которое самими больными мучительно переживается, заключено и то, и другое. В этой стадии больные отнюдь не тупы, напротив, они гиперсензитивны. Но они не наслаждаются нежностью своих чувств, подобно романтикам, они ощущают страдание и незащитность перед этими движениями души (Кречмер). И выхода из этой уязвимости нет. Но больные не могут долгое время направлять аффект на один предмет: они страдают также и от слабости эмоциональных переживаний. Они больше не могут относиться к миру эмоционально. И поэтому такое эмоциональное нарушение приближается к тому, что принято называть нарушением Я-концепции.

На вопрос, что же, собственно, нарушено при нарушении Я-концепции, формально можно так ответить: чувство Я, или осознание себя. Протестовали против того, чтобы принять особое “Я-чувство”, т.к. все чувства являются переживаниями нашего Я. Такая формулировка, с одной стороны, правильна, но с другой, недостаточно однозначна. Взгляд снаружи: чувства имеют не более сильную “Я-окраску”, чем, например, мыслительные процессы или процессы восприятия. Наблюдаю ли я за человеком или люблю его — в обоих случаях различные эмоции направлены на один и тот же предмет, обе эти эмоции одинаково близки моему “Я”. Взгляд изнутри: чувство как состояние души ближе к “Я”, в особенности, если это не кратковременная эмоциональная вспышка, а является постоянным состоянием (я печален, но не по поводу чего-то печалюсь)¹⁸. Поэтому рекомендуется употреблять слово “чувство” по отношению ко *всем* состояниям души, а не только по отношению к Я-чувству. Следует говорить о *Я-сознании* и *Я-содержании*. Если говорить о Я-содержании *чувства*, то следует прояснить общепсихологические моменты. Особенно привлекательным было бы заняться “эмоциональной пустотой” меланхоликов и в связи с этим исследовать основное настроение при мании. Однако останемся в рамках темы шизофрении.

Я-содержание процесса восприятия, представления и мышления при нормальных обстоятельствах редко осознается даже психологом. Мы все слишком

¹⁸ Известно возражение психоаналитиков, что не бывает печали без причины, причина просто вытеснена. Иногда так и бывает, но лишь иногда.

склонны представлять процесс восприятия так, будто рядом стоит фотокамера. “Быть открытым миру” — есть такое выражение в нашем языке. Но здесь существует феномен, получивший правильное освещение только при изучении патологических процессов в психологии. Из нормальной психологии можно сделать вывод, что процессы восприятия, представления, мышления, поскольку я их переживаю, являются всегда только *моими* процессами. Если я что-то воспринимаю, то естественно предположить, что я “произвожу” восприятие. Но это не так. Процесс восприятия, как и процесс мышления и др., может происходить, словно на сцене: “Я воспринимаю, но я не участвую в этом” (отчуждение восприятия), “во мне думается” или “я вовсе не думаю, думается само”. В этой связи следует упомянуть и о т. наз. свободно возникающих представлениях¹⁹. И в совершенно другой связи следует упомянуть здесь о навязчивых представлениях, даже навязчивых мелодиях. Как бы по-разному ни группировать эти симптомы, они являются, каждый в своем роде, нарушением Я-концепции. То, что в психологии называют “уверенностью в правильности своего воспоминания” (Erinnerungsgewissheit, Richtigkeitsgewissheit), — это сознание, что только что воспринятое полностью или частично соответствует тому, что является *моим* воспоминанием, *мною* пережитым. Обычно разделяют воспоминание и знание; под первым понимают *моё*, т. е. то, что соответствует опыту моего “Я”. Его (воспоминание) называют эмоционально окрашенным, хотя правильнее было бы назвать Я-окрашенным. И эта Я-окрашенность появляется в аномальном феномене *déjà vécu* и в другом виде в редуцированной парамнезии. При подавлении “Я” следует различать срединное состояние (Mittlersein) (транс, благодать, одержимость) и феномен сделанных мыслей. В обоих случаях сознание независимости “Я”, власти “Я” над самим собой изменено: отсутствует “чувство господства, власти над содержанием сознания” (Липпс — Lipps) — сфера власти “Я” нарушена²⁰. При одержимости или в состоянии транса медиум всего лишь посредник. В нем и при его посредничестве разыгрываются чужие события; он становится актером помимо, а иногда и против своей воли²¹. При “сделанных” или “отчужденных” мыслях личность, “Я” также имеет тяжелые нарушения,

вплоть до *паралича “Я”*. Но больной остается самим собой, только *некоторые* представления или мысли против его воли ему навязываются или от него отчуждаются. Например, совершенно нейтральная мысль, как-то: пойти ли на концерт, мысль, не содержащая ничего необычного, ощущается не своей, “сделанной”. Становится особенно очевидным, что возникновение этого феномена несколько не зависит от содержания мыслей и что нарушено в этом случае *только* лично-окрашенное, что в нормальном состоянии сопровождается *каждое* движение души, а именно: чувство “Я”. Сама по себе мысль “полностью” сохраняется, она вписывается в действительность, но в ней нет функционального момента. Нормальному человеку это трудно понять. Это не мысль, внезапно нас посетившая (ранее названная: свободно возникающее представление); такая мысль — не “сделанная”, это *моя* мысль, неожиданно пришедшая в голову. Навязчивая фобия тоже не то: слово “навязчивость” говорит о том, что мы хотели бы расстаться с данным страхом, однако ни один больной, страдающий навязчивыми страхами, не скажет, что, например, страх перед жабами ему “сделала” какая-то неведомая сила. Следует учесть, что в “Я”-содержании, присутствующем в норме во всех наших сознательных душевных процессах и состояниях, имеется двойственность: наличие ясного сознания (в противоположность к помрачению сознания) и сознание свободы, т. е. возможности других вариантов деятельности. Первое — это степень *ясности*, с которой я могу отвечать за свои поступки и впечатления. Например, я наблюдаю за полетом птицы, я максимально внимателен, мои органы чувств работают очень четко, я всё замечаю, насколько это возможно, но я не действую активно. Второй момент — сознание моей суверенности, убежденность в личной независимости²². Я что-то организую, предпринимаю и чувствую себя совершенно свободным, т. е. я по своей воле могу изменить план действий или же выбрать другие средства для достижения цели. Это та “причинность”, на которую указывали, в особенности, детские психологи (Бюлер — Buehler): “Я”-окрашенность, присущая процессам *воли*. Но оба момента не обязательно выступают вместе. В состоянии деперсонализации нарушен, расщеплен, например, аспект воли (das Willensich), в то время, как это странное состояние, по сообщениям многих наблюдателей, сопровождается очень ясным сознанием. Шизофренический симптом “сделанных” или “отчужденных” мыслей — это преимущественно нарушение аспекта *воли “Я”*: больной, несмотря на усилия, не может удержать собственные мысли, их “отчуждают”, другие же ему “навязывают”. При этом степень ясности сознания может быть различной (Кронфельд — Kronfeld).

¹⁹ Это психологический автоматизм Жане — Janet: человеческая деятельность в своих простейших, самых рудиментарных проявлениях.

²⁰ Имеются в виду не навязчивости, там речь идет о другом переживании: “нельзя отвязаться, поставить точку”.

²¹ Многочисленные примеры см. Груле, “Психология аномального”, с. 58. Существуют также отдаленные связи с феноменом деперсонализации. Французы, например, Нейрак — Naugas, Леви-Валенси — Lévi-Valensi, как мне кажется, не приводят здесь более тонкого различия, что для них не характерно. Их “автоматизм” объединяет крайне различные вещи.

²² Я не касаюсь философской проблемы свободы воли.

Для этого феномена, хорошо известного каждому специалисту по тысячам случаев шизофрении, самими больными придуманы разные названия: расщепление мыслей, противомысли, левые мысли. Сюда относятся и “отчужденные” мысли; здесь тоже речь идет о параличе “Я” (Бюргер — Buerger). Но нарушение распространяется, как уже было сказано, не только на мышление, оно касается *всех* психических функций. Так, одна больная находилась, якобы, под влиянием глупых мыслей, что “должна” громко петь²³.

“Я был подвластен, я должен был отвечать, я не мог иначе”(Вальтер Шапер, 19/357).

(Чистое мышление): Независимо от ее воли в ее голове решались арифметические задачки, и она ничего не могла с этим поделать.

(Наряду с неприятными ощущениями): Когда она сама говорит, то замечает, что мысли якобы оседают в затылке и затем распределяются в голове. При этом напрягается затылок и щеки, чужие мысли где-то засели и давят на мозг (Элизабет Тула, 21/275).

“В комнате, когда я вязала, чужая воля послала меня к швейной машинке, а другая воля меня удерживала” — “А Ваша воля?” — “А на нее никто не обращал внимания.” — “Разве это не нелепо?” — “Нелепо, лучше умереть, покончить с собой”. — “Вы писали необычные письма?” — “Это чужая воля, я и не думала писать. Я находилась в комнате, вдруг кто-то велел мне взять ручку и написать, что написала.” — “Вы слышали приказ?” — “Это было принуждение, чувство, что меня к этому принуждают. Это всё чужие влияния.” — “И невозможно сопротивляться?” — “Я в тот момент была, словно оглушена. Я уже годы, словно в полусне. Наверное, меня загипнотизировали, и я не полностью вышла из этого состояния.” Больная считала, что чей-то чужой мозг связан с ее мозгом; чужой мозг “подсказывает” мысль, а ее мозг вынужден эту мысль думать. Это больная заметила, якобы, по мыслям: она не поверила, что она сама может так думать.(Тереза Тугенд, 18/41).

Нарушение Я-концепции при восприятии: “У меня отчуждали мой взгляд.” “Я не могла смотреть ребенку в глаза, я просто знала, что у него глаза голубые, но эти глазки я не видела.” “Я и видела, и не видела. Я могла, конечно, посмотреть людям в глаза, но это было, как сквозь пелену, или, я не знаю, может быть, как двойное зрение, словно сквозь туман, взгляд был не мой, онемевший. Так же прилетели откуда-то мысли, которые я вовсе не хотела думать. (Анна Магер, 20/390).

У больного № 7 Снелля (Snell) мысли отчуждались, “слово медицинскими банками”; больной называл это “Flugzuege”. Эта работа Снелля (уже в 1852 г.!) содержит всё существенное, касающееся этого симптома.

Французские авторы уделили этому нарушению, которое они называли автоматизмом, большое внимание (Байарже — Bailarger). Особенно Нейрак старался выделить *внутри* этого немного расплывчатого понятия некоторые особенности. Как было сказано выше о галлюцинациях, имеется в виду только патологический автоматизм, т.е. то, что пациент не рассматривает даже *post factum* как свое, а что является для него чуждым, новым, никак не связанным с другими переживаниями. Сюда относится автоматизм сензитивно-сенсорный (*l'automatisme sensitivo-sensoriel*) — галлюцинации — автоматизм моторный (навязанные движения и т.п.) и чисто душевное воздействие. Все три формы, по мнению французских исследователей, органически обусловлены, т.е. не выводимы психологически. Впрочем, некоторые авторы, например, Леви-Валенси, понимают под различными автоматизмами различные явления, и не только шизофренические. Он употребляет слово *De'-possession* (отчуждение) и считает это вполне определенной разновидностью автоматизма. Отчуждение мыслей, комментирование мыслей, озвучивание их, отклик при чтении и письме. (“Мои мысли на улицу выставили”, “Мои намерения словно показаны на экране”, “Со мной что-то сделали, чтобы мои мысли вывели наружу”). Клерамбо говорит об опережающем мышлении или предваряющем отклике на мысли. “Отчуждение является разновидностью чувства автоматизма, осознаваемого больным, но без понимания его патологического характера”. Это чувство отчуждения всецело отличается от чувства автоматизма Жане, но идентично чувству автоматизма Сегла (*Se'-glas*). Насколько могу судить, нигде не предпринята попытка отделить “сделанность” мысли и “отчуждения” мысли от одержимости, т.е. психогенное нарушение Я-концепции от органического²⁴. Для Леви-Валенси характерно высказывание: “Одержимость” — наиболее типичный случай “потери власти” над собой”. Позицию французских коллег можно так определить: мысли навязываются или отчуждаются, мысли общеизвестны (знания), мысли предопределены и т.д. — все эти феномены — особый вид высшего автоматизма, а именно: чувства отчуждения. Позже будет ясно, какое значение имеет этот тезис для *теории* шизофрении (Шредер 150 — Schroeder 150).

Из этого феномена вытекает и множество других симптомов вторичного происхождения. Подобное переживание очень неприятно для больных и беспокоит их, даже пугает, особенно вначале; больные больше не владеют своим восприятием, своими чувствами, действиями. Даже их тело слушается их не всегда. Они должны занимать странные положения, они считают себя находящимися под влиянием чужой силы и

²³ Груле, “Пациенты о себе”, 220.

²⁴ В моей “Психологии аномального” такая попытка предпринимается.

веру в это влияние оформляют разнообразными мыслями (вторичные бредовые концепции).

Только один-единственный пример шизофрении приведем для доказательств связи этого психопатологического исследования с пониманием феноменов в религии. Анна Фабер, 23/138: Бог, якобы, дал ей всё возможное, как Он всем дает, кто с Ним связан. Господь не говорит с ней, Он ей дает всё в мыслях. Она связана с Богом, “по меньшей мере, в духе”. Точнее она сказать не может, это лучше знают на Небесах. Она якобы чувствует во всякое время Дух Божий, она якобы преодолела дух мирской. Потому что вначале человек живет в грехе. Все те, которые борются с грехом, получают Божью благодать, которая всё им дает. Сама она сейчас наполнена Духом Божиим и чувствует себя соединенной с Господом. Господь ей вливает мысли. Более точно она сама не может определить. Она якобы просто знает, что какие-то мысли не ее, а от Бога. (Анна Фабер, 23/138).

Состояние *растерянности* тоже берет свое начало в параличе “Я”²⁵. Обозначение “шизофрения”, “схизис” более всего подходит к этому феномену. Здесь в “сделанных мыслях” наиболее очевидно расщепление личности, хотя и другие шизофренические нарушения говорят о разных расщеплениях, т.е. вычленениях из общей картины личности. Сама мысль — и это еще раз подчеркиваю — вовсе не изменена; она корректна, не причудлива, она не неожиданная, субъективно правильная, законченная, и всё же она *мне* чужда, отделена *от меня*. Я убежден, хотя такие предположения и недоказуемы, что в примере шизофрении, приведенном выше, лежит первое личностное становление нарушения Я-концепции; оно еще только намечается. Если я прав, то вторым основным симптомом шизофрении можно считать *нарушение Я-концепции*. И с позиций этого нарушения Я-концепции становится описанное основное настроение больного лишь субъективной картиной. Если кто-то не считает, что здесь существует взаимосвязь, то можно рассматривать эти симптомы — основное настроение и нарушение Я-концепции — как *два* друг от друга независимых первичных симптома шизофрении. Я утверждаю на основании личного опыта, что это шизофреническое основное настроение *не является* понятным, производным каких бы то ни было жизненных конфликтов, следствием комплексов и не выводимо из конституции пациента.

III. ИМПУЛЬСЫ

Третий из симптомов шизофрении — это нарушение *импульсов*. Этот момент не представляет интереса ни сам по себе с точки зрения психологии, не являясь патогностическим для шизофрении. Но, по моему

²⁵ А не наоборот — Карл Шнайдер. См. раздел о теории шизофрении.

мнению, это определенно первичный симптом. Хотя, конечно, могут встречаться случаи, когда большие перевозбуждены от обилия галлюцинаций или от пугающих их бредовых идей. Но наряду с этим вторичным возбуждением любой опытный специалист обнаружит сотни случаев, где возбуждение (плюс импульсов) возникало как первичное не спровоцированное прочими *психическими* моментами, и это возбуждение продолжалось неделями. В этом отношении шизофрения похожа на паралич, где тоже временами встречаются долгие периоды немотивированного возбуждения. Ажитированность многих инволюционных депрессий тоже, по моему мнению, обусловлена не пугающими представлениями, а является первичным симптомом психоза. Мне понятно стремление некоторых исследователей искать здесь понятную психологическую причину. Никого не удовлетворит возможность запутаться в цепочке ретроградных мотивов, внезапно оборвать эту цепочку и перейти к каузальности церебрального процесса, еще неизвестного. Однако, непредвзятый взгляд на этот вопрос подталкивает к такому шагу. И если приверженец теории символов Фрейда или теории власти Адлера хочет рассматривать эти случаи со своих позиций — что ж, это его право страдать мономанией.

От бедности импульсов до полного их отсутствия, ступора действуют, по-моему, одни и те же механизмы. И на протекание простого волевого нормального действия только психопатология проливает свет. Каждому нормальному человеку известно, что какое-то принятое решение порой трудно осуществить. Во многих случаях человеку понятны мотивы или причины промедления. Это могут быть противоположные мотивы (неспокойная совесть) или просто усталость²⁶. И другое известно каждому нормальному человеку: что однажды начатое дело, цель, время и форма протекания которого одобрены субъектом, иногда продвигается с трудом, может быть оттого, что человек устал, тяжело разочарован или печален. Когда же мы наблюдаем, как шизофреник шубообразно начинает какое-то действие, в следующую секунду наполовину отступает назад, затем опять чуть продвигается вперед так же шубообразно, то такая амбивалентность воли непонятна нормальному человеку, непонятна тем более, что речь не идет о каком-то важном действии (и не имеющем символического значения)²⁷, а о бытовом действии (например, открыть дверь). Только при наблюдении такой патологии ста-

²⁶ В других случаях мы обязаны Фрейду объяснением некоторых механизмов торможения.

²⁷ Возражение, что нельзя узнать, не имеет ли *каждое* действие символическую подоплеку, непровержимо в принципе. Страх рассматривается как подавленная самоуверенность, мужество — как спрятанная трусость, благородство — как подавленная подлость, жадность — как подавленная расточительность, преданность — скрытое властолюбие. Чушь, но у нее свой метод.

новится ясно, что даже простейшие действия осуществляются посредством продолжительной “целестремленности” (в обоих смыслах: *quad* цель, *quad* напряжение) и что может быть нарушено *только* это свойство, будь оно парализовано или получило противоположный импульс²⁸. Такое нарушение можно, безусловно, отнести к нарушениям импульсов; к количественным нарушениям импульсов — усилению или ослаблению, на что указывалось ранее, — присоединяются качественные нарушения (Бюргер). Импульс не обязательно направляется на реализацию какого-либо проекта (событие, которое человек себе представляет), т.е. на реальное действие; импульс служит и для позиции человека, например, ненависти, влечения. Нарушение -амбивалентность распространяется и на эти чувства, насколько они являются не состояниями “Я”, а действиями. Это — нечто совсем другое, чем пример Блейлера для описания амбивалентности. Если я люблю розу за ее запах и одновременно ненавижу ее за шипы, то у меня по отношению к одному объекту два противоположно ориентированных чувства. Но каждое из этих чувств нормально, их одновременное присутствие может порождать определенную неуверенность и раздвоенность. Такое иногда ощущается и по отношению к определенным людям, но это не амбивалентность. При последней чувств нарушено качественно, но это нарушение не кроется в качествах объекта. Я нахожу объяснение Блейлера амбивалентности, так же, как и аутизма, неудовлетворительным. Блейлер пытается вывести патологический симптом из нормального механизма и лишь допускает, что этот механизм нарушает свои границы. Другими словами, по моему мнению, амбивалентность не имеет ничего общего с нерешительностью, сомнениями, неуверенностью и т.д. (в противоположность к позиции Хорстмана).

Выражение *блокировка*, которым часто обозначают шизофреническое нарушение импульсов, является сравнением, взятым из механизма, в который впаяна щеколда. В то время, как заблокированный импульс или действие производится — если уж производится — нормально, но отдельными маленькими частями, внезапно блокируется, внезапно снова производится (часы с маятником), при феномене *заторможенности* предполагается, что движение психических процессов только лишь (но продолжительно) заторможено; процессы протекают, но медленно и с трудом. Такое различие придает фактам силу, и отсюда можно сделать множество выводов. Определенно существуют блокировки, при которых затруднены отдельные

части действия, хотя общая заторможенность, характерная для блокировок, отсутствует. Это привычное различие касается существенных моментов. Это различие можно и так сформулировать: больной с блокировкой в какой-то момент еще не способен совершить простое действие гладко и законченно, а в следующий момент он вдруг совершает быстро и без заминки более сложное действие. Заторможенный больной, напротив, не может уйти от своего нарушения. Старинное модифицированное определение Липа гласит: больной имеет блокировку, а заторможенность имеет больного.

Блокировка — патогностический признак шизофрении, но о заторможенности нельзя сказать, что это патогностический признак маниакально-депрессивного психоза. Я вспоминаю годы приблизительно 1908 – 1912, когда мы, психиатры из Гейдельберга, серьезно занятые изучением маниакально-депрессивного психоза, были твердо убеждены, что собственно заторможенность (и, в особенности, ее субъективное выражение) является признаком этого душевного заболевания. Дальнейший опыт погасил и эту надежду; я нашел прекрасное описание субъективной заторможенности в записях одного пациента, находящегося теперь в состоянии исхода. Во всяком случае, заторможенность ни в коем случае нельзя признать характерной чертой шизофрении, и она встречается не так уж часто. Однако, качественное нарушение импульсов — блокировку — вне шизофрении я не встречал. Можно было бы исследовать, не вытекает ли она из основного настроения шизофрении и, в особенности, из нарушения Я-концепции и паралича “Я”. Лично я склонен думать, что выраженное нарушение Я-концепции и паралич “Я” не только, как указывалось выше, ведут к растерянности, но и через эту растерянность напрямую к такому состоянию моторики, которое четко указывает на блокировку и амбивалентность²⁹. Так, оба эти момента вторичны. Мне известны и такие случаи, когда наблюдались оба эти момента без нарушения Я-концепции и паралича “Я”, но не без основного настроения шизофрении. Я придерживаюсь мнения, что *качественное* нарушение импульсов (блокировка) является специфическим первичным симптомом шизофрении. Возбуждение и ступор, напротив, хотя и первичные симптомы, но не являются патогностическими для шизофрении. Прочие симптомы моторики — вторичны (о чем будет сказано позже).

(Продолжение следует)

²⁸ Вспомним для сравнения красно-зеленые картинки-послевосприятия.

²⁹ Еще раз уточню: бывают блокировки без амбивалентности, но не бывает амбивалентности без блокировок.

Перевести нельзя продлить.

Ю. Н. Аргунова

Практика применения Закона о психиатрической помощи высвечивает все новые непроясненные вопросы, решать которые, похоже, никто не намерен. С учетом довольно низкого уровня правовой культуры лиц, ответственных за принятие решений, отсутствия должного контроля со стороны суда, органов прокуратуры многие проблемы приобретают хронические формы с латентным течением. Заложниками часто искусственно созданных преград и ограничений становятся пациенты.

Некоторые из возникающих проблем связаны с различной трактовкой психиатрическими учреждениями правового положения пациентов, госпитализированных в порядке ст. 29 Закона о психиатрической помощи. Во многих стационарах таких лиц ограничивают в передвижении по отделению, лишают прогулок по территории больницы в сопровождении родственников, а то и вовсе не позволяют им гулять, руководствуясь при этом не особенностями психического состояния больного, а его статусом недобровольно госпитализированного, хотя такой статус законом не очерчен. На решение суда о недобровольной госпитализации врачи ссылаются как если бы оно касалось назначения принудительных мер медицинского характера. Различные лишения равным образом испытывают на себе пациенты, помещенные на основании как п. “а” ст. 29 Закона, так и п. “в” этой статьи. Даже если пациент через некоторое время в процессе лечения не станет возражать против своей госпитализации и даст согласие на лечение, такой пациент все равно будет продолжать “числиться” в стационаре как находящийся в нем по решению суда.

Одним из запретов, по мнению врачей-психиатров, является перевод недобровольно госпитализированного пациента в другой психиатрический стационар, например, частную психиатрическую клинику.

Отсутствие в Законе о психиатрической помощи нормы, регулирующей основания и порядок перевода пациента, страдающего психическим расстройством, из одного стационара в другой по просьбе пациента (его представителя) и при наличии согласия администрации другой клиники, трактуется психиатрами как недопущение подобного перевода в принципе. Врачи считают себя связанными решением суда, которое, якобы, “обязало” их лечить данного пациента именно в их учреждении. И даже если врачи рассматривают

решение суда лишь как “дозволение” на недобровольное пребывание пациента в их стационаре, все равно, по их мнению, отказаться от него они не имеют права. При этом врачи, опасаясь расстаться с пациентом, моделируют ситуации неминуемого привлечения их к ответственности за неисполнение судебного решения.

Отмахиваясь от пациента и его представителя судебным решением, администрация стационара подчас забывает, что судебное решение о недобровольной госпитализации рассчитано на определенный срок, и в один прекрасный день, потеряв силу, оно уже не сможет прикрывать врачей. Пациент даже по истечении первых 6 месяцев, как показывает практика, может продолжать недобровольно удерживаться в больнице в силу инерции без всякого судебного решения. Его надлежащим образом оформленному представителю могут незаконно отказывать в приеме заявлений на имя главврача больницы, воспрепятствовать получению копий медицинских документов пациента для консультаций по ним у других специалистов и др. Свою лепту в этот процесс вносят и сами судебные решения о недобровольной госпитализации, несвободные от ошибок, противоречий и неопределенностей, вовремя не замеченных ни администрацией психиатрического учреждения, ни тем более пациентом и его представителем.

Действительно, в соответствии с ч. 6 ст. 34 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан (далее — Основ) пребывание пациента в больничном учреждении продолжается до исчезновения оснований, по которым проведена госпитализация без его согласия, или по решению суда. Согласно ч. 4 ст. 11 и ст. 12 Закона о психиатрической помощи пациент, госпитализированный в недобровольном порядке, не вправе отказаться от предлагаемого лечения или прекратить его. Выписка из психиатрического стационара (ст. 40 Закона) производится лишь в случаях выздоровления или улучшения психического состояния пациента, при котором не требуется дальнейшего стационарного лечения.

Однако перевод в другой психиатрический стационар предполагает сохранение оснований для стационарного лечения лица, в т.ч. в недобровольном порядке, и выпиской не является.

Можно предположить, что перевод в другой стационар является в большей мере *организационным* вопросом, нежели правовым, и законодатель не счел нужным регламентировать его в Законе. Косвенным подтверждением этому служит редакция ч. 1 ст. 44 Закона о психиатрической помощи, предусматривающая перевод лица из ПНИ в аналогичное учреждение общего типа. Основания и порядок перевода из одного ПНИ в другой ПНИ, как мы видим, в Законе не регламентированы.

Пациент, как известно, имеет право на *выбор* не только лечащего врача с учетом его согласия, но и *лечебного учреждения* (п. 2 ч. 1 ст. 30 Основ). Согласно же ст. 4 и 14 Основ, ст. 18 Закона о психиатрической помощи охрана здоровья граждан, в т.ч. оказание психиатрической помощи, осуществляется наряду с государственными, также и негосударственными психиатрическими организациями и частнопрактикующими врачами-психиатрами, имеющими лицензию.

Закон не запрещает представителю пациента, например при отсутствии положительной динамики в психическом состоянии пациента, длительное время находящегося в стационаре, по итогам полученных консультаций у других специалистов либо при наличии грубых нарушений прав пациента и его представителя медперсоналом или администрацией больницы подать заявление на имя главврача больницы с просьбой перевести пациента в другую клинику, приложив к заявлению копии уставных документов и лицензию этой клиники, письмо руководителя этой клиники в адрес главврача стационара о том, что клиника располагает возможностью принять данного пациента в указанные клиникой сроки и имеет условия для содержания в своем стационаре пациентов, госпитализированных по основаниям ст. 29 Закона о психиатрической помощи.

Ни Закон, ни судебное решение о недобровольной госпитализации не запрещают администрации психиатрического стационара, в котором находится пациент, убедившись в достоверности представленных документов, переместить пациента в другой стационар, который в свою очередь при сохранении оснований для недобровольной госпитализации обращается в суд по месту своего нахождения о помещении переведенного к ним пациента с применением соответствующего пункта ст. 29 Закона.

Добиться перевода пациента в другой стационар в соответствии с его желанием на практике чрезвычайно трудно, но при стечении ряда обстоятельств возможно.

Примером может служить дело пациента Р., защиту интересов которого, в т.ч. в суде, осуществляла автор настоящей статьи.

10 декабря 2008 г. несовершеннолетний Р. (15 лет) по инициативе родителей обратился за психиатрической помощью в детскую психиатрическую больницу (далее — ДПБ) и подписал добровольное согласие на

госпитализацию. Однако через 48 часов больницей было подано заявление в суд о госпитализации Р. в недобровольном порядке. В заявлении указывалось, что Р. “страдает психическим заболеванием и его поведение в настоящее время представляет непосредственную опасность для него самого, а также, что в случае, если Р. не будет оказана психиатрическая помощь, то возможно существенное причинение вреда его здоровью в связи с чем он нуждается в обязательном лечении в психиатрическом стационаре”. На заседании присутствовал пациент и его родители, возражавшие против недобровольного характера госпитализации. Помощник прокурора полагал не возможным удовлетворить требования заявителя.

Суд принял решение “принудительно госпитализировать Р. в ДПБ с 17 декабря 2008 г.”, т.е. со дня, когда было вынесено данное решение. Судья в нарушение ст. 198 и ч. 1 ст. 305 ГПК не указал в резолютивной части об удовлетворении заявления больницы, а также не сослался на конкретный пункт ст. 29 Закона, в соответствии с которым госпитализирован пациент. В мотивировочной части судья дал неверное воспроизведение норм Закона о психиатрической помощи, которыми он руководствовался. Согласно п. “в” ст. 29 Закона, как указано в решении, “основанием для принудительной госпитализации гражданина является наличие у него заболевания, в результате развития которого поведение больного может представлять опасность для него самого или окружающих, а также возможность проведения курса лечения только в стационарных условиях психиатрической клиники”.

Судья, таким образом, вместо п. “в” весьма приблизительно воспроизвел п. “а” ст. 29 Закона, допустив при этом ошибку принципиального характера: п. “а” предполагает не возможную (с той или иной степенью вероятности), а непосредственную опасность лица.

Заключая мотивировочную часть решения, судья указал, что расценивает заключение комиссии как доказательство того, что Р. “страдает психическим расстройством, развитие которого в настоящее время может причинить вред самому Р., если ему не будет оказана психиатрическая помощь...”

Отсебятина при воспроизведении норм права и небрежность, которые допустил судья при формулировании своего решения, не позволяют понять, что же именно судья признал доказанным: 1) то ли наличие п. “в”, т.к. речь идет уже не об опасности, а о причинении вреда, и соответственно п. “а” суд посчитал больницей не доказанным; 2) то ли суд имел в виду, что больницей доказана лишь *возможность* причинения вреда, притом вреда, судья по формулировке, *несущественного*, а значит суд счел не доказанным больницей и п. “в”? Однако последнее предположение противоречит резолютивной части, в которой судья “решил госпитализировать” Р. в ДПБ.

По прошествии 7 месяцев нахождения Р. в больнице его родители, систематически получая от врачей данные об отсутствии положительных результатов в лечении их сына, приняли решение о необходимости его перевода в другой стационар для получения Р., возможно, более эффективной психиатрической помощи и обеспечения лучших условий его содержания. Статус недобровольно госпитализированного пациента не позволял родителям полноценно общаться с сыном, совершать совместные прогулки по территории больницы, брать сына домой на выходные и праздничные дни. На обращение родителей Р. к администрации ДПБ о переводе сына в стационар частной психиатрической клиники был получен отказ со ссылкой на то, что Р. находится в ДПБ по решению суда и что подобные случаи администрации ДПБ не известны.

На консультации у юриста, к которому обратились родители Р., им было рекомендовано:

1) вначале оформить представительство для защиты прав и интересов своего сына в порядке ст. 7 Закона о психиатрической помощи и ст. 24 Основ, т.к. их несовершеннолетний сын достиг 16-летнего возраста, и они не вправе осуществлять представительство его интересов в ДПБ лишь на основании своего статуса законных представителей несовершеннолетнего сына;

2) получив доверенность от сына, в соответствии с ч. 4 ст. 31 Основ обратиться с письменным заявлением на имя главврача ДПБ с просьбой об ознакомлении с историей болезни сына и о получении копий медицинских документов. Это необходимо с целью: а) обращения за консультацией к другим специалистам (в т.ч. психиатрам клиники, куда родители намерены перевести сына) о качестве проводимого лечения, а также о сохранении оснований для пребывания Р. в ДПБ в недобровольном порядке и др; б) установления наличия в истории болезни заключений комиссий врачей-психиатров ДПБ по итогам ежемесячных освидетельствований их сына; в) установления наличия решения суда о продлении срока недобровольной госпитализации Р., которое должно было быть вынесено по истечении 6 месяцев пребывания Р. в стационаре, т.е. 1 месяц тому назад. При наличии решения суда следовало выявить причины, по которым их сын и его представители не были извещены о судебном заседании;

3) с учетом полученной информации, руководствуясь абз. вторым ч. 2 ст. 37 и абз. четвертым ч. 2 ст. 5 Закона о психиатрической помощи, подать заявление на имя главврача ДПБ с просьбой о переводе (или выписке) Р. из ДПБ в стационар частной психиатрической клиники с приложением необходимых документов.

Матери Р., имевшей надлежащим образом оформленные документы, зам. главврача и главврачом ДПБ было в резкой и категоричной форме отказано в озна-

комлении с историей болезни сына и даже в принятии от нее заявлений.

После требования матери предъявить ей решение суда о продлении недобровольной госпитализации сына выяснилось, что такого решения не принималось, и её сын месяц (!) незаконно удерживается в больнице.

Вместо затребованных документов матери Р. выдали выписку из истории болезни сына без даты, в которой, в частности указывалось об улучшении психического состояния её сына без какого-либо обоснования необходимости применения п. “а” или “в” ст. 29 Закона.

Администрация ДПБ срочно направила заявление в суд о продлении недобровольной госпитализации Р., причем с указанием сразу всех трех (!) пунктов ст. 29 Закона (“а”, “в” и даже “б”), приложив к заявлению вместо требуемого Законом мотивированного заключения комиссии непонятный текст на пол-страницы 10-дневной давности без названия, без мотивировки применения ст. 29 Закона и без одной подписи.

Несмотря на явные нарушения требований Закона, судья принял заявление ДПБ к рассмотрению, тем самым продлив пребывание Р. в стационаре на срок, необходимый для рассмотрения заявления больницы.

Через 4 дня — 17 июля 2009 г. в помещении больницы состоялось судебное заседание. Соблюдение обстановки, надлежащей для отправления правосудия, с определенной атрибутикой суд не интересовало. Судья и помощник прокурора были в свободной одежде, не имели при себе ни текста Закона о психиатрической помощи, ни даже ГПК РФ. Ведение протокола осуществлялось секретарем на мягком локотнике дивана. Расположенное напротив классное помещение пустовало.

Судья сразу же забраковал доверенность, выданную представителю больницы на участие в деле по продлению недобровольной госпитализации Р. по той причине, что суд, по его мнению, должен рассматривать заявления только о недобровольной госпитализации, но никак не о её продлении. Судья был очень удивлен, когда узнал от юриста, представлявшего интересы пациента, что продление госпитализации также в определенных случаях требует судебного контроля. Юристу даже пришлось убеждать судью и предоставить ему для изучения тексты ст. 36 Закона о психиатрической помощи и ст. 302 ГПК РФ. Указанный факт свидетельствует не только о незнании судьей процессуальных норм, но и о том, что судья, давая за 4 дня до этого санкцию на дальнейшее ограничение свободы пациента, даже не понимал сути дела и своей роли в нем.

На заседании представитель больницы не обладал никакой информацией о психическом состоянии пациента, не смог обосновать его непосредственную опасность для себя и окружающих, беспомощность

и т.д., не ответил ни на один вопрос участников процесса.

Юристу, представлявшему интересы пациента и возражавшему против его недобровольной госпитализации, удалось доказать в суде, что документ, приложенный к заявлению больницы, допустимым доказательством в соответствии со ст. 60 ГПК РФ не является. В нем отсутствует структура, предполагающая наличие вводной части, анамнестических сведений, результатов освидетельствования лица непосредственно перед подачей заявления в суд о продлении недобровольной госпитализации с описанием физического, неврологического, психического состояния лица и данных специальных исследований и, наконец, заключения с выводами, их обоснованием. В нем не было изложено как пациент оценивает свои болезненные переживания, отмечавшиеся при поступлении в ДПБ и имеющиеся в настоящее время, не описано поведение пациента в отделении, участие в трудовых процессах, выполнение медицинских процедур, его отношение к другим пациентам, персоналу, родителям, не указано в динамике как ведет себя и чем занят пациент, когда находится вне наблюдения персонала и т.д.

На вопрос судьи: “Почему заявление не обеспечено доказательствами?” представитель больницы ответил: “Решайте сами надо или нет его госпитализировать недобровольно. Как Вы решите, так мы и поступим”. Судья ответил на это, что дело так не пойдет: судья не должен решать этот вопрос за больницу.

Судья отложил слушание дела, обязав ДПБ представить мотивированное заключение комиссии и обеспечить явку на заседание суда компетентного представителя больницы.

20 июля 2009 г. состоялось 2-ое судебное заседание. Надлежащего заключения комиссии ДПБ на него так и не представила. Несмотря на это, судья все же продолжил судебное заседание.

Судья удовлетворил ходатайство юриста, представившего интересы пациента, об обозрении судом истории болезни Р. на предмет выявления наличия в ней сведений о проведении Р. ежемесячных комиссионных освидетельствований. Как оказалось, заключения комиссий в истории болезни отсутствовали, а те, что дополнительно были представлены суду, не совпадали по датам с теми, которые были до начала судебного заседания выданы матери Р. по её требованию. Заключения не соответствовали требованиям, предъявляемым к медицинским заключениям, и не содержали вывода о сохранении оснований для госпитализации Р. в недобровольном порядке. Кроме того эти заключения находились в противоречии с выпиской из истории болезни, переданной матери Р., в которой указывалось об улучшении психического состояния её сына.

Пациент, некоторое время присутствовавший в судебном заседании, не отрицал своего болезненного

состояния и не возражал против стационарного лечения. Вместе с тем он просил суд не продлевать недобровольную госпитализацию в ДПБ и содействовать его переводу в частную психиатрическую клинику, т.к. устал находиться в ДПБ. Родители были готовы оплачивать ему такое лечение.

Юрист, представлявший интересы Р.:

1) выразил сомнение в достоверности представленной меддокументации. Имелся ряд заключений без обоснования необходимости применения недобровольных мер, включая заключение, поданное в суд. В то же время имелась выписка из истории болезни об улучшении состояния пациента. Но одновременно с этим имелось заявление больницы в суд о применении сразу трех пунктов ст. 29 Закона, из чего напрашивался вывод о том, что психическое состояние Р. в течение 7 месяцев пребывания в ДПБ резко ухудшилось, т.к. первое решение суда признало возможным его госпитализацию по п. “в” ст. 29, а в ходе лечения пациент в дополнение к имевшимся проблемам стал еще и опасен для себя и окружающих (п. “а”) и даже беспомощен, неспособным самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности (п. “б”). Если принять эту нелепость за истину, то это свидетельствовало о полной неэффективности лечения в ДПБ, а, следовательно, необходимости срочного перевода пациента в другую больницу.

2) обратил внимание суда, а также помощника прокурора с целью принятия мер прокурорского реагирования на многочисленные грубые нарушения законности и прав пациента администрацией ДПБ, что ставит под сомнение целесообразность дальнейшего пребывания Р. в ДПБ:

- а) пациент незаконно в течение месяца содержался в стационаре в недобровольном порядке, т.е. фактически был лишен свободы без судебного решения;
- б) анализ представленных медицинских документов свидетельствовал о вероятности того, что комиссионные освидетельствования пациента, которые должны проводиться не реже одного раза в месяц, Р. не проводились;
- в) представителю пациента было отказано в принятии заявлений на имя главврача больницы;
- г) представителю пациента было отказано в ознакомлении с имевшимися в его истории болезни медицинскими документами;
- д) пациенту было отказано в возможности получения стационарной психиатрической помощи в другой клинике с согласия последней.

Таким образом были нарушены ст. 30 и 31 Основ и ст. 36, 37 и 39 Закона о психиатрической помощи;

3) ходатайствовал о приобщении к делу заключения специалиста-психиатра частной психиатрической клиники с оценкой эффективности лечения пациента Р. в ДПБ. Ходатайство было удовлетворено.

Позиция помощника прокурора по делу была выражена в одной единственной весьма примечатель-

ной фразе: “У меня нет оснований не доверять заключению психиатров”. Это популярное, ничего не стоящее выражение с двойным отрицанием хорошо усвоено судьями и прокурорами, оно встречается почти во всех приговорах, определениях судов, где требуется оценка экспертных и иных заключений. За этой осторожной формулировкой скрывается некомпетентность и безразличие.

Какому же в данном деле заключению психиатров у пом. прокурора не было оснований не доверять, если учесть, что такого заключения, которого требует Закон, больницей так и не было представлено, а то, что было в наличии, противоречило другим документам, составленным той же больницей?

Судья неоднократно задавал вопрос представителю больницы, почему больница так держится за этого пациента и не хочет перевести его в частную клинику. Представитель больницы ответил, что он не знает можно ли это сделать по закону и попросил судью вынести решение о переводе больного. Судья обратился к юристу, представлявшему интересы пациента, за разъяснением правовых норм. Юрист ответил, что раз Закон о психиатрической помощи этот вопрос не регулирует, значит это не правовой, а организационный вопрос. Судья с этим согласился и рекомендовал перевести пациента в частную клинику, припомнив случай, когда из этой ДПБ уже переводился пациент во “взрослую” больницу.

Несмотря на отсутствие в деле должной доказательственной базы и многочисленные нарушения требований закона, суд вынес решение о продлении недобровольной госпитализации Р. в ДПБ. В резолютивной части решения суда вновь отсутствовали ссылки на конкретные пункты ст. 29 Закона, что не позволяло определить правовой статус пациента и осложняло процесс его перевода в другую клинику. В мотивировочной части решения указывались все три пункта ст. 29, хотя представитель больницы на судеб-

ном заседании был вынужден отказаться от п. “б”, признав несостоятельность такой квалификации.

Событием большой важности является тот факт, что суд по данному делу вынес частное определение в адрес главного врача ДПБ в связи с выявлением случаев нарушения законности при оказании психиатрической помощи. Администрация больницы обязана в течение месяца сообщить суду о принятых ею мерах.

Значительной победой в защите прав пациентов является также принятие по данному делу мер прокурорского реагирования. Межрайонный прокурор внес представление об устранении нарушений прав и свобод граждан. В течение месяца со дня внесения представления должны быть приняты конкретные меры по устранению допущенных нарушений закона, их причин и условий, им способствующих. О результатах принятых мер должно быть сообщено прокурору в письменной форме.

Пациент Р. переведен из ДПБ в частную психиатрическую клинику. Он сразу подписал согласие на госпитализацию. Оснований для подачи заявления в суд о его недобровольной госпитализации клиника не находит. Р. много времени проводит на свежем воздухе, прочитывает одну книгу за другой и больше не застегивает в палате свою куртку наглухо. Выходные и праздничные дни он проводит дома.

Дело пациента Р. является хорошим уроком как для врачей-психиатров, так и для правоприменителя. Его подробности выявляют некомпетентность, правовой нигилизм и безответственность должностных лиц.

В отсутствие службы защиты прав пациентов, находящихся в психиатрических стационарах, которая и должна разрешать подобные проблемы, реальную поддержку в отстаивании интересов лиц, страдающих психическими расстройствами, на примере НПА России могли бы оказывать юристы профессиональных общественных объединений.

Конституционный Суд РФ подверг критике процедуру признания гражданина недееспособным¹

Д. Г. Бартенов (Санкт-Петербург)

27 февраля 2009 года Конституционный Суд Российской Федерации (далее — КС) вынес Постановление по делу, в котором впервые предметом рассмотрения стали вопросы конституционной защиты прав

недееспособных граждан. КС признал противоречащими Конституции РФ:

1) ст. 284 ГПК РФ, позволяющую суду принимать решение о признании гражданина недееспособным на

¹ В прошлом выпуске нашего журнала мы представили анализ Постановления Конституционного Суда РФ от 27 февраля 2009 г. № 4-П в контексте задач, стоящих перед законодателем, правоприменителем, экспертами-психиатрами, врачами, органами опеки и гражданами. С учетом важности этой темы редакция НПЖ считает целесообразным вернуться к ней, поместив в рубрике статью Д. Г. Бартенова, рассматривающего иные важные аспекты этой проблемы.

основе одного лишь заключения судебно-психиатрической экспертизы, без предоставления гражданину возможности изложить суду свою позицию;

2) положения ГПК РФ, лишаящие гражданина, не участвовавшего в рассмотрении дела и признанного судом недееспособным, права обжаловать решение суда в кассационном и надзорном порядке;

3) положения ст. 28 Закона РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”, допускающие принудительную госпитализацию в психиатрический стационар недееспособного гражданина без судебного решения.

Помимо указанных итоговых решений, КС в данном Постановлении сформулировал ряд других важных выводов относительно процедуры рассмотрения дел о недееспособности.

Во-первых, из п. 3.3 указанного Постановления следует, что суды, рассматривая вопрос о признании гражданина недееспособным, должны исследовать вопрос о том, какого рода действия гражданин не может понимать и контролировать. Это, в свою очередь, предполагает необходимость экспертной оценки тех конкретных сфер жизнедеятельности, в которых может быть ограничена дееспособность гражданина. Соответственно, недопустима общая формулировка в экспертных заключениях и судебных решениях о том, что гражданин неспособен “понимать значение своих действий и руководить ими”, без исследования того, о каких именно действиях идет речь и в какой степени такая способность нарушена.

Во-вторых, КС подтвердил право гражданина, признанного недееспособным, иметь назначенного им самим представителя (адвоката), независимо от согласия опекуна, в конституционном судопроизводстве. Напомним, что ранее Европейский Суд по правам человека также подтвердил право недееспособного гражданина самостоятельно обращаться в международные органы по правам человека. Из этого вытекает право пациента, лишённого дееспособности, беспрепятственно встречаться со своим адвокатом или иным представителем, поскольку это необходимо для реализации права на обращение в КС или международные органы по правам человека. Такой вывод КС служит дополнительной гарантией соблюдения прав всех пациентов, включая недееспособных, на беспрепятственные встречи с адвокатом, как это гарантировано ст. 37 Закона о психиатрической помощи. Можно с уверенностью сказать, что Постановление КС обозначило принципиально иной подход к реализации прав недееспособными гражданами, поскольку Суд признал право самого гражданина выступать в суде в определенных делах самостоятельно, то есть независимо от воли опекуна. Более того, КС подверг критике сложившуюся на практике презумпцию ненужности участия в суде гражданина, в отношении которого решается вопрос о его недееспособности.

С другой стороны, остается нерешенным вопрос о том, вправе ли гражданин, признанный недееспособ-

ным решением суда, назначить представителя по своему выбору для участия в надзорном судопроизводстве, а также в рассмотрении дела о госпитализации в психиатрический стационар. Исходя из признания КС самостоятельного процессуального статуса гражданина в указанных делах, ему должно быть гарантировано право на выбор представителя по своему усмотрению, однако в законе этот вопрос не урегулирован, поскольку в силу положений гражданского законодательства недееспособный гражданин не обладает правом заключить договор с адвокатом и выдать доверенность на ведение дела.

Наиболее проблематичной, с нашей точки зрения, является позиция КС в отношении личного участия в деле самого гражданина, вопрос о дееспособности которого решается, в связи с чем само Постановление оставляет больше вопросов, чем дает ответов. В частности, КС осторожно подошел к решению вопроса о том, является ли безусловным право на личное участие гражданина в судебном заседании по недееспособности, что может привести к дальнейшим злоупотреблениям при рассмотрении данной категории дел.

Как следует из Постановления от 27 февраля 2009 г., КС признал противоречащим Конституции РФ положение ст. 284 ГПК РФ о том, что гражданин, в отношении которого рассматривается дело о признании его недееспособным, может не вызываться в судебное заседание, если это невозможно по состоянию его здоровья, постольку поскольку данное положение позволяет суду принять решение о признании гражданина недееспособным на основе одного лишь заключения судебно-психиатрической экспертизы, 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.

Исходя из такой формулировки суды, в принципе, могут не предоставлять возможность самому гражданину участвовать в судебном заседании, если его присутствие “создает опасность для его жизни либо здоровья или для жизни либо здоровья окружающих”. Каким образом должна определяться такая опасность КС не объясняет. Таким образом, существует вероятность того, что суды, рассматривая данную категорию дел, могут произвольно решать вопрос об исключении из участия в деле гражданина, ссылаясь на его опасность. Такая ситуация возможна, в частности, в случае нахождения гражданина в психиатрическом стационаре или интернате, когда его явка в суд требует определенных административных мер, и решение о проведении заседания без его участия может приниматься судом по мотивам удобства, на основании непроверенных сведений из стационара.

Представляется, что при толковании сформулированной КС оговорки об опасности гражданина необходимо принимать во внимание следующее. Во-пер-

вых, КС подчеркивает, что судья должен составить собственное мнение о психическом состоянии гражданина и *непосредственно* убедиться в том, что гражданин не может понимать значение своих действий и руководить ими. В связи с этим КС указывает, что “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 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”.

Решение вопроса об опасности участия в судебном заседании гражданина не может перекладываться судом на судебно-психиатрическое учреждение, в частности, путем включения такого вопроса в определение суда о назначении экспертизы для определения того, может ли гражданин понимать значение своих действий и руководить ими, поскольку сам гражданин должен быть привлечен к участию в деле еще на стадии назначения экспертизы. Таким образом, решение вопроса об исключении гражданина из участия в судебном заседании не может быть принято судом на стадии подготовки дела только на основании письменных документов, представленных заявителем.

Кроме того, следует учесть, что состояние опасности гражданина для себя или окружающих вследствие психического расстройства — это в большинстве случаев временное состояние, выраженность опасных тенденций изменяется с течением времени на фоне лечения. В связи с этим опасность, о которой может идти речь, это такое состояние, при котором существует явный риск причинения гражданином физического вреда себе или окружающим. Если такой риск очевиден на момент судебного заседания, то суд должен рассмотреть возможность об *отложении* дела до улучшения состояния здоровья гражданина.

Возможность, в исключительных случаях, рассмотреть дело без участия самого гражданина, не означает отсутствие обязанности суда известить гражданина о рассмотрении дела, поскольку это позволит гражданину назначить своего представителя для изложения суду своей позиции.

Неясным также остается вопрос о том, может ли быть использовано постановление КС для пересмотра дел не только заявителей, но и других граждан, которые были признаны недееспособными без их участия. Пункт 5 ч. 2 ст. 392 ГПК РФ предусматривает в качестве основания для пересмотра по вновь открывшимся обстоятельствам вступивших в законную силу решений признание КС не соответствующим Конституции закона, примененного в конкретном деле. Однако

речь идет только о тех решениях, по которым сам заявитель обращался в КС.

Позиция КС о возможности пересмотра по п. 5 ч. 2 ст. 392 ГПК РФ тех дел, по которым не было непосредственного обращения заявителей в КС состоит в следующем. В Определении от 14 января 1999 г. КС указывает, что “статья 100 ФКЗ “О Конституционном Суде Российской Федерации” не содержит препятствий для пересмотра решений правоприменительных органов в отношении лиц, не являвшихся заявителями по делу, рассмотренному КС, если эти решения были основаны на акте, признанном в результате рассмотрения данного дела неконституционным”. Однако, разъясняя данное определение, КС в Определении от 5 февраля 2004 г. № 78-О указывает, что “правоприменительные решения, основанные на признанном неконституционным акте, по делам лиц, не являвшихся участниками конституционного судопроизводства, подлежат пересмотру в установленных федеральным законом случаях. Это касается как не вступивших, так и вступивших в законную силу, но не исполненных или исполненных частично, решений”.

Практика показывает, что суды занимают различные позиции по этому вопросу. Так, благодаря усилиям членов Экспертного совета при Уполномоченном по правам человека в Российской Федерации определением Кировского районного суда г. Самары от 13 августа 2009 года на основании Постановления КС от 27 февраля 2009 г. отменено решение 2008 г. о признании недееспособной Екатерины Тимочкиной на том основании, что она не участвовала в рассмотрении дела. При новом рассмотрении дела с участием самой Е. Тимочкиной и ее адвокатов в августе 2009 г. судом было установлено, что она не страдает никаким психическим расстройством, в связи с чем было отказано в признании ее недееспособной. В то же время районный суд в Санкт-Петербурге, рассматривая аналогичное заявление о пересмотре решения суда о признании гражданина недееспособным, указал, что Постановление КС не является вновь открывшимся обстоятельством для заявителя, поскольку процедура проверки конституционности ст. 284 ГПК РФ инициирована не заявителем.

По нашему мнению, указание КС относительно возможности пересмотра только “*не вступивших, так и вступивших в законную силу, но не исполненных или исполненных частично, решений*”, касается только тех решений, где речь идет о реальном исполнении, когда отмена решения суда означала бы необходимость восстановления материальных прав. Когда же речь идет о недееспособности, то исполнение такого решения является исключительно формальным. Более того, КС в постановлении от 27 февраля 2009 г. признал неконституционной именно саму процедуру принятия решения о недееспособности, и невозможность пересмотра такого решения с учетом Постановления КС означала бы невозможность восстановления прав граждан, заочно признанных недееспособными.

Конституционный Суд РФ

о возможности пересмотра постановления суда о применении принудительных мер медицинского характера

После принятия Конституционным Судом РФ (далее — КС) Постановления от 20 ноября 2007 г. № 13-П, касающегося прав граждан, направленных судом на принудительное лечение, в НПА России стали обращаться граждане по поводу получения ими отказа в пересмотре постановлений судов о применении к ним принудительных мер медицинского характера с учетом Постановления КС.

НПА России направила в адрес КС обращение по вопросам применения данного Постановления к гражданам, не являющимся заявителями. КС любезно согласился дать пояснение.

С сожалением, однако, приходится констатировать, что сформулированная в полученном нами отве-

те позиция КС, носящая универсальный для всех случаев характер, делает перспективу пересмотра таких дел весьма призрачной. Это правило не вполне подходит к решениям о применении принудительных мер медицинского характера, так же как и решениям о признании гражданина недееспособным, по которым были применены нормы, признанные КС не соответствующими Конституции РФ. Для такого рода решений, с нашей точки зрения, требуются иные критерии для возможности их пересмотра, нежели критерий исполненности или неисполненности судебного решения.

Публикуем ниже обращение НПА России и пояснения КС.

Ю. Н. Аргунова

**Председателю
Конституционного Суда Российской Федерации
В. Д. ЗОРЬКИНУ**

Глубокоуважаемый Валерий Дмитриевич!

Постановлением Конституционного Суда от 20 ноября 2007 г. № 13-П были признаны не соответствующими Конституции РФ положения ряда статей УПК РФ в той мере, в какой эти положения — по смыслу, придаваемому им сложившейся правоприменительной практикой, — не позволяют лицам, в отношении которых осуществляется производство о применении принудительных мер медицинского характера, лично знакомиться с материалами уголовного дела, участвовать в судебном заседании при его рассмотрении, заявлять ходатайства, инициировать рассмотрение вопроса об изменении и прекращении применения указанных мер и обжаловать принятые по делу процессуальные решения.

В Постановлении указывалось, что по делам заявителей правоприменительные решения подлежат пересмотру. До вынесения Постановления Конституционного Суда двое из троих заявителей (С. Г. Абламский и О. Б. Лобашова) обращались в НПА России по поводу нарушений их прав. Им были даны консультации и заключения специалистов Ассоциации. С. Г. Абламскому НПА России до сих пор оказывает консультативную помощь в пересмотре его дела.

В НПА России поступают, однако, обращения и других граждан, права которых были аналогичным образом нарушены при производстве о применении принудительных мер медицинского характера. В отношении некоторых из них к моменту принятия Постановления Конституционного Суда применение указанных мер решением суда уже прекращено, одна-

ко, эти граждане по-прежнему не могут смириться с заочным рассмотрением их дел в суде. Большинство же обратившихся продолжает проходить амбулаторное либо стационарное принудительное наблюдение и лечение у психиатра. Все их попытки пересмотреть принятые по их делам судебные решения с учетом Постановления Конституционного Суда от 20 ноября 2007 г. № 13-П не имеют успеха. Суды, игнорируя положения п. 1 ч. 4 ст. 413 УПК РФ, выносят постановления об отказе в удовлетворении их надзорных жалоб, в частности на том основании, что “на момент принятия решения суд первой инстанции действовал в точном соответствии с требованиями действовавшего на тот момент законодательства” (постановление судьи Приволжского окружного военного суда от 20 марта 2008 г. по делу Осипова А. Н.), хотя понятно, что Конституционный Суд не вносит изменения в законодательство, а также известно, что в этой части нормы УПК РФ не менялись. Органы прокуратуры, со своей стороны, разъясняют гражданам, что Постановление Конституционного Суда от 20 ноября 2007 г. № 13-П вынесено по жалобам конкретных лиц и по своему правоприменительному смыслу не распространяется на принятые судами решения по уголовным делам других лиц.

По мнению советника Конституционного Суда профессора Т. Г. Морщаковой, подобная судебная практика противоречит закону. Вместе с тем, по ее мнению, пересмотру могут подлежать лишь те дела, по которым применение принудительных мер медицин-

ского характера еще не прекращено, т.е. не завершено производство по делу. К сожалению, свою позицию Тамара Георгиевна высказала нам в частной беседе, не исключив для нашей Ассоциации возможности письменно обратиться за разъяснениями в Конституционный Суд.

НПА России, являясь профессиональной правозащитной общественной организацией, объединяющей психиатров, медицинских психологов, юристов и других специалистов, работающих в психиатрии, убедительно просит Вас, Валерий Дмитриевич, дать разъяснение по вопросу о том, подлежат ли пересмотру правоприменительные решения по делам граждан, не указанных в Постановлении Конституционного Суда от 20 ноября 2007 г. № 13-П, однако так же лишенных возможности лично участвовать в судебном заседании при рассмотрении дел о применении к ним принудительных мер медицинского характера, а, сле-

довательно, участвовать в исследовании заключения эксперта и других доказательств, заявлять ходатайства и т.д., при том условии, что фактическая способность гражданина по своему психическому состоянию лично участвовать в производстве по делу экспертами не исключалась либо не была ими исследована. Впрочем, вывод экспертов о невозможности личного участия гражданина в судебном заседании, по нашему мнению, также должен исследоваться и оцениваться наряду с другими выводами, т.к., как правило, не имеет должного обоснования в экспертном заключении.

Ваш ответ, Валерий Дмитриевич, поможет нашей Ассоциации правильно сориентировать граждан, получивших отказ в пересмотре их дел и намеренных обратиться за защитой в Европейский Суд по правам человека, что, с нашей точки зрения, не является лучшим (оптимальным) решением проблемы.

**Президент НПА России
Руководитель юридической службы НПА России**

**Ю. С. Савенко
Ю. Н. Аргунова**

**Общероссийская общественная организация
“Независимая психиатрическая ассоциация России”
Ю. С. Савенко, Ю. Н. Аргуновой**

Уважаемые Юрий Сергеевич и Юлия Николаевна!

По существу содержащегося в Вашем письме от 11 января 2009 года вопроса о возможности пересмотра правоприменительных решений по делам граждан, не являвшихся участниками конституционного судопроизводства при рассмотрении дела, по которому Конституционным Судом Российской Федерации вынесено Постановление от 20 ноября 2007 года № 13-П, но чьи дела также были разрешены на основании положений акта, признанных в указанном решении Конституционного Суда не соответствующими Конституции Российской Федерации, поясню следующее.

В соответствии с частью второй статьи 100 Федерального конституционного закона “О Конституционном Суде Российской Федерации” в случае, если Конституционный Суд Российской Федерации признал закон, примененный в конкретном деле, не соответствующим Конституции Российской Федерации, данное дело во всяком случае подлежит пересмотру компетентным органом в обычном порядке.

Указанные положения устанавливают обязанность правоприменительных органов по пересмотру решений в отношении лиц, которые непосредственно являлись участниками конституционного судопроизводства.

На граждан, не являвшихся участниками конституционного судопроизводства, распространяется положение части третьей статьи 79 Федерального конституционного закона “О Конституционном Суде Российской Федерации”, в соответствии с которым

решения судов и иных органов, основанные на актах, признанных неконституционными, не подлежат исполнению и должны быть пересмотрены в установленных федеральным законом случаях, т.е. с использованием закрепленных другим законодательством материально-правовых оснований и процессуальных институтов. Это касается как не вступивших, так и вступивших в законную силу, но не исполненных или исполненных частично, решений. Такой пересмотр, однако, не может производиться без надлежащего волеизъявления заинтересованных субъектов и учета требований отраслевого законодательства.

Наличие материальных и процессуальных предпосылок, а также возможных препятствий для пересмотра основанных на неконституционных актах решений (например, в связи с истечением срока исковой давности либо пропуском срока для возобновления дела по вновь открывшимся обстоятельствам) подлежит установлению по заявлению гражданина или уполномоченного должностного лица тем судом, к компетенции которого отнесен такой пересмотр, при соблюдении общих правил судопроизводства.

Указанная правовая позиция была неоднократно выражена в решениях Конституционного Суда, в частности, в определениях от 14 января 1999 года № 4-О, от 5 февраля 2004 года № 78-О и др.

Руководитель Секретариата Е. В. Кравченко

ИЗ ДОСЬЕ ЭКСПЕРТА

Итак, приехали: “государственная экспертиза всегда права”!

Может ли эксперт восполнять пробелы или только удостоверять наличие медицинской документации?

Г. В. воспитывался в благополучной семье вместе с братом и сестрой. До 7 класса учился на отлично, затем успеваемость снизилась. В 17 лет изменился по характеру, стал раздражительным, замкнутым, начал злоупотреблять алкоголем, неоднократно получил черепно-мозговые травмы. Многократно менял место работы, везде конфликтовал, пьянствовал. Женился, но вскоре брак был расторгнут. Колебания настроения, суицидальные попытки, многократные стационарирования в психосоматические отделения и в психиатрические больницы постоянно преследовали его. В 40 лет ему был установлен диагноз “шизофрения психопатоподобная с аффективными колебаниями и алкоголизацией”. В дальнейшем Г. В. на некоторое время исчез из поля зрения психиатров и вновь появился спустя более 20 лет, когда в нетрезвом состоянии был сбит машиной. К этому времени Г. В. был уже полной развалиной: дезориентирован, путал основные события своей жизни, не узнавал родных, был злобен и агрессивен, не спал по ночам, “слышал” звонки в дверь, чужие голоса, злобно отзывался о сестре. Был выставлен диагноз “алкогольная энцефалопатия, хронический алкоголизм”, а спустя два года Г. В. был признан недееспособным и вскоре умер. Через некоторое время выяснилось, что за пару лет до того, как его признали недееспособным, он заключил сделку купли-продажи со своей троюродной сестрой, продав ей по стоимости БТИ, всего за 150 тысяч рублей (!) принадлежащую ему половину роскошной квартиры на Рублевском шоссе. Вторая половина квартиры принадлежала ранее его брату, однако тот — по доброте душевной — “подарил” ее все той же троюродной сестре. Родная сестра, которая все время ухаживала за своими братьями, и у которой Г. В. провел свои последние дни, ничего не получила и обратилась в суд. Она была уверена, что сделка будет признана недействительной, поскольку Г. В. в то время не мог понимать значение своих действий и руководить ими. Однако эксперты решили иначе: “в связи с тем, что в материалах гражданского дела и медицинской документации нет данных о его психическом состоянии в период заключения договора купли-продажи, ответить на поставленные экспертные вопросы не представляется возможным”

*(Л. В. Гусинская, К. Л. Иммерман, Е. В. Королева).
Специалисты НПА подвергли такой вывод сомнению.*

Количество неточностей в констатирующей части экспертного заключения было так велико, что перечисление их адвокатом вызвало нескрываемое раздражение судьи против самого адвоката, тем более, что он начал с мелких: не те имена, отчества, сведения с чьих-то слов представлены как объективные и т.п. В результате, поначалу растерянная эксперт Центра им. Сербского Е. В. Королева из глухой обороны на вопросы адвоката (“этого нас не спрашивали” и “этого нас не спрашивали”) перешла в наступление: “Это посмотрите в энциклопедическом словаре, я ликбезом не занимаюсь, или вот специалист сидит со своим независимым журналом”. Но когда судья дала мне возможность задавать ей вопросы, сразу чуть не заголосила: “У него нет лицензии, у него нет лицензии, спросите у него, есть ли у него лицензия”. — “Не волнуйтесь, обязательно спрошу”, — успокоила ее судья. Королева — мне: “А сертификат судебного психиатра у Вас есть?”. Судья — мне: “Спрашивайте”. Я: “Вы в самом деле считаете, что роль эксперта ограничивается тем, чтобы удостоверять наличие медицинской документации на юридически значимый момент, подобно какой-то сверяющей машине или автомату? Но ведь тогда и эксперт не нужен. Почему Вы не использовали метод клинической реконструкции?”. Королева: “Слова какие-то, реконструкция какая-то, я таких слов не знаю, есть “анализ” и все”. Судья — мне: “Не спорьте и не учите эксперта”. Королева: “Пишите в своем независимом журнале”. Судья — Королевой: “Вы свободны”. Судья — мне: “У Вас есть лицензия?”. — “Мне не нужна лицензия: это Ваша воля, прерогатива суда назначить меня экспертом или специалистом в процессуальном смысле слова, независимо от наличия лицензии (ст. 79 ГПК и ст. 195 УПК). Наконец, лицензия на медицинскую деятельность необходима юридическим лицам и индивидуальным предпринимателям, а я выступаю как физическое лицо (Положение о лицензировании медицинской деятельности, утвержденное Правительством России от 22.01.2007 № 30 п. 1)”. После этого судья выслушала мои разъяснения и доводы, приводимые ниже.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ СПЕЦИАЛИСТА
на заключение судебно-психиатрической
комиссии экспертов
от 20 мая 2009 г. № 139/з на Г. В. (1939 – 2008)**

Настоящее заключение составлено 14 июля 2009 г. по запросу адвоката Шадрин Александр Юрьевича на основании представленной им ксерокопии Заключения судебно-психиатрической комиссии экспертов от 20 мая 2009 г. № 139/з посмертной судебно-психиатрической экспертизы Г. В., 1939 г. рожд., умершего 9 августа 2008 г., проведенной в Государственном научном центре социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского,

для ответа на вопрос: является ли научно обоснованным утверждение экспертной комиссии, что “в связи с тем, что в материалах гражданского дела и медицинской документации нет данных о психическом состоянии Г. В. в период заключения договора купли-продажи от 23.06.04 г. и написания доверенности на С. С. 28.05.04 г., а развитие деменции последовало после 2006 года, ответить на поставленные экспертные вопросы не представляется возможным”?

Заключение судебно-психиатрической комиссии экспертов на Г. В. написано на 18 страницах, из которых одна посвящена общим сведениям, 16 — описанию имеющейся медицинской документации и показаний свидетелей и одна неполная страница — выводам, которые сводятся к перечню выставившихся Г. В. психиатрических диагнозов (почему-то неполному) и заявлению о невозможности ответить на поставленные экспертные вопросы за отсутствием медицинских данных на юридически значимый момент: май — июнь 2004 г. Никакого обоснования этому заявлению не дается.

Приведенный в описательной констатирующей части заключения богатый многообразный материал не только никак не анализируется, но вообще не комментируется и не используется. Даже попытка такого рода не предпринимается. Эксперты удовлетворяются простой констатацией отсутствия данных на юридически значимый момент, избавляя себя от труда научного анализа, от использования существующих научных методов клинической реконструкции состояния подэкспертного в юридически значимый момент. Между тем, приводимые ими материалы содержат достаточный объем убедительных клинических фактов, позволяющих дать ответы на заданные вопросы.

Видимо, именно очень большой объем (по меньшей мере, вдвое от обычного) имеющихся сведений привел к очень небрежному их изложению на последних страницах констатирующей части заключения и еще более небрежному выводу, вступающему в грубое противоречие с констатирующей частью.

Итак, про Г. В. известно, что с 17 лет он изменился по характеру, — стал замкнутым и конфликтным. С

22 лет алкоголизировался, получал неоднократные черепно-мозговые травмы, в 1963 г. (24 лет) был признан негодным к военной службе. С 1969 г. (30 лет) — на учете ПНД № 2. Был неуживчив, конфликтен, аффективно неустойчив, предпринимал суицидальные попытки, попадал в психосоматическое отделение, неоднократно по несколько месяцев, а иногда и дней спады настроения сменялись подъемами и наоборот.

Пьянство сопровождалось кратковременными делириозными эпизодами. В течение пяти лет, в период с 1977 по 1982 гг. ежегодно (пять раз) стационарировался в ПБ № 1 с диагнозом “вялотекущая шизофрения”. Отмечались стойкие идеи отношения и нарушения мышления: соскальзывание, рассуждательства, резонерство, аморфность, аутичность, неадекватность, исчезновение мыслей на 1 – 2 минуты, ощущение пустой головы. В психиатрическую больницу поступал обычно осенью, когда отмечались спады настроения.

С января 1982 года по февраль 2006 года медицинская документация отсутствует. Известно, что с 2002 года начал проживать с братом и его женой, и что в мае — июне 2004 г. подписал доверенность и договор купли-продажи. Медицинская документация имеется только, начиная с февраля 2006 г. и до смерти Г. В. в августе 2008 г.

В феврале 2006 г. Г. В. получил черепно-мозговую травму. 22.03.06 г. при поступлении в ГКБ № 61 зав. отделением указала, что сбор анамнеза и жалоб затруднен из-за снижения памяти и интеллекта, отмечено резкое снижение памяти и критики к своему состоянию. Отмеченная симптоматика не является церебральной, т.е. объяснимой черепно-мозговой травмой. 24.04.06 г. устанавливается диагноз “алкогольной энцефалопатии”, а 29.04.06 г. — “дисциркуляторной энцефалопатии с амнестическим синдромом”.

8 июня 2006 г. в ПНД № 1 Г. В. устанавливается диагноз “псевдопаралитического синдрома” (что обозначает слабоумие несифилитической природы), а после месячного пребывания в ГКБ № 60 (23.06 – 24.07.06) — диагноз деменции, т.е. слабоумия, а 02.10.06 г. решением Кунцевского районного суда Г. В. был признан “ограниченно недееспособным” (л.д. 139), т.е. за год до инфаркта мозга 30.10.07 г.

Здесь эксперты совершают грубую передержку. Они пишут, что деменция развилась “с 2006 года”, словно та картина, которая описана в 2006 году, возможна сразу, словно это вообще возможно вне инсульта или другой сравнимой катастрофы. Это чрезвычайная небрежность, грубая натяжка. Более того, в заключительной фразе своего заключения эксперты пишут, что деменция развилась “после 2006 года”, что грубо противоречит их же данным о констатации интеллектуального снижения в марте 2006 года и вы-

несении этой квалификации в заключительный диагноз в июне 2006 года.

Наконец, эксперты полностью игнорируют в своем заключении диагноза, выставившиеся при последнем стационаровании 30 июля 2008 г. по определению Кунцевского районного суда г. Москвы, с последующим переводом в психосоматическое отделение, причем даже не указывают номер больницы. Между тем, эти заключительные диагнозы резко противоречат утверждению экспертов о невозможности дать ответ на поставленные судом вопросы. Диагнозы, выставленные за неделю до смерти, — “шизофрения непрерывно текущая параноидная” и “шизофрения, состояние дефекта”. Это диагнозы, поставленные комиссией психиатров на основании непосредственного общения с подэкспертным.

Таким образом, мы видим, что констатирующая часть заключения содержит подробное описание стойких идей отношения и расстройств мышления, а также циркулярные колебания настроения, которые в течение пяти лет приводили к ежегодным стационарированиям и постоянно квалифицировались как вялотекущая психопатоподобная шизофрения. Хорошо видно, что **течение болезни было непрерывным**, а отдельные стационарирования были связаны с циркулярными колебаниями настроения. Шизофрения — хроническое заболевание, которое при непрерывном течении неизбежно приводит к дефекту, как в данном случае, так как нигде не было отмечено, что у Г. В. эндогенный процесс носил малопрогрессирующий характер. Наоборот, последний диагноз совершенно четок: шизофрения, состояние дефекта. Это не значит, что дефект возник в 2008 году, точно так же как установление диагноза “деменция” в 2006 году не означает, что она возникла в 2006 году. **Можно с полной уверенностью говорить, что в мае — июне 2004 года психическое состояние Г. В. определялось обоими этими диагнозами.**

Эксперт — это как раз тот специалист, который в состоянии с высокой вероятностью заполнять пробелы на основании имеющихся клинических данных. В данном случае экстраполяция идет с двух сторон, навстречу друг другу: эндогенный процесс с юности, ярко обнаружившийся еще за 20 лет до заключения договора купли-продажи и завершившийся дефектом, и наложившийся на него органический процесс алкогольного, травматического и сосудистого генеза, также начавшийся с 22 лет и квалифицированный спустя два года после договора купли — продажи как деменция. Следует еще раз с полной ясностью подчеркнуть, что писать, что деменция сформировалась “с 2006 года”, — как это делают эксперты, — некорректно, так как **время установления любого заболевания, тем более хронического, не тождественно времени его сформированности. Что же касается конкретных диагнозов шизофренического дефекта и**

деменции, то оба эти состояния формируются годами.

Что касается обычного разноречия свидетельских показаний, то они должны рассматриваться как соглашающиеся или противоречащие профессиональным свидетельствам психиатров.

Когда с одной стороны имеются разнообразные конкретные описания совершенно опустившегося человека, а с другой благостная картина “всегда опрятно и хорошо одетого” человека, общаться с которым “большое удовольствие”, и который даже говорил, что хочет продать ответчице свою долю, то не возникает сомнений, какие данные следует предпочесть. То же самое касается и показаний ответчицы, когда она, — родственница умершего, знавшая братьев, по ее же словам, с детства, — с характерной категоричностью утверждала, что Г. В. никогда не был на учете в ПНД, никогда не злоупотреблял алкоголем, никогда не страдал потерей памяти, был “абсолютно адекватен”, “понимал и осознавал свои действия” и “до весны 2006 года никаких странностей в поведении не было”. Ответчица даже нападает на записи в истории болезни ПБ № 14: “С чьих слов записан анамнез?”, “нет никаких объективных свидетельств алкоголизма”, и т.д. и т.п. Она забывает при этом, что анамнестические сведения записывались врачами, не знавшими, что эти сведения являются предметом столкновения интересов.

Заключая, можно сказать, что эксперты не только нарушили Инструкцию Минздрава от 12.08.03 г. “Заключение СПЭ”, не дав полноценного обоснования своему утверждению о невозможности дать ответ на вопросы суда при наличии многообразных и убедительных данных противоположного рода. В грубом противоречии с констатирующей частью собственного заключения эксперты утверждают, что деменция у Г. В. возникла “после 2006 года”. Эксперты проигнорировали заключительный диагноз психиатров, непосредственно наблюдавших Г. В., — “дефектное состояние шизофрении”.

Таким образом, два усиливающих друг друга и неуклонно развивающихся процесса, — эндогенный процесс (вплоть до шизофренического дефекта) и органический процесс (вплоть до деменции, алкогольного, травматического и сосудистого генеза), начавшиеся с юности, протекавшие более 40 лет и зафиксированные в начале 2006 года при первом же столкновении с врачом, конечно, не возникли сразу, вдруг. За два года до этого оба дефекта уже присутствовали, по крайней мере, неизбежно были отсутствие способности прогнозировать результаты своих действий и повышенная внушаемость.

Сказанное позволяет определенно ответить на основной вопрос суда: Г. В. по своему психическому состоянию не мог понимать значения своих

действий и руководить ими в мае — июне 2004 года, в момент подписания доверенности и договора. Для ответа на первые два вопроса суда рекомендуется назначение повторной судебно-психиатрической экспертизы в ГКПБ № 1 им. Н. А. Алексеева или в Санкт-Петербургской ПБ № 6.

Ю. С. Савенко

* * *

В судебно-психиатрической экспертной практике отсутствие медицинской документации непосредственно на юридически значимый момент — широко распространенный случай, и задача эксперта — восполнить имеющийся пробел посредством экстраполя-

ции документированных медицинских сведений и заключений, предшествующих юридически значимому моменту, либо зафиксированных после него. Т.е., клиническая реконструкция предпринимается даже в тех случаях, когда эксперты располагают только одним исходным или конечным состоянием. В данном случае имелось два исходных и два конечных состояния двух хорошо изученных процессов — органического и эндогенного — четыре точки опоры вместо одной.

Прямое игнорирование этого обстоятельства носит беспрецедентный характер. Тем не менее судья Кунцевского районного суда Гаврилюк М. Н. пошла на это, не проявив никакого интереса к этим очевидностям и не сочтя нужным удовлетворить наши рекомендации.

Еще один способ игнорирования судом неудобных показаний

Этот способ обозначен в вынужденном названии конкретного примера, приводимого ниже: не “заключение специалиста”, а “заявление представителя стороны”.

ЗАЯВЛЕНИЕ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ СТОРОНЫ на заключение комиссии экспертов от 10 апреля 2009 г. № 470-2 на Д. В. (1944 – 2008)

Настоящее заявление сделано на основании ознакомления с ксерокопией заключения комиссии экспертов от 10 апреля 2009 г. № 470-2 посмертной судебно-психиатрической экспертизы Д. В., 1944 г.рожд., умершего 11 февраля 2008 г., проведенной в Психиатрической клинической больнице № 1 им. Н. А. Алексеева.

Заключение написано на 8 страницах, из которых 6 страниц посвящены констатирующей части и одна страница — ответам на вопросы суда.

Из констатирующей части известно, что Д. В. 16 ноября 2007 года был стационарирован в городскую клиническую больницу им. С. П. Боткина в связи с внезапно развившимся ишемическим инсультом с тотальной афазией и правосторонней гемиплегией, т.е. утратой способности говорить и понимать обращенную к нему речь и параличом правых конечностей. Спустя неделю у него резко снизилось настроение, стал полностью отказываться от приема пищи, воды, лекарств, врачебных осмотров и выражал нежелание жить. При обращении к нему отворачивался и плакал. Но спустя еще 5 дней перестал сопротивляться осмотрам и начал принимать жидкую пищу. 27, 29 и 30 ноября осматривался психиатром. Отмечено понимание обращенной к нему речи, общение жестами и сниженное настроение. Был безучастен к окружающему. Активно отказывался от пищи, но начал принимать ле-

карства (амитриптилин) и перестал сопротивляться медицинским манипуляциям. Трижды, в динамике, делалась компьютерная томография, выявившая кисту в левой задне-латеральной области подкорковых структур на фоне диффузного атрофического процесса и церебрального атеросклероза. 8 декабря выписан из больницы к двоюродной сестре, у которой уже жил три года, с тем же диагнозом. Указано, что “больше стал понимать обращенную к нему речь, но себя не обслуживает, требует постоянного постороннего ухода и надзора”. Спустя месяц 09 января 2008 г. Д. В. оформляет завещание на сына сестры, которая за ним ухаживала, хотя за 7 лет до этого 05 декабря 2000 г. им было подписано завещание на двоюродного брата, 1953 г.рожд. Спустя месяц Д. В. умер. Брат оспорил завещание.

Заключение экспертов находится в грубом противоречии с их собственной констатирующей частью.

Не видя больного, опираясь не на описание и диагноз психиатра, который неоднократно непосредственно общался с Д. В., прослеживал состояние Д. В. в самый критический период, эксперты предпочитают свои чисто теоретические соображения относительно того, что должен был привнести ишемический инсульт головного мозга, и выставляют диагноз “органическое расстройство личности в связи с сосудистым заболеванием головного мозга”. Вместо обоснования этого диагноза или в качестве подобия такового они приводят не клинические признаки, на основании которых ставится этот диагноз по МКБ-10, а нагромождение неврологических диагнозов, т.е. подменяют имеющиеся непосредственные данные — косвенными, концептуальными. Вот их “обоснование”: “Об этом свидетельствует ретроспективный экспертно-клинический судебно-психиатрический анализ данных в представленной медицинской документа-

ции, а также материалов представленного гражданского дела о развившемся остром нарушении мозгового кровообращения в бассейне левой средней мозговой артерии с правосторонним гемипарезом (16.11.07), зарегистрированной неврологом в стационарных условиях (17.11.07) у Д. В. патологии высших корковых функций головного мозга (нарушение речи) по типу тотальной (сенсорно-моторной) афазии на фоне атеросклероза сосудов головного мозга, хронической церебро-васкулярной болезни, артериальной гипертензии III стадии в сочетании с выявленным на КТ (компьютерной томографии головного мозга) от 19.11.07 атрофическим процессом и формированием объемного образования (кисты) в левой задне-латеральной области подкорковых структур, увеличением желудочковой цистерны мозга...". В психиатрическом отношении это пустое многословие.

Делается это, видимо, для того, чтобы выставить психиатрический диагноз там, где психиатр, непосредственно наблюдавший Д. В., ограничился неврологическим диагнозом: "дисциркуляторная энцефалопатия и острое нарушение мозгового кровообращения от 16 ноября 2007 г."

Дело в том, что афазия это неврологическое, а не психиатрическое расстройство. Афазия — это утрата способности понимать чужую речь (сенсорная афазия) и самому пользоваться словами и фразами, как при устной, так и при внутренней речи (моторная афазия) при отсутствии расстройств артикуляционного аппарата, слуха и существенных расстройств интеллекта. Совершенно неправомерно отождествление афазии с каким-либо расстройством личности или интеллекта.

В констатирующей части, вопреки выставлявшемуся диагнозу тотальной, т.е. сенсомоторной афазии, многократно (5 раз) указывалось, что Д. В. понимал обращенную к нему речь и общался с помощью жестов. Это свидетельство того, что поражение мозга не носило столь массивного характера, как это казалось в первые дни инсульта, т.е. преобладала моторная афазия.

На основании каких признаков выставлен диагноз "органического расстройства личности" (F 07.01)? Согласно Международной классификации болезней последнего 10-ого пересмотра (МКБ-10) "органическое расстройство личности" — это признаки систематического снижения познавательной деятельности в сфере планирования и предвидения последствий для себя и общества, как при лобном синдроме (т.е., это очень серьезный уровень расстройств), в сочетании с хотя бы двумя признаками из следующих шести:

1) *значительно сниженная способность справиться с целенаправленной деятельностью, особенно требующей длительного времени и небыстро приводящей к успеху;*

2) *эмоциональная лабильность, поверхностное неоправданное веселье (эйфория, неадекватная шутливость), которая легко сменяется раздражительностью, кратковременными приступами злости и агрессии. В некоторых случаях апатия;*

3) *выражения потребностей и влечений без учета последствий и социальных условностей (антисоциальные акты, например, воровство, неадекватные сексуальные притязания, прожорливость, игнорирование правил личной гигиены);*

4) *подозрительность, параноидные мысли или сосредоточенность на одной обычно абстрактной теме;*

5) *выраженные изменения в темпе и потоке речевой продукции типа случайных ассоциаций, вязкости и гиперграфии;*

6) *измененное сексуальное поведение.*

Хорошо видно, что использование диагноза "органического расстройства личности" совершенно неадекватно для постинсультных больных с афазией, по крайней мере, в первые полгода после сосудистой катастрофы. Такой диагноз никем никогда не используется в этих случаях. Но даже при чисто формальном подходе из приведенного списка только первый пункт соответствует состоянию Д. В. У него не было ни эмоциональной лабильности, ни апатии, а наоборот, депрессия, которая свидетельствует об остром переживании своего будущего. Не было и ничего из всех последующих пунктов, за исключением разве что асексуальности. Но это как раз подчеркивает полную неадекватность приложения к Д. В. всего этого списка.

Является ли нелепым, не учитывающим будущего, новое завещание Д. В.? Нет, — он переписывает завещание на того родственника, семья которого о нем реально заботится. Таким образом, стержневая характеристика "органического расстройства личности" в отношении Д. В. неадекватна.

Таким же совершенно произвольным, ни на чем не основанном, является утверждение экспертов, что у Д. В. отмечалась "психотическая депрессия". Приводимое обоснование — "периодический отказ от приема пищи, воды, лекарств, врачебной помощи, оказание активного сопротивления (стискивал зубы, выплевывал пищу, таблетки, отворачивал голову в сторону, отталкивал руки медперсонала), превалировал сниженный фон настроения" — ничего общего с психотической депрессией не имеет и рассчитано не непрофессионалов, фактически это введение в суд в заблуждение, либо опечатка: следовало бы написать "психогенной или реактивной". Что касается психотической депрессии, — принципиально, качественно отличного по глубине депрессивного расстройства, — то ни одного признака витальной глубины и ни одного продуктивного психопатологического симптома (требуемого в таких случаях, согласно МКБ-10) у Д. В. даже близко не было. Утверждение же эксперта

тов, что психотическую депрессию зарегистрировал психиатр в больнице им. Боткина является прямой дезинформацией. Диагноз, выставленный этим психиатром, — “депрессивное состояние с активным отказом от приема пищи на фоне дисциркуляторной энцефалопатии и острого нарушения мозгового кровообращения от 16 ноября 2007 года” — не лишает способности понимать значение своих действий и руководить ими. В дальнейшем состояние Д. В. несколько улучшилось, более четко обнаружилось отсутствие сенсорной афазии и значительно редуцировалась депрессивная симптоматика.

Таким образом, заключение комиссии экспертов от 10 апреля 2009 г. № 470-2 из ГКПБ № 1 им. Н. А. Алексеева находится в грубом противоречии с его констатирующей частью, согласно которой степень выраженности постинсультных расстройств, хотя и была очень тяжелой, но ограничивалась неврологической симптоматикой. Из психических расстройств не было никаких объективных признаков расстройств сознания, продуктивной психопатологической симптоматики, интеллектуального снижения; смысл перемены завещания, о котором идет речь, был вполне естественным и логичным, а утрата способности общения с помощью речи и письма вызвала естественную психогенную депрессивную реакцию, не содержащую никаких признаков психотической депрессии (что и позволило выписать Д. В. через три недели после инсульта домой, где его состояние улучшилось). В констатирующей части заключения не содержится ничего, что противоречило бы выводу, что на момент оформления завещания 9 января 2008 г. Д. В. понимал значение своих действий и руководил ими. Никаких профессиональных научных оснований переиначивать диагноз психиатра больницы им. Боткина, произвольно грубо утяжелять этот диагноз у экспертов не было, приводимые ими доводы научно несостоятельны.

Ю. С. Савенко

* * *

Итак, представленная экспертиза — пример полного произвола экспертов:

депрессия называется психотической вопреки всем классическим критериям и критериям Международной классификации болезней 10-ого пересмотра;

диагноз органического расстройства личности ставится, исходя из чисто концептуальных соображений, а не эмпирических данных;

заключение коллеги-психиатра, непосредственно трижды консультировавшего подэкспертного, полностью игнорируется.

Очевидным образом, эксперты руководствовались отнюдь не поисками истины. Судья Гагаринского районного суда г. Москвы Долгова Т. Н., не проверяя и не исследуя в судебном заседании все эти выдвинутые доводы, выслушала их, глядя в окно, и ограничилась репликой: “У суда нет оснований не доверять государственным экспертам”, похоронив, тем самым, всякую состязательность и возможность усомниться в непогрешимости экспертов в силу их государственного статуса, и отказала в назначении повторной экспертизы с другими вопросами.

1. Страдал ли Д. В. на момент подписания завещания 9 января 2008 г. каким-либо психическим расстройством, и если да, то в чем это проявлялось?

2. Мог ли Д. В. по своему психическому состоянию понимать значение своих действий и руководить ими при подписании завещания 9 января 2008 г., и если не мог, то в чем это проявлялось?

В протоколе судебного заседания мое выступление было не только резко сокращено, но содержательно искажено, а местами подменено полной невяницей. Запись ответов была дана без соответствующих вопросов, без разделительных тире, с пропусками и ошибками. — Все это тоже легко превращается в модулирующий фактор.

Все мои простые ясные доводы были полностью проигнорированы судьей Долговой Т. Н. в помощью следующего приема: она отказала в заявленном ходатайстве оформить меня специалистом, а оформила представителем стороны, объявив затем в своем решении, что “все мои доводы носят субъективный характер, поскольку я являюсь знакомым ответчика, представляю интересы ответчика в суде и заинтересован в ходе данного дела”, и отказалась исследовать их в судебном заседании.

Аналогичным образом меня нередко оформляли свидетелем, чтобы потом сказать: “Свидетелем чего Вы собственно были?”, — и игнорировать потом все доводы.

Вот такая откровенная игра в “кошки-мышки”.

Обзор Журнала Американской академии психиатрии и права, 2009, № 2

В. В. Мотов (Тамбов)

Редакционная статья номера посвящена вопросам конфиденциальности в отношениях между психиатром и пациентом в пенитенциарных учреждениях США и называется **“Решение пренебречь конфиденциальностью при сообщении заключенными о нарушениях ими правил учреждения”** (Decisions to Breach Confidentiality When Prisoners Report Violations of Institutional Rules). Автор — Emil R. Pinta, MD — преподаватель психиатрии в университете штата Огайо.

Ссылаясь на рекомендации специальной комиссии АПА (2000), автор отмечает, что стандарт психиатрической помощи (включая вопросы конфиденциальности) в местах лишения свободы должен в возможно большей степени приближаться к существующему в обычной психиатрической практике. Например, отказ от конфиденциальности в ситуации, когда заключенный может причинить серьезный вред себе или окружающим, угрожает совершить побег, провоцирует беспорядки в учреждении, является этически оправданным.

Как, однако, следует поступать, если в процессе психотерапевтической беседы пациент раскрывает такие нарушения режима содержания, как мастурбация или секс с другим заключенным с обоюдного согласия? Что если пациент сообщает, что имеет нож или огнестрельное оружие?

Исходя из собственного опыта психиатра, консультирующего в пенитенциарных учреждениях более 35 лет, автор полагает, что никто из коллег не станет информировать администрацию учреждения о мастурбации своего пациента или сексе с согласия партнера. В то же время все сообщат, если пациент признает наличие у себя огнестрельного оружия. Что касается ножей или самодельного холодного оружия, многие коллеги, по мнению автора, сперва попытаются убедить пациента сдать оружие, однако, если он этого не сделает, обязательно сообщат администрации.

Автор обращает внимание, что немалое число таких случаев относится к “серой” области, где мнения коллег существенно расходятся. Например, изготовление пациентом примитивных средств самозащиты (кусочек мыла в носке), самодельных алкогольных напитков, хранение и употребление, а также приобретение или продажа другим заключенным наркотиков,

секс с персоналом учреждения и т.п.. Как отмечает автор, вопросы работы психиатра в местах лишения свободы не получили достаточного освещения ни в Принципах медицинской этики АПА, ни в Рекомендациях специальной комиссии АПА. Поскольку нет ясных стандартов, психиатры вынуждены полагаться на собственные оценки.

Что делать, если пациент-заключенный сообщает о покупке или продаже наркотиков? От коллеги, работающего в “гражданской” психиатрии, закон, как правило, не требует нарушать конфиденциальность в случае, когда пациент в процессе лечения сообщает о совершении им преступления, т.е. сохраняющий конфиденциальность врач не может быть обвинен в недонесении о преступлении (исключением из правила является информация о жестоком обращении с ребенком). Стандарт Ассоциации американских адвокатов требует от психиатра конфиденциальности во всех психотерапевтических ситуациях, кроме тех, когда раскрываемая пациентом информация касается планируемого преступления, или если имеется судебное решение, обязывающее врача раскрыть полученные от пациента сведения.

Автор находит полезным разделить решения психиатра нарушить конфиденциальность на мотивируемые (1) терапевтическими соображениями, (2) соображениями безопасности.

В первом случае приоритет отдается доверительным отношениям с пациентом. Однако это не означает пренебрежения безопасностью персонала и других заключенных. Более того, в долгосрочной перспективе такие отношения, по мнению автора, способствуют формированию атмосферы большей безопасности, поскольку при отсутствии доверия к психиатру нуждающиеся в психиатрической помощи заключенные перестанут искать ее, что неизбежно осложнит обстановку в учреждении.

Во втором — на первом месте оказывается безопасность. Психиатр здесь исходит из посылки, что одна из важных терапевтических задач — способствовать созданию безопасной среды внутри учреждения. Если психиатр, узнав о серьезных нарушениях режима своим пациентом, не предпринимает никаких действий и, в сущности, объединяется с нарушителем

против учреждения, безопасность ставится под угрозу и лечение компрометируется.

Автор отмечает, что в штате Огайо, в последние годы соображения безопасности играют все большую роль в решении психиатра нарушить конфиденциальность. Одной из причин, по его мнению, является передача управления психиатрической службой пенитенциарных учреждений из департамента здравоохранения штата в департамент по исправительным делам и реабилитации. Коллеги, работающие на полную ставку в системе исполнения наказаний, получают теперь ориентацию и первичную подготовку аналогичную той, что получают другие сотрудники тюремной системы. Результат — изменение внутреннего самоощущения (не столько врач, сколько тюремный офицер).

Когда психиатр раскрывает полученные от пациента-заключенного сведения о нарушении им режима учреждения, последний может быть подвергнут различного рода наказаниям. В подобной ситуации возможна попытка пациента преследовать психиатра по суду за причинение ущерба в результате разглашения конфиденциальных сведений (в особенности, если эти сведения относятся к упомянутой “серой” области) и добиваться материальной компенсации ущерба.

По мнению автора, в отсутствие свода этических правил, специально предназначенных для психиатров пенитенциарных учреждений, стандартной позицией тюремного психиатра может быть следующая: ему следует оставаться защитником своих пациентов, и в случае, когда необходимо принимать трудное решение, рассматривать обязанности в отношении пациентов как наиболее важные. Пренебрегая этими принципами, коллега отказывается от своей профессиональной идентичности.

Раздел “Специальные статьи” открывается работой **“Управление терапевтическими рисками в сложных клиничко-правовых ситуациях: должно ли оно быть базовым навыком?”** (Therapeutic Risk Management of Clinical-Legal Dilemmas: Should It Be a Core Competency?). Авторы: Robert I. Simon, MD — директор программы “Психиатрия и право” в Джорджтаунском университете и Daniel W. Shuman, JD — профессор медицинского права в Южном методистском университете, Техас.

Начиная с середины 1970-х гг., количество судебных исков против психиатров с требованиями компенсации за причинение вреда в результате субстандартного лечения постоянно растет. Как отмечают авторы, кроме финансовых потерь, подобные иски оборачиваются для коллег серьезными психологическими травмами. Авторы ссылаются, в частности, на исследование M. Girlin (2006), в котором сравнивались психиатры, подвергавшиеся и не подвергавшиеся судебному преследованию со стороны пациентов. Те, кто подвергался, значительно чаще отказывались принимать определенных пациентов, планировали

более ранний выход на пенсию и не советовали своим детям становиться врачами.

Суицид пациента — одно из наиболее драматичных событий в профессиональной жизни психиатра, рассматривается авторами в качестве неизбежного профессионального риска: “Есть два рода психиатров: те, чьи пациенты совершали суицид, и те, чьи совершат”. Оценка риска суицида, по мнению авторов, должна быть отнесена к числу базовых психиатрических навыков.

Управление терапевтическими рисками (therapeutic risk management) является необходимой частью качественной психиатрической помощи и включает в себя действия, направленные на уменьшение потенциального вреда, источником которого может быть и психическое расстройство, и терапевтические мероприятия, и упущения врача. Его этическую основу составляет: “Прежде всего, не вреди”.

Авторы выделяют два направления контроля потенциальных рисков в системе: психиатр-пациент: (1) управление терапевтическими рисками и (2) управление рисками подвергнуться иску. (1) — фокусируется на пациенте и должно быть составной частью качественной медицинской помощи. (2) — преимущественно на психиатре и включает в себя систематическое изучение материалов судебных дел по искам о профессиональной небрежности. Динамика отношений между психиатром и пациентом может требовать от врача преимущественного внимания то к первому, то ко второму.

По мнению авторов, в клинической практике возможны ситуации, когда внимание должно быть сосредоточено прежде всего на предотвращении возможности иска. Например, когда, пациент с умеренно выраженной депрессией и суицидальными мыслями не соответствует критериям недобровольной госпитализации и выписывается из стационара вопреки совету врача. В данном случае для защиты психиатра и больницы от потенциального иска недостаточно наличия подписанной пациентом формы о выписке вопреки совету врача, требуется тщательная документация обсуждения с пациентом рисков преждевременной выписки и необходимости продолжения лечения.

В то же время, когда клиничко-правовая дилемма вызывает у психиатра устойчивое перемещение фокуса внимания от пациента на самого себя, возникает опасность появления того, что авторы называют “перестраховочной психиатрией” (defensive psychiatry). Примеры подобной практики: госпитализация пациента с умеренным риском суицида или отказ психиатра назначать суицидальному пациенту с шизофренией клозапин из опасений агранулоцитоза (вероятность развития — менее 1%) и, как следствие, появления иска о причинении вреда здоровью. Парадоксально, но подобные попытки коллег обезопасить себя могут также обернуться исками, например, о не-

правомерном лишении свободы в первом случае и неадекватном лечении — во втором.

По мнению авторов, лучшая стратегия — забота о пациенте, качественное лечение и документация скрупулезной оценки терапевтических рисков.

Статья сопровождается двумя комментариями. Автор первого (Dr. C. Tellefesen, университет штата Мэриленд), анализирует причины формирующегося у будущих психиатров к третьему-четвертому году их резидентуры иррационального страха подвергнуться судебному преследованию или даже оказаться в тюрьме за возможные врачебные ошибки.

Во втором — Prof. R. Frierson и Dr. N. Campbell (университет штата Южная Каролина) обращают внимание, что в профессиональной среде нет споров в отношении того, что способность концентрироваться на пациенте, умение избегать перестраховочной практики и навык тщательной документации своих клинических решений должны быть отнесены к базовым элементам подготовки психиатров. Спор лишь о том, как этому учить. Авторы полагают, что управление терапевтическими рисками не следует выделять в качестве отдельного “базового медицинского навыка”, оно может быть интегрировано в каждый из шести навыков и умений, идентифицированных Американским советом по высшему медицинскому образованию, а именно: забота о пациенте, медицинские знания, обучение, базирующееся на практике, умение поддерживать межличностные отношения и взаимодействовать с другими, профессионализм и практика, основывающаяся на системных представлениях.

Раздел “Регулярные статьи” открывает работа **“Расстройства личности и уголовное право: международный аспект”** (Personality Disorders and Criminal Law: International Perspective), написанная Landy F. Sparr, MD, MA — доцентом кафедры психиатрии Oregon Health and Science University.

В этой объемной (14 журнальных страниц) и довольно “рыхлой” по своей внутренней структуре публикации автор обсуждает не столько заявленную им тему, сколько общие вопросы, относящиеся к защитам на основании невменяемости в некоторых штатах США, Канаде и уменьшенной вменяемости (или точнее “уменьшенной ответственности” — diminished responsibility) в ряде западноевропейских стран. Прочитав, к примеру, в разделе “Уменьшенная ответственность и парциальная ответственность” два довольно больших, касающихся Нидерландов, параграфа, Вы можете получить некоторое общее представление о существующей в этой стране “шкале” уголовной ответственности (пять уровней ответственности: полная, через 3 степени — уменьшенная и, наконец, тотальное отсутствие). Автор, однако, ни слова не говорит, ни о том, какое из психических расстройств и какой степени выраженности может конвертироваться в тот или иной уровень уменьшенной ответствен-

ности, ни о том, где на этой шкале место правонарушителей с расстройствами личности.

Суть написанного в том же разделе о Германии можно выразить двумя, вряд ли чем-то обогащающих читателя, предложениями: (1) большинство немецких психиатров согласны, что не всякое расстройство личности в значительной степени уменьшает уголовную ответственность; (2) как среди психиатров, так и среди юристов нет согласия относительно того, как оценивать ответственность правонарушителей с расстройствами личности.

Значительную часть статьи занимает описание слушавшегося в конце 1990-х гг. Гаагским международным трибуналом по военным преступлениям на территории бывшей Югославии дела по обвинению охранника лагеря для военнопленных в Боснии Esad Landzo в убийствах, пытках и жестоком обращении с заключенными.

Адвокаты обвиняемого (американские юристы) решили прибегнуть к защите на основании уменьшенной ответственности, т.к. и психиатр защиты, и назначенная трибуналом психиатрическая комиссия диагностировали у Landzo расстройство личности (эксперт стороны обвинения обнаружил лишь патологические черты характера).

Интересная деталь: трибунал поставил перед психиатрами-экспертами кроме медицинских также и юридический вопрос, а именно, имелось ли у обвиняемого в период предполагаемых преступлений, говоря словами автора, состояние “уменьшенной ответственности или отсутствия ответственности”. Замечу, что в США, например, еще в 1984 г. Конгрессом была внесена поправка в п. 704 Федеральных правил представления доказательств, в соответствии с которой подобный вопрос является компетенцией жюри присяжных и не может ставиться перед специалистами в области психического здоровья, выступающими в качестве экспертов в федеральных судах. Другая любопытная деталь: один из экспертов, судя по описанию автора, основывал свое диагностическое заключение на критериях DSM-IV, несмотря на то, что дело слушалось в международном суде.

И психиатр защиты, и назначенная судом комиссия ответили, что психическое расстройство обвиняемого “по-видимому, уменьшало [его] ответственность”.

Трибунал, отметив, что имеющееся у Landzo расстройство личности соответствует критерию “психического расстройства” формулы уменьшенной ответственности, в то же время указал, что важным элементом этой формулы является требование, чтобы психическое расстройство существенно нарушало способность обвиняемого контролировать свое поведение, что не было доказано в случае Landzo.

На стадии установления вины трибунал, не согласившись с доводами защиты об уменьшенной ответственности Landzo, признал его виновным по 17 пунктам военных преступлений. Вместе с тем, на стадии

вынесения приговора наличие у подсудимого расстройства личности было принято в качестве смягчающего наказание обстоятельства (Landzo был приговорен к 15 годам лишения свободы).

За статьей следуют два комментария. Автор первого — известный американский специалист в области права и психиатрии Ralph Slovenko, JD, PhD. Вторым написан британским судебным психиатром John A. Baird, MD, FRCPsych и преподавателем психиатрии Пенсильванского университета Carla Rodgers, MD. В обоих комментариях состояние вопроса уголовной ответственности правонарушителей с расстройствами личности соответственно в США и в Великобритании излагается, с моей точки зрения, в значительно более ясной, удобной для понимания читателя форме, чем в комментируемой статье.

Следующая публикация раздела озаглавлена: **“Психические расстройства и суициды в самой большой в стране тюремной системе штата”**. Авторы: Jacques Baillargeon, PhD, Joseph V. Penn, MD, Christopher R. Thomas, MD et al. — исследователи из медицинской школы Техасского университета в Гальвестоне.

Авторы проделали огромную работу, проанализировав медицинскую и демографическую информацию о более чем 234 тыс. осужденных, прошедших через тюремную систему штата Техас в 2006–2007 гг. Сравнивалась распространенность суицидов среди заключенных с четырьмя видами серьезных психических расстройств: большое депрессивное расстройство, биполярное расстройство, шизофрения и психотические расстройства нешизофренического спектра. К последним были отнесены шизоаффективные расстройства, бредовые расстройства, психотические расстройства в результате злоупотребления вызывающими зависимость субстанциями и психотические расстройства без дополнительных указаний.

Установлено, что частота суицидов среди представителей выделенных четырех групп существенно выше регистрируемой в общей популяции: большое депрессивное расстройство — 61 на 100.000, биполярное расстройство — 49 на 100.000, шизофрения — 91 на 100.000, нешизофренические психотические расстройства — 144 на 100.000, в общей популяции — 11 на 100.000.

Как отмечают авторы, остается неясным, прочему самый высокий уровень суицидов обнаруживался у заключенных с психозами нешизофренической природы (исследования в общей популяции устойчиво свидетельствуют об относительно более высоком суицидальном риске у лиц с большим депрессивным расстройством и биполярным расстройством).

Высказывается предположение, что некоторые заключенные с признаками большого депрессивного расстройства с психотическими проявлениями были неточно диагностированы, как имевшие психоз нешизофренического типа; возможно также, что тюрем-

ный персонал, зная о повышенном суицидальном риске заключенных с депрессией или шизофренией, предпринимал более активные профилактические меры в отношении именно этих групп заключенных.

Авторы, вместе с тем, призывают к осторожности при сравнении полученных ими данных с результатами исследований в общей популяции, имея в виду диспропорциональное представительство в среде заключенных мужчин молодого возраста, принадлежащих к расовым и этническим меньшинствам.

Комментарий к данной статье преподавателя психиатрии в медицинской школе университета штата Нью-Мексико и руководителя психиатрической службы региональной пенитенциарной системы Dr. Michael K. Champion — лучшее, из того, что доводилось читать в профессиональной литературе о самоощущении заключенного в американской тюрьме строгого режима.

Небольшой отрывок: “В процессе моей работы в тюрьмах я сталкивался с заключенными, совершавшими суициды непосредственно перед освобождением. Для большинства не знающих тюремную систему людей это кажется парадоксальным. К чему впадать в отчаяние перед перспективой быть освобожденным из тюрьмы строгого режима, среда которой большинству обычных граждан представляется непереносимой? Этот загадочный и беспокоящий парадокс нуждается в дальнейшем объяснении в психиатрической и психологической литературе. Образно говоря, заключенные могут швырять камни в тюремные ворота. Однако для многих из них тюрьма, со всеми ее лишениями, стрессами, вспышками насилия — источник стабильности и безопасности. Стрессоры известны и предсказуемы... Пища доставляется три раза в день. Лекарственное снабжение регулярное. Медицинская помощь доступна... Тюрьма может дать возможность сформировать чувства самоуважения и идентичности, очень точно подходящие ее условиям. В тюрьме заключенный создает себе репутацию, которая определяет характер отношений к нему со стороны персонала и других заключенных... Один осужденный, отбывший 30 лет и освобождающийся в ближайшие 12 месяцев объяснил: “... В тюрьме люди смотрят на тебя с уважением и просят у тебя совета. Ты обладаешь статусом... Выходя отсюда, ты становишься лишь одним из вовлеченных в “мышиную возню”... Здесь ты — нечто. Там — ничто”.

В следующей статье раздела авторы (группа психологов из трех университетов Нью-Йорка), обсуждают тему создания более совершенных психологических инструментов для оценки степени удовлетворенности пациентов деятельностью психиатрической службы.

“Доказательства наличия вторичного травматического стресса, беспокойства о безопасности и “выгорания” среди гомогенной группы судей в отдельном судебном округе” (Evidence of Secondary

Traumatic Stress, Safety Concerns, and Burnout Among a Homogeneous Group of Judges in a Single Jurisdiction) — работа, на которую, с моей точки зрения, коллегам стоит обратить внимание. Авторы — Jared Chamberlain, MA, и Monica K. Miller, JD, PhD — исследователи из университета штата Невада.

9 судей окружного суда (две женщины и семь мужчин, все белые, стаж работы от нескольких месяцев до 15 лет) в среднего размера городе одного из западных штатов США согласились подвергнуться 45 – 90 минутному малоструктурированному психологическому интервью, проводившемуся психологом со степенью PhD. Записи интервью анализировались двумя специалистами в области контент-анализа с целью выявить в ответах признаки вторичного травматического стресса, “выгорания” и беспокойства о собственной безопасности и безопасности своих близких.

Вторичный травматический стресс в трактовке авторов — викарная травматизация в результате эмоционального вовлечения, сочувствия, соучастия, сопереживания людям, находящимися в состоянии тяжелого стресса. Такого рода стрессу подвергаются, например, врачи, психологи, сотрудники МЧС, оказывающие помощь жертвам стихийных бедствий, техногенных катастроф. Возникающие при этом глубокие эмпатические переживания могут приводить к “переоценке ценностей” — изменениям представления о мире и самом себе.

Авторы обращают внимание, что судьи в своих ответах указывали на насыщенную эмоциями обстановку в зале суда, в особенности в специализированных судах по семейным делам: “Судьи имеют дело со смертями, парализациями, поджогами, травмами у детей ... Всякий, кто занимался расторжением брака, знает, что это — одно из наиболее травмирующих человека событий”. Ряд судей отметили собственную эмоциональную вовлеченность в судебный процесс, свое сочувствие и сопереживание потерпевшим. Один, например, ответил: “Я чувствовал, что должен сдерживать себя, чтобы не обрушиться с критикой [на одного из участников судебного процесса] в ответ на то, что я воспринимал как персональные нападки на жертву преступления”.

Под “выгоранием” авторы понимают другую форму стресса, а именно, стресс, вызываемый хронической профессиональной перегрузкой и проявляющийся признаками физического и психического переутомления с негативным отношением к окружающим, самому себе, конфликтами на рабочем месте, чувством разочарования в профессии.

По мнению одного из опрошенных судей, коллеги “убивают себя”, работая “50 – 60 часов в неделю”. Другой отметил: “...Работа никогда не кончается... не вынесение решения, а его формулирование в письменном виде... это вызывает стресс”. По словам третьего: “Кто-то обычно выигрывает от вашего реше-

ния, а кому-то оно наносит ущерб, лишая денег, собственности или свободы... Потому принимать такие решения для меня тяжело и, выходя отсюда, я, обычно, не перестаю думать о них еще несколько дней, или просыпаюсь среди ночи в сомнениях в их правильности”.

По мнению авторов, публичный характер деятельности, ощущение себя “лицом” правовой системы создают дополнительное давление на судью.

Стоит отметить, что число ответов, идентифицированных в качестве потенциальных индикаторов стресса, связанного с беспокойством о собственной безопасности и безопасности своих близких, было заметно выше, в сравнении с указывающим на наличие вторичного стресса или выгорания (соответственно 23, 13 и 16 ответов).

Многие судьи приводили примеры угроз, которым они лично подвергались. Некоторые получали письма с обещаниями причинить зло. Других пытались запугивать на улице. Один судья отметил, что если будет совершено покушение на его жизнь, на ум мгновенно придут 4 – 5 фамилий. По свидетельству другого: “Мысль о возможности подвергнуться насилию не оставляет нас... Я думаю, всякий, делающий работу подобную нашей, становится чрезмерно настороженным”.

Почти половина судей ответили, что допускают, что получаемые ими угрозы могут оказывать влияние на выносимые ими судебные решения.

Вместе с тем авторы, указывая на малый размер и гомогенный характер выборки, предостерегают от необоснованной генерализации результатов их исследования.

Завершает раздел статья, в которой бразильские психиатры на небольшом фактическом материале попытались идентифицировать предрасполагающие к совершению насильственных преступлений аспекты бреда у больных шизофренией.

Раздел “Анализ и комментарии” открывается статьей британских авторов Martin J. R. Curtice, и John J. Sandford “**Статья 8 Закона о правах человека 1998: Обзор судебных решений, относящихся к судебной психиатрии и заключенным в Соединенном Королевстве [Великобритании и Северной Ирландии]**” (Article 8 of the Human Rights Act 1998: A Review of Case Law Related to Forensic Psychiatry and Prisoners in the United Kingdom). Как отмечают авторы, Закон о правах человека 1998 г. (введен в действие в Великобритании в 2000 г.) включил в себя большинство положений Европейской конвенции по правам человека. Статья 8 Закона предусматривает право на уважение частной, семейной жизни и конфиденциальность переписки. Данное право может быть ограничено органами государственной власти только в соответствии с законом и лишь тогда, когда это “необходимо в демократическом обществе в интересах национальной безопасности, общественной безопас-

ности, экономического благополучия страны, с целью предотвращения нарушений общественного порядка и преступлений, для защиты здоровья или нравственности, или для защиты прав и свобод других людей”. Автор приводит ряд примеров подобных ограничений.

В деле *R. v. Ashworth Hospital Authority* Высокий суд решал вопрос о праве пациента — мужчины, находящегося в психиатрическом стационаре со строгим наблюдением, носить женскую одежду. В отношении диагноза мнения врачей расходились: одна группа психиатров рассматривала пациента как фетишистского трансвестита, одевавшего женскую одежду с целью получения сексуального удовлетворения; другая — как транссексуала, имеющего клинически очевидную потребность жить как женщина. Больница, признавая, что отказ разрешить пациенту носить женскую одежду в отделении повсюду, за исключением его палаты, является вмешательством в его частную жизнь, в то же время утверждала, что такой отказ является законным, так как диктуется обоснованными терапевтическими соображениями и заботой о безопасности, в том числе и самого пациента. Суд вынес решение в пользу больницы, отметив, что в данном случае вмешательство в частную жизнь пациента осуществлялось в соответствии с законом, преследовало легитимную цель и являлось необходимым в демократическом обществе.

В *R. v. (1) Ashworth Special Health Authority (2) the Secretary of State for Health* Высокий суд решил, что существующая в психиатрической больнице со строгим наблюдением практика прослушивания 10 % случайно выбранных телефонных звонков пациентов не нарушает ст. 8, т.к. подобное прослушивание, хотя и является явным вмешательством в личную жизнь пациентов, служит легитимной цели поддержания необходимого уровня безопасности.

В деле *R. v. (1) Governor of Full Sutton Prison (2) Secretary of State for the Home Department* Высокий суд решал вопрос о праве заключенного на конфиденциальность переписки со своим лечащим врачом, работающим вне пенитенциарной системы. Суд первой инстанции признал чрезмерным и незаконным тюремное ограничение на конфиденциальность такого рода корреспонденции. Апелляционный суд, однако, отменил это решение, указав, что ключевой вопрос в

данном деле — вопрос безопасности и контроль администрацией тюрьмы медицинской корреспонденции необходим для предотвращения преступлений и защиты прав и свобод других в демократическом обществе.

Палата лордов (до 2009 г. выполняла в Великобритании функции высшей апелляционной инстанции), решая дело *R. v. Secretary of State for the Home Department, Ex Parte Daly*, указала, что отказ заключенным в праве присутствовать при просмотре их корреспонденции администрацией учреждения является непропорциональным ограничением права на конфиденциальность корреспонденции.

Автор высказывает мнение, что пациенты, находящиеся в психиатрических стационарах по решению суда, вероятно, попытаются в будущем оспорить ряд ограничений права на частную жизнь (таких, например, как невозможность регулярного доступа в интернет, запреты на просмотр и размещение на стенах своей палаты порнографических изображений, сексуальную связь с партнером того же пола).

Далее следует статья, содержание которой, с моей точки зрения, не оправдывает ее многообещающее название “Нейровизуализация, культура и судебная психиатрия”.

Из двух завершающих раздел публикаций первая посвящена изучению влияния изменений, внесенных в 2004 г. в Закон штата Нью-Йорк о наркотических средствах, на положение заключенных с психическими расстройствами; вторая — анализу вызвавшего тревогу у канадских психиатров решения суда в деле *Ahmed v. Stefaniu* (2006), где Dr. Stefaniu — психиатр одной из канадских психиатрических больниц была признана виновной в профессиональной небрежности (выписанный ею пациент совершил убийство через 50 дней после выписки, за это время дважды осматривался психиатрами амбулаторно) и обязана выплатить семье погибшей компенсацию в \$172000.

В рубрике “Правовой дайджест” находим информацию о ряде вынесенных в течение 2008 г. решений федеральных судов и судов штатов, имеющих отношение к судебной психиатрии. Номер заканчивается обзором вышедших в 2007 – 2008 гг. книг по судебной психиатрии и психологии и письмами к редактору.

Отклик на содержание некоторых статей НПЖ, 2009, 2 с точки зрения практического психиатра

В этом выпуске НПЖ меня особенно привлекла теоретическая часть, касающаяся юбилеев феноменологического движения и актуальных проблем общей психопатологии с полемикой главного редактора Юрия Сергеевича Савенко и проф. Сергея Юрьевича Циркина по поводу современного понимания “симптома, феномена и синдрома” в психиатрии.

Из персональных “юбилеев феноменологического движения” я узнал много нового, в том числе о творческой биографии ученых, заложивших основы этого направления, их встречах, сотрудничестве. В отношении “симптомов и синдромов” хотелось бы высказать несколько замечаний и пожеланий.

Как и “Аналитическая психопатология”, названная статья проф. Циркина отличается революционностью, провокационна, перенасыщена неожиданными положениями. Ее чтение требует постоянного напряжения, сосредоточенности, ведь в ней обосновывается совершенно иное, новое понимание симптомов и синдромов в психиатрии. А воспринять ее смысл необходимо, чтобы понять ход мысли автора и только после этого согласиться, либо не согласиться с ним. Однако, и при соблюдении этих условий ее текст довольно труден для понимания в силу ряда причин.

Пониманию не способствует недостаточно ясный, местами усложненный язык. В результате у читателя может возникнуть впечатление, будто это его вина, что он не понимает. Статья не сопровождается достаточным научным аппаратом, указателем специальной литературы и кратким, хотя бы тезисным, изложением истории учения с симптомах и синдромах в психиатрии. Отсутствуют определения понятий симптома и синдрома: как принятые в современной психопатологии, которые автор стремится расшатать или ниспровергнуть, так и его собственные понятия, которые и являются целью оригинальной статьи. А ведь речь идет об основополагающих понятиях психиатрии. Так или иначе, статья заставляет напрягаться и думать, но понять до конца идеи автора и, следовательно, разделить их затруднительно.

Можно понять Ю. С. Савенко, который не смог хранить безмолвие, когда расшатываются устои отечественной психиатрии. Включив в этот круг понятие феномена, он поднял планку полемики на еще более высокий теоретический уровень. Тем не менее, мне кажется, что и здесь ее смысл мог быть изложен более простым и ясным языком. А в результате этот важнейший актуальный раздел остался труднодоступным, местами непостижимым для клиницистов.

Наконец, юбилейный материал о Вилли Майере (Майер-Гроссе), дополненный первым русским переводом

(С. Ю. Савенко) м.б. самой ранней публикации автора “Феноменология аномальных переживаний счастья”. Персональная юбилейная статья открыла мне много существенно нового в жизни и творчестве этого выдающегося психиатра. А вот его упомянутая работа без комментария главного редактора или переводчика может ввести практических психиатров в заблуждение некоторыми неслучайными противоречиями, которые касаются феноменологической и клинико-психопатологической оценки “аномальных переживаний счастья”. Дело в том, что она написана 24-летним человеком, т.е. начинающим, точнее сказать, еще не вполне психиатром. В то время он не владел и не мог владеть основополагающими понятиями феноменологии и клинической психопатологии, в том числе, понятиями симптома и синдрома. Поэтому его работа имела не столько объективное научное значение, сколько указывала на задатки будущего психопатолога, отражая этап в его становлении.

Эти замечания продиктованы желанием дальнейшего совершенствования текстов журнала. Приведенные работы были взяты мной для примера.

26.07.09 В. Г. Остроглазов

Комментарии редактора. Нельзя удержаться от разочарования, что такой тонкий психопатолог, как Виктор Гаврилович Остроглазов, от которого мы ждали развернутого содержательного отклика на дискуссию относительно содержания, границ, места и роли понятий “симптома”, “феномена” и “синдрома”, ограничился краткой репликой относительно того, что “статья заставляет напрягаться и думать” в качестве недостатка, а не достоинства.

Что касается снисходительно-критического взгляда В. Г. на работу В. Майер-Гросса “Феноменология аномальных переживаний счастья”, как не имеющую объективного научного значения в силу “24-летнего” (правильнее, 25-летнего) возраста автора, в этом возрасте “еще не вполне психиатра”, то это не довод по существу, а недопустимый прием диффамации, который, в свою очередь, не работает: К. Ясперс пришел в Гейдельбергскую клинику тоже в 25 лет и написал свою работу “Ностальгия и преступление” в 26 лет, а знаменитый “Бред ревности” — в 27 лет.

Можно ли писать, как это делает В. Г., что “в то время Майер-Гросс не владел и не мог владеть основополагающими понятиями феноменологии и клинической психопатологии”? Это говорится про молодого исследователя, за 2 года до этой своей второй диссертации защитившего в Гейдельберге работу “Расстройства узнавания” и начавшего в 1913 году работать в необыкновенном творческом

коллективе и атмосфере Франца Ниссля, которые Ясперс тогда же предпочел лестным предложениям Э. Крепеллина и А. Альцгеймера. Гейдельбергская клиника стала уже к 1908 году, когда в нее пришел Ясперс, и осталась вершиной нашего предмета. Вильманс, Ясперс, Грулле, Ветцель, Гомбургер, Ранке и, как вспоминает Ясперс, “совсем еще молодой исследователь Майер-Гросс” (хотя сам был только на 6 лет старше). Здесь кипела творческая жизнь, еженедельные официальные и неофициальные дискуссии на все темы, беспощадная критика, упорная работа, дух энтузиазма в использовании феноменологического метода. В 1913 году уже была опубликована “Общая психопатология” Ясперса. Так что Майер-Гросс оказался в самом истоке и на самой вершине феноменологических разработок. А в отношении феноменологических исследований аффективных расстройств был, вслед за Ясперсом, пионером,

опираясь на первое феноменологическое описание чувств мюнхенского ученика Гуссерля М. Гайгера.

И уж совсем безосновательно писать, что Майер-Гросс в указанной работе “может ввести практических психиатров в заблуждение некоторыми неслучайными противоречиями”. Между тем, именно эту работу в 2000 году перевел на английский язык и опубликовал как высоко значимую журнал “PPP”¹, посвятив значительную часть выпуска ее содержательному обсуждению. Письмо В. Г. побудило нас перевести и опубликовать несколько работ британских психиатров из этого выпуска — Донимико Бира, Мартина Рота и переводчицы этой работы Майер-Гросса на английский язык Сулы Вольф, чтобы ввести в клиничко-психопатологический оборот отечественной психиатрии феноменологическую дифференциацию состояний экстаза и аномального счастья как клинически значимых. Все они помещаются в этом выпуске журнала.

¹ “PPP” — Philosophy, Psychiatry & Psychology, 2000, v. 7, N 4, главный редактор Билл Фулфорд — член международного редакционного совета по феноменологической психиатрии нашего журнала.

“Новое” в психопатологии

По поводу публикации В. Г. Остроглазова и О. В. Мецериной “Симптомокомплекс déjà vu у подростка с ранней параноидной шизофренией” в рубрике “Клинические разборы”. (Независимый психиатрический журнал, 2009, № II).

Прежде я неоднократно отмечал, что публикуемые в НПЖ клинические разборы неизменно вызывают у меня интерес, и при знакомстве с ними нередко возникает желание принять участие, хотя бы заочное, в обсуждении приведенных в них случаев.

Данный клинический разбор привлек мое внимание уже самим названием, так как его формулировка невольно вызвала вопрос о том, что же хотят продемонстрировать авторы на примере больного Павла Х. — 1) шизофрению, протекающую с симптоматикой déjà vu, то есть свойственную этому заболеванию, либо 2) сочетание шизофрении и иного психического заболевания?

Не останавливаясь пока на объемной текстовой части разбора, сразу обращусь к заключению, в котором отражена авторская позиция, содержащая первый вариант ответа на мой вопрос. Оказывается, вопреки всем канонам психиатрии, по утверждению авторов разбора, “Сложный симптомокомплекс дежавю, включающий и состояния жаме-вю, входит в клиническую картину шизофренического процесса”. Причем это не просто констатация факта, но и, судя по вытекающему из утверждения выводу, целая концепция: “Выявление феноменов дежавю, исследование их структуры и динамики имеет практическое диагностическое значение” и т.д. Вот в этом я и усматриваю новую трактовку психопатологии. До сих пор считалось, и никто пока иного не доказал, что данный феномен имеет эпилептическую (органическую) природу. Думаю, что нет необходимости перечислять учебники и руководства, содержащие эту аксиому.

Теперь вернусь к тексту разбора. Полагаю, что в нем со-держится второй вариант ответа. То есть речь идет о сочетании процессуального заболевания и органического заболе-

вания головного мозга, которому как раз и свойственны разнообразны проявления феномена дежавю. Однако органическому поражению головного мозга авторы не придали, по моему мнению, должного значения. По крайней мере, ни в обсуждении, ни в диагностических формулировках оно не фигурирует.

Наряду с этим об органическом заболевании головного мозга у Павла Х. говорят имеющиеся в тексте разбора как клинические данные (“Память и интеллект снижены”), так и результаты дополнительных методов исследования — заключение невролога, ЭЭГ.

Из текста же разбора следует, что больной с детства в течение длительного времени интоксцируется высокотоксичными веществами, а также в 8 лет имел травму головы с сотрясением головного мозга (запись невролога). По всей видимости, названные патогенные факторы и явились причиной развития у него органического поражения головного мозга, вызывающего пароксизмальные расстройства в виде дежавю.

Данный клинический разбор лишний раз подтверждает нашу позицию о доминировании в психиатрии моноэтиологического подхода, согласно которому вся симптоматика, которая выявляется у больного, рассматривается как принадлежащая одному заболеванию, хотя, как мы видим в данном случае, это далеко не всегда так. У одного больного может быть и два и три разных психических заболевания. Именно их сочетания, как говорит наш консультативный опыт, чаще всего и вызывают диагностические трудности, в связи с чем врачи представляют таких больных для коллегиального обсуждения.

Профессор Б. Н. Пивень (Барнаул)

ЛЕКЦИИ

О депрессиях в общемедицинской практике (клиника, психопатология, диагностика)¹

В. Г. Остроглазов

“До недавнего времени мы делили медицину на две отрасли. Одна, общая медицина, занималась изучением тела (сомы), другая — души (психе). В результате общая медицина превратилась в благородную форму ветеринарии, а психиатрия осталась в области метафизики». Это замечание философа Альфреда Кожибского особенно актуально в отношении нашей темы. Депрессиями, которые относятся к компетенции психиатров, занимаются все: психологи, психотерапевты, психоаналитики. В МКБ-10-ВОЗ, утерявшей понятие болезни, патологического процесса не разберешь, чем отличается депрессия от естественной психологической реакции горя. Поэтому освещение нашей темы пройдет под знаком возвращения депрессии в сферу общей патологии. Мое сообщение опирается на клинко-эпидемиологические данные НЦПЗ РАМН последних десятилетий и, также, на собственный опыт.

“Кому неизвестна “меланхолия” — состояние подавленности и тоски, возникающее по ничтожному поводу или без него, чтобы продержавшись несколько часов, иногда день или два, а то так неделю и больше, бесследно исчезнуть?.. Душевный мир многих из нас периодически подвергается вторжению этого незваного гостя, немедленно перекрашивающего в серые и черные тона все наши восприятия. И порой душой овладевает столь мучительная тоска, что смерть кажется лучше жизни”. Это образное описание депрессии проф. П. М. Зиновьевым гораздо ярче энциклопедических определений. Термин депрессия в медицине применяется обычно для обозначения широко распространенного психического расстройства с печальным настроением и понижением жизненных чувств, подавленностью, безнадежным восприятием будущего, заторможенностью воли и самоуничижением. Но какова распространенность депрессий?

Распространенность депрессий в населении мира — 5 %; среди пациентов общемедицинской сети — 15 – 25 %; риск развития депрессий в течение жизни каждого человека — 15 – 20 %. 15 % больных депрессиями совершают суицидальную попытку.

Эти цифры говорят о большой распространенности и чрезвычайно большом социальном значении проблемы депрессий, особенно их стертых, циклотимных форм. Не случайно, в настоящем образовательном курсе более 40 % сообщений посвящены именно депрессиям.

Теперь, обратим внимание на факт весьма большой распространенности атипичных, т.н. маскированных депрессий (МД), которыми страдают 15 – 25 % пациентов общемедицинской сети. К клинической картине этих депрессий я вернусь позже. А сейчас в этой связи важно подчеркнуть, что начиная с монографии “Циклотимия” 1914 года Ю. В. Каннабиха и до клинко-эпидемиологических исследований ВНИЦПЗ АМН СССР (диссертация Паничевой и др.) установлен факт редкости классической депрессии и классического МДП и, напротив, подавляющего преобладания в населении именно атипичных форм, субклинических, амбулаторных форм циклотимии и соматизированных, маскированных депрессий, которые почти не попадают в поле зрения психиатров психиатрических больниц и психиатрических диспансеров, но сосредоточиваются в первичном и госпитальном звеньях общемедицинской сети. И динамика этих форм не отличается периодичностью и циркулярностью, свойственным классическому циркулярному психозу или МДП, но сочетает черты интермиттирующего и ремиттирующего типов течения. С общепсихопатологической точки зрения это т.н. стертые или недоразвившиеся формы, формес фрустес, по Ю. В. Каннабиху и А. В. Снежневскому.

Итак, совершенно очевидно, что депрессия — психиатрическая проблема № 1. Но как ее диагностировать? Какова ее психопатологическая структура?

Структура депрессии обычно определяется ее триадой, которая включает аффективный, идеаторный и моторный компоненты. В зависимости от выраженности ее отдельных компонентов подразделяются депрессии, представляются их типологии и классифика-

¹ Эта лекция прочитана автором 17.10.2008 г. в рамках образовательного курса, который проводился Главным медицинским управлением и Учебно-научным медицинским Центром Управления делами Президента РФ для психиатров, невропатологов и врачей общей практики Москвы, Московской области и Центрального федерального округа. Приводится без рисунков и таблиц.

ции. Однако, ни один из этих компонентов сам по себе не говорит о патологической, болезненной природе депрессии и, следовательно, не имеет диагностического значения. Во-первых, “тоска”, “грусть”, “апатия” и “тревога” — все это обыденные проявления психологической жизни здорового человека. Во-вторых, при депрессии, меланхолии чаще всего нет “тоски”, напротив, как заметил Шульте, депрессивный больной не в состоянии печалиться. Что же свидетельствует о болезненной, патологической природе депрессии? — Именно витальность аффекта и выраженность вегетосоматических расстройств определяет патологический характер депрессии, которую надо лечить, лечить как заболевание мозга.

Схематически патологические нарушения психики могут быть представлены в виде последовательных кругов: от начальных психических расстройств к все более глубоким уровням психопатологических нарушений по А. В. Снежневскому, — от витальной астении, сенестопатий к аффективным (в т.ч. депрессии) и аффективно-бредовым синдромам. Обратите внимание! Сенестопатии, называемые в современной психиатрической литературе, в т.ч. в МКБ-10-ВОЗ, соматическими симптомами депрессий, в действительности относятся не к соматическим, а к психическим нарушениям. Они представляют собой эндогенное расстройство т.н. общей или внутренней чувствительности. Это и есть витальность — ключевой момент в диагностике классических эндогенных депрессий и их скрытых, маскированных, соматизированных форм. Здесь следует отметить вклад выдающегося русского интерниста Д. Д. Плетнева в историю учения о маскированных депрессиях: его работу “К вопросу о “соматической” циклотимии”, опубликованную в 1927 году. Проф. Плетнев заключил, что соматические и психические симптомы, наблюдаемые в различных качественных и количественных сочетаниях у разных больных, внутренне связаны между собой. Те и другие являются одновременно выражением патологического процесса. Выделение соматической циклотимии подчеркивает необходимость совместного и одновременного изучения соматической и психической симптоматики, внутренне между собой связанных. Как нет соматических болезней без психических отклонений, так нет и психиатрических заболеваний, изолированных от соматических симптомов: “Всякий больной есть страдающее психосоматическое “Я”.

Теперь, с этой точки зрения посмотрим на психопатологическую структуру депрессий. Она включает: 1) витальные соматосенсорные расстройства (сенестопатии и патологические нарушения мышечной чувствительности), 2) аффективно-идеаторный компонент, 3) вегето-соматические нарушения.

Такова универсальная 3-хчленная структура любой депрессии, и классической, и ларвированной, но при них различен акцент, звучание этих компонентов.

И в зависимости от выраженности витальности смещается структура депрессии в сторону телесности — соматопсихики, по Вернике, — а сама депрессия становится парадоксальной по отношению к своему классическому определению: эндогенная депрессия в отличие от реактивной или мотивированной депрессии определяется как витальная и немотивированная, а здесь при ларвированной форме, оставаясь витальной, она становится мотивированной для пациента, то есть понятной как естественная реакция на ощущаемую в теле болезнь. Вслед за пациентом и врач общей практики предполагает соматическое заболевание, поэтому подавленность и тревога больного не распознаются врачом как симптомы депрессии.

Диагностически более прост 3-й компонент — “вегетосоматические нарушения” — это объективно наблюдаемые функциональные расстройства органов и систем, которые могут быть зарегистрированы объективными методами.

Гораздо сложнее 1-й компонент — “витальность”, но именно он имеет ключевое значение для диагностики эндогенных, скрытых депрессий. Поэтому на нем необходимо сосредоточиться. Витальность как понятие взятое Куртом Шнайдером у Макса Шелера, это патологическое расстройство ценестезии — сенестопатия. Но кроме того, в этот компонент входит также патологическое нарушение мышечного чувства — “темного чувства” Сеченова.

Итак, переходим к сенестопатиям (далее, С), которые, кстати, являлись предметом исследования моей первой диссертации. Вот мое определение С 1975 года. Сенестопатии (от греч. сенестезия — общая чувствительность, и патос — болезнь, страдание) — патологическое расстройство общей чувствительности. Это разнообразные, крайне тягостные, неопределенные ощущения, например, стягивания, давления, распирающие, жжения, щекотания и т.п. в разных частях тела, тревожащие своим упорством и не имеющие в своей основе телесных причин.

Термин С связан с именами французских психиатров Дюпре и Камю, предложившими его в 1907 году. Однако, в исторической действительности это понятие за 82 года до французов определил русский врач Андрей Солнцев, который защитил как раз на эту тему диссертацию в Московском Императорском Университете в 1825 году. Ему также принадлежит приоритет обоснования центральной природы сенестопатий (в отличие от противоречивой позиции Дюпре и Камю, которые говорили о двойственной — центральной и периферической — природе С).

Центральную мозговую природу С отстаивал выдающийся советский психоневролог проф. М. И. Аствацатуров, который внес весомый вклад в учение Хеда и Ферстера о протопатической чувствительности. По М. И. Аствацатурову, основным видом чувствительности человека является эпикритическая, тонкая дискриминативная чувствительность, но она

базируется на более древней, протопатической чувствительности. Биологическая эволюция рецепторной функции состояла в выработке тормозящего влияния на протопатическую чувствительность со стороны развивающейся эпикритической чувствительности. Клинические проявления протопатии при органических поражениях — следствие регресса функции. Протопатическая чувствительность представляет собой “лишь аффективное переживание неприятного чувства”, связанного с резкими термическими и болевыми воздействиями, и поэтому ее можно обозначить как аффективную, патическую или ноцицептивную чувствительность². М. И. Аствацатуров подчеркивал при этом, что протопатическая чувствительность не идентична аффекту и в своих субъективных проявлениях представляет смутное недифференцированное глубинное переживание, в котором спаянность и нераздельность элементов эмоции и чувствительности соответствует биологической родственности их корней. Исходя из этого и касаясь природы общего чувства (ценестезии), М. И. Аствацатуров подчеркивает несводимость его к органической чувствительности и дает определение сенестопатии, которое по праву может считаться классическим. “Койнестопатия или расстройство общего чувства состоит в необычных неприятных ощущениях и представляет собой не чувство боли, а переживание, существенный элемент которого составляет чувство беспокойства или страха, являющееся следствием мучительной необъяснимости испытываемых необычных ощущений”.

Выделим главные признаки сенестопатий, отличающие их от соматически обусловленных алгий.

1. Мучительные необычные, трудно выразимые ощущения, не свойственные соматической патологии.

2. Не имеют алгического характера. В них слиты черты ощущений и эмоций. Необычная проекция.

3. Насыщенность нарастающей тревоги с поиском причин “болезни” — до панических атак с танатофобией или диспсихофобией (по А. К. Ануфриеву).

4. Выражаются богатой гаммой ощущений с признаками экстрачувствительности: осязательными, термическими, механическими, пространственно-геометрическими — до ложных внутренних предметных восприятий (эндосоматические псевдогаллюцинации).

5. Часто присутствие витальной гиперпатической астении.

6. Отличаются от органных болей своеобразной топографией и динамикой: изменчивы по качеству ощущения, подвижны, меняют проекцию, подвержены суточным колебаниям интенсивности.

² Термин “ноцицептивная” чувствительность, заимствованный М. И. Аствацатуровым у Шеррингтона, означает психический коррелят разрушительных воздействий на организм, примитивную память следов ощущений, которые в прошлом были критическими в смысле губительности их для индивидуума или для вида.

7. локализация не соответствует топографическим зонам иннервации предполагаемой области поражения.

8. Аналгетики и ганглиоблокаторы путей болевой чувствительности — без эффекта, или незначительный эффект вследствие суггестии.

Разберем подробнее наиболее важные из этих пунктов. Пункт 2 — в сенестопатиях слиты нераздельно черты ощущений и эмоций тревоги и страха. Следовательно, последние не могут быть поняты и объяснены только как результат “мучительной необъяснимости испытываемых необычных ощущений”. При нарастании аффективной компоненты в расстройствах общего чувства сенестопатии могут принимать характер психалгии, настоящей душевной боли, которая самим пациентом воспринимается как душевное, а не соматическое страдание. Т.н. “витальная тревога” и “витальная печаль”, свойственные тревожным депрессиям, представляют собой сенестопатию, равно и такие эквиваленты депрессии как “тоска в животе” или “тревога в ногах”. Именно поэтому взрыв койнестопатии приводит к т.н. паническим атакам с танатофобией или диспсихофобией по А. К. Ануфриеву, как это показано в п. 3.

Теперь — п. 4-й, где говорится о жалобах, о целой гамме разнообразных ощущений, передающихся с роскошью образов и сравнений, как это подчеркнули Дюпре и Камю. Все эти осязательные, термические, механические, динамические, пространственно-геометрические ощущения вплоть до ложных предметных восприятий (т.н. эндосоматические галлюцинации) — все это не что иное, как ощущения, заимствованные из экстрачувствительности, т.е. из опыта внешних органов чувств, и перенесенной в область нашей внутренней телесной чувствительности, полностью лишенной процессов дискриминативного восприятия. Вот почему появление этих дискриминативных ощущений и восприятий свидетельствует о сенестопатиях, а не соматических алгиях. Поэтому локализация сенестопатий не соответствует топографическим зонам иннервации предполагаемой области соматического поражения (п. 7), а лечение аналгетиками и ганглиоблокаторами путей болевой чувствительности оказывается неэффективным (п. 8). По меткому выражению С. Корсунского, “сенестопатии представляют собой зарницы, отражения в соматическом зеркале где-то идущей грозы”. И эта гроза — в мозге.

Столь же трудно передается пациентами патологическое расстройство мышечного чувства. Мышечное чувство и в норме носит смутный неотчетливый характер — “темное чувство” Сеченова. Находясь ниже уровня активного внимания и сознания при здоровом состоянии, в патологии оно проявляется в виде тягостных неотступных ощущений мышечно-механического характера. Вследствие своей неопределенности и смутности оно с большим трудом описывает-

ся пациентами посредством образов и сравнений как что-то мещающее, неудобное, мучительно-нетерпимое или болезненное.

Это расстройство неотделимо от психомоторных нарушений и связано с мучительным мышечным беспокойством и непоседливостью как при акатизии, или, напротив — с чувством непомерной тяжести и разбитости в мышцах и болезненной неподвижностью (акинезия алгера Мебиуса) и застываемостью как при меланхолическом ступоре.

Итак, витальность — ключевое звено: а) при диагностике депрессии и отграничении от психологической реакции горя, б) при дифференциальной диагностике маскированных депрессий с органопатологией, с соматически обусловленными болями.

При МД наблюдаются расстройства мышечного чувства в широком диапазоне — от психологически понятной заторможенности, свойственной угнетенному настроению — до акинезии алгера Мебиуса, парализующих болей в спине и оцепенело-скованной меланхолии — меланхолия аттонита, которую следует дифференцировать с кататонией.

В отечественной психиатрии наиболее существенный вклад в исследование клиники и психопатологии МД принадлежит руководителю отдела внебольничной психиатрии ВНИИПЗ АМН СССР проф. Анатолию Кузьмичу Ануфриеву (1922 – 1992), у которого автору выпало счастье учиться при совместной работе в течение 17 лет.

В медицинской практике целесообразно подразделение МД по анатомо-физиологическим системам в зависимости от выраженности вегетосоматических расстройств, напр., МД., имитирующие патологию сердечно-сосудистой, дыхательной, желудочно-кишечной и т.д. систем. Нет такой системы, патологию которой не могли бы имитировать маскированные депрессии; их очень много. Поэтому остановимся на самых частых из них

При МД, имитирующих патологию сердечно-сосудистой системы, пациенты чаще всего жалуются на неопределенные тревожащие ощущения в груди, в области сердца и по ходу сосудов. Они называют эти ощущения “болями”, которые порой имитируют болевой синдром при стенокардии со сдавливанием в области сердца и иррадиацией в левую руку, лопатку или шею. Но в действительности, это сенестопатии, выступающие в едином комплексе с внутренним беспокойством и тревогой. При обострениях внезапно появляются устрашающие ощущения катастрофы в сердце, его остановки, страх внезапной смерти, а иногда и парадоксальные представления уже наступившей смерти. Объективно наблюдающиеся расстройства сердечно-сосудистой деятельности — аритмия, тахикардия, экстрасистолия, артериальная гипер- или гипотензия, а также переходящие сдвиги биоэлектрической активности на ЭКГ имитируют стенокардию, инфаркт миокарда, и требуют дифференциально-диа-

гностического отграничения. В общемедицинской практике при исключении органопатологии сосудов и сердца диагностируют вегето-сосудистую или нейроциркуляторную дистонию (по проф. Савицкому) с подразделением на гипо-, гипертонический и смешанный типы. А теперь с легкой руки бывшего психиатра Попелянского все валят в корзину “остеохондроза позвоночника” вплоть до витальных депрессивных и бредовых расстройств. Достаточно заглянуть в его 3-х томное “Руководство по вертебро-неврологии” 1983 года.

Принципы дифф. диагностики основываются на психопатологической структуре депрессии, структуре и динамике сенестопатий, которые являются центральным расстройством и лишь проецируются в сердце. В этом виде МД сенестопатии играют ведущую роль, тогда как в МД, **имитирующих патологию опорно-двигательной системы** ведущее место занимают расстройства мышечного чувства. Здесь самые частые диагнозы-маски это остеохондроз позвоночника и его неврологические осложнения. Во внутренней картине болезни у этих пациентов помимо витально-астенических и сенестопатических проявлений, имеются выраженные расстройства и обманы мышечной чувствительности (кинестезии), мышечно-суставного чувства и нарушения образа или схемы тела. Это тягостные неотступные ощущения мышечно-механического характера типа “натягивание”, “напряжение”, “сокращение”, “подергивание”, произвольное усилие, ощущение движения, мучительное беспокойство в руках или ногах, которое парадоксально облегчается при ходьбе — “синдром беспокойных ног”, как эквивалент депрессии. Порой при любом движении пронизывает парализующая острая боль — акинезия алгера Мебиуса. Такие ощущения сопровождаются объективными нарушениями произвольного движения и принятием вынужденных поз. Эти двигательные расстройства, выступающие в едином комплексе с массивными расстройствами мышечного чувства, гиперпатиями и сенестопатиями, указывают на общность центрального мозгового генеза всех этих симптомов.

И наконец, как бы промежуточное место между двумя этими видами МД занимают **депрессии, имитирующие дыхательную недостаточность.** Это потому, что наряду с расстройством общей чувствительности ведущее место занимают нарушения мышечного чувства дыхательной мускулатуры. Дыхательные расстройства при этом представляют собой разнообразные нарушения — от сравнительно легкого ощущения нехватки воздуха, возникающего вместе с дезавтоматизацией произвольного дыхания, до тяжелых приступов удушья, имитирующих астматический статус. В результате дыхание из бессознательного и произвольного становится постоянно произвольно контролируемым, навязчивым и тягостным, а внешне выглядит драматическим, порой карикатурным. Эти

состояния обычно сопровождаются идеей о кислородном голодании, которое будто бы может достичь критически опасного уровня, если ослабить производный контроль за форсированным дыханием. Поэтому характерно развитие навязчивого страха удушья — астмофобии; нередко пациенты боятся уснуть, чтобы не умереть от остановки дыхания. Это названо мной псевдосиндромом Ундины — из ложного ощущения утраты непроизвольного, автоматического дыхания³.

В западной психосоматической медицине эти состояния известны как психогенный гипервентиляционный синдром (ГВС). В действительности они относятся к маскированным депрессиям с затяжным, непсихотическим течением. Они так же имеют стержневую психосоматическую структуру из трех компонентов, в которой ведущую роль играют функциональные расстройства дыхания. “Ощущение удушья”

— церебральный симптом — первичное расстройство сенестезии и кинестезии дыхательных мышц. Это ощущение реальное, но идея удушья как дефицита кислорода ложная, мнимая, ибо никакой гипоксии и гиперкапнии при этом нет. Напротив, возможна гипокания, возникающая вторично вследствие гипервентиляции. В прогностическом отношении, в отличие от заключения сотрудников проф. А. М. Вейна (см. кандидатскую и докторскую диссертации Молдовану), важно подчеркнуть, что функциональные расстройства дыхания при ГВС, имитирующие бронхиальную астму, не ведут к бронхиальной астме и органическому поражению бронхо-легочной системы дыхания.

Таковы общая клиничко-психопатологическая структура маскированных депрессий и некоторые особенности, присущие наиболее частым из них в общемедицинской практике.

³ Эпонимический термин происходит из германской мифологии: супруг Ундины за неверность был проклят ею и лишен произвольного дыхания и вынужден все время бодрствовать, ибо уснуть для него значило умереть. Синдромом Ундины обозначают утрату автоматического дыхания вследствие разобщения дыхательного центра продолговатого мозга и спинальных мотонейронов дыхательной мускулатуры при сохранении связей последних с корой головного мозга. Больные с синдромом Ундины во время сна должны находиться на аппаратном дыхании.

12-я международная конференция по философии и психиатрии
ПОНИМАНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

22 – 24 октября 2009 г., Лиссабон, Португалия

www.inpp2009conference.enquiries

**Девятый международный форум
по расстройствам настроения и тревожным расстройствам**

11 – 13 ноября 2009 г., Монако

www.ifmad.org

Свидетельствует Наталья Горбаневская

Интервью Валерия Абрамкина 3 октября 2005 г.

Наталья Евгеньевна Горбаневская (1936 г. рож.) — поэт, переводчик и публицист, основатель и первый редактор “Хроники текущих событий”. Так назывался легендарный самиздатовский информационный бюллетень, главное издание советских правозащитников.

25 августа 1968 года, через несколько дней после ввода войск Варшавского договора в Чехословакию на Красной площади в Москве возле Лобного места 8 человек провели демонстрацию против вторжения. Протест длился всего лишь несколько минут и закончился арестом его участников. Пятеро участников демонстрации были сразу арестованы и потом приговорены к различным срокам заключения и ссылке. Наталья Горбаневская, принимавшая участие в демонстрации, оставалась на свободе дольше всех, до декабря 1970 года. Власти решили, что из-за ареста женщины, имеющих двоих маленьких детей, 4-х месяцев и 7 лет, на Западе может подняться большой шум. Дети подросли, и тогда Горбаневскую отправили в Бутырскую тюрьму. Следователи КГБ решили, что ее удобнее всего объявить сумасшедшей.

С января 1971 по февраль 1972 года она находилась на принудительном лечении в Казанской спецпсихбольнице и в институте им. Сербского в Москве, а потом отдана на попечительство матери.

В 1975 году Наталья Горбаневская эмигрировала в Париж, работала в еженедельнике “Русская мысль”.

В сентябре 2005 года приезжала в Россию, выступала в различных залах Москвы, читала свои старые и новые стихи.

Н. Г. Я очень не люблю рассказывать о своем психиатрическом опыте, потому что до сих пор об этом вспоминать тяжело. Когда я только вышла, просидев в общем очень недолго, я вышла с ощущением, что в моей жизни была какая-то черная дыра, которую я вспоминать и углублять не хочу. У меня с друзьями на эту тему были только очень краткие разговоры, и часто я говорила: не хочу, не хочу об этом говорить. Но когда в конце 1975 года я выехала на Запад, я выезжала, зная, что мне придется об этом говорить. Потому что другие люди продолжают сидеть в психтюрьмах или сидят под опасностью признания их невменяемыми и отправки в психиатрическую тюрьму. То есть как это официально называлось, “психиатрическая больница специального типа”. И я с первого же ин-

тервью на радио “Свобода” что-то рассказала о том, что было со мной, и рассказала о двух людях, судьба которых меня тогда лично затрагивала. Первым был Юрий Белов, которого мне даже лично удалось навесить в Сычевской психиатрической тюрьме. И действительно, о нем почти никто не знал на Западе, я сделала все возможное, чтобы ему помочь, рассказывала потом о нем психиатрам, и скоро его выпустили, и он получил разрешение эмигрировать. Вторым человеком был Вячеслав Игрунов, которого тогда экспертиза института Сербского признала невменяемым с направлением в спецпсихбольницу. После того как я о нем выступила, кассационный суд заменил ему спецпсихбольницу на общего типа. Опять-таки, я сделала все, чтобы его имя стало известным. А общая больница, даже принудительное лечение, — это уже легче. И главное — это всегда получается короче. И потом 10 лет, с 76 года, когда я приехала во Францию, до 86 года, я все время рассказывала... я говорила о всех наших заключенных, но главным образом о своем опыте, о психиатрических тюрьмах, о таких людях, как Ольга Ножак, сидевшая в Казанской спецбольнице с 1955 года, о Любе Цыганковой, из Истинно-православной Церкви, сидевшей там с 58 года. А я там была в 1971 году. Любину судьбу я не знаю, а Ольга так и умерла в психтюрьме в 1983 году. Это я узнала гораздо позже о ее смерти. Надо сказать, что после того, как я начала везде рассказывать о женских отделениях Казанской психиатрической тюрьмы, женское отделение расформировали, или по крайней мере политзаключенных раскидали по другим тюрьмам, и никто не знал, где они находятся. Я говорила тогда о том, что в 68 году к нам дошли слухи о существовании Благовещенской психтюрьмы, и в ней тоже сидят политические. Я десять лет рассказывала о том, что было самым страшным в психиатрической тюрьме. Во-первых, лечение как таковое, то есть галоперидол, который давали всем политическим. Я практически не знаю никого, кому какой-то срок его бы не давали. В Казани его давали всем политическим от начала до конца “лечения”. Это лекарство против бреда, “голосов” и галлюцинаций, а нигде у меня в диагнозе не указано ни бреда, ни “голосов”, ни галлюцинаций, и ни у кого, кого я там знала, это не было указано, но у меня есть совершенно четкое ощущение, что это лекарство давали не столько ради его прямого действия,

сколько ради побочного его эффекта. А второе, что самое страшное — это неопределенность срока. Вообще в лагерно-тюрьменном мире спецбольницы называли “вечной койкой”. Вечная койка — это звучит уже довольно страшно. Каждое утро (и это не только мое ощущение, это мы потом сверяли мои ощущения с Володей Буковским, когда он выехал), каждое утро начинается с того, что ты просыпаешься и думаешь: я уже сошел с ума или еще нет? И думаешь: но если я уже сошел с ума, то наверное, я думаю, что еще не сошел с ума. А от этого можно сойти с ума. Я например, встретила женщину из Молдавии, которая там была 8 лет. Она (тут я могу сказать, не боясь ее обидеть) она уже потеряла рассудок. Но я не знаю, когда она потеряла рассудок, была ли она сумасшедшей до ареста или это с ней стало там. Я думала: выйду ли я отсюда когда-нибудь, когда я выйду, какой я выйду... И выйдя за ворота тюрьмы, смогу ли я понять, что я вышла на свободу, смогу ли я различать свободу и тюрьму. От этого всего можно так со всех катушек слететь... И действительно, мое счастье, что я пробыла сравнительно недолго, то есть я просидела два года два месяца, из них год с небольшим в общей сумме в Казани и в институте Сербского. Поскольку за меня шло какое-то особенно мощное движение защиты, которое здесь начали Татьяна Великанова и Вера Лашкова, потом продолжил Буковский, надо сказать, при огромной помощи Софьи Васильевны Каллистратовой, моего адвоката. И мое дело было документировано в документации Буковского лучше всего, и западные психиатры начали за меня борьбу.

Действительно, когда приехала комиссия в Казань, и по сроку моего пребывания в Казани меня вообще не должны были на эту комиссию ставить, но меня все-таки поставили, было видно, что им надо меня освободить, надо это как-то сделать. Я не знала тогда, что у них скандалы со Всемирной психиатрической ассоциацией, что это идет такое широкое движение в мою защиту. Я только потом узнала об этом, когда меня привезли в Бутырку, чтобы снова освободить через Институт Сербского. Там на прогулке какой-то парень, когда я сказала, кто я, откуда... он сказал: так про вас была огромная статья в “Литературке”, про вас про всех. Эта статья была, конечно, в связи со съездом Всемирной психиатрической ассоциации. Да, еще про эти лекарства, про этот паркинсонизм, от которого у меня было такое! Я начинаю страницу читать, мне дали журнал “Юность” с новым романом Стругацких, я дохожу до конца страницы и не помню, что было вначале. У меня не было дрожания рук, как было у моей подруги Оли Иоффе, но я чувствовала себя все время скованной, я выходила на прогулку и начинала бегать по кругу, чтобы скинуть с себя эти невидимые цепи. И потом, это страшное ощущение, когда все время подозреваешь себя в потере рассудка, в незамеченной потере рассудка. 10 лет

я рассказывала, в 86 году в Париже был съезд, который организовали “Международная амнистия”, католическая “Ассоциация против пыток”, еще целый ряд организаций и комитеты психиатров. И психиатрические репрессии были признаны родом пыток. Я выступила на этом конгрессе, я что-то рассказала, и потом сказала: я 10 лет говорю об этом, я действительно считаю это пыткой, но за 10 лет рассказывать об этом стало для меня пыткой. Я говорю об этом в последний раз. И все-таки это не был последний раз. Потому что вскоре было 25-летие Международной Амнистии, и Французская Международная Амнистия сказала: мы знаем, что вы не хотите больше выступать, но мы просим вас, мы делаем фильм... Еще раз я рассказала, и на этом остановилась. В последние годы я об этом рассказывала, когда это было российское телевидение... но редко, очень редко. Я сейчас опять рассказываю, прежде всего в связи с выходом книги моего покойного друга, смею его так называть, хоть мы и недолго были знакомы — Виктора Некипелова. Эта книга — “Институт дураков”, единственного человека, который так подробно рассказал об институте Сербского.

В. А. А какие-то подробности расскажите о своем “деле”. Какой диагноз вам ставили и как.

Н. Г. Могли быть некоторые основания для того, чтобы считать мой диагноз обоснованным. Поскольку у меня в 58 году было не знаю что... что-то я почувствовала: нехорошо мне. Я работала в библиотеке, и вдруг обнаружила, что не могу трогать бумагу, то есть не могу работать. Пошла сама в психиатрическую больницу на две недели. Почувствовала, что мне в больнице становится только хуже, и ушла оттуда. Там мне поставили диагноз “шизофрения” под вопросом. После чего я была под наблюдением психдиспансера. Врач, который меня регулярно наблюдал, всегда мне говорил: я в диагнозе “шизофрения” сомневаюсь совершенно, у вас был психотический эпизод. Но тем не менее я оставалась на учете. В 1968 году, после демонстрации, в которой я участвовала, я единственная из участников осталась тогда на свободе, если не считать Таню Баеву, которую мы уговорили сказать, что она была не участником, а присутствовала там. Я единственная осталась на свободе, поскольку я и на Красной площади была с маленьким ребенком грудным, которого я не могла оставить, потому что я его кормила. И меня направили на амбулаторную экспертизу в институт Сербского. И в институте Сербского мне тогда поставили замечательный диагноз, над которым я долго потом смеялась в своей книге “Полдень. Дело о демонстрации на Красной площади 25 августа 68 года против вторжения в Чехословакию”. Диагноз звучал так: “Возможность вялотекущей шизофрении не исключена”. После этого той же бестрепетной рукой было написано: нуждается в лечении в психиатрической больнице специа-

льного типа. Что значит: не исключена возможность вялотекущей шизофрении? У кого она исключена? У любого нормального человека возможность того или иного психического заболевания не исключена. Но когда мне ставили окончательный диагноз опять в институте Сербского, на длительной экспертизе, мне написали просто “вялотекущая шизофрения”. Интересно, что перед этим был такой странный эпизод. Примерно за месяц до моего ареста, то есть между обыском, который был в октябре, и обыском, и арестом, который был в декабре (это был 69 год), год с лишним после демонстрации. Мне вдруг позвонили из диспансера и сказали: срочно прийти в диспансер. Я не помню, по телефону сказали или когда я уже пришла, мне сказали: мы хотим снять вас с психиатрического учета. Я говорю: я очень рада. — Вот тогда-то будет большая комиссия. Была большая комиссия во главе с главным психиатром Москвы (фамилию не помню), которая вынесла такое соломоново решение: данных за шизофрению нет, но пока на психиатрическом учете оставить. Я думаю что в этот момент где-то наверху решали, что со мной делать (решение о моем аресте было принято давно, просто ждали, когда мой младший сын подрастет настолько, чтобы меня было не неприлично арестовывать). Но еще не решили, как меня: признавать вменяемой или невменяемой. И когда меня арестовали, видимо, твердо еще не было решено. Потому что у меня было всего два допроса, а потом меня как бы забыли.

В. А. Одну секунду... а за что вас арестовали, по какой статье?

Н. Г. Меня арестовали по статье “190-прим”, изготовление и распространение заведомо ложных измышлений, порочащих советский государственный и общественный строй”. И плюс к этому у меня была уже чисто уголовная статья номер ее, кажется, 191 — нападение на представителей органов охраны порядка, при исполнении служебных обязанностей. Нападение у меня было нечаянное... Следователь на суде признал, что оно было нечаянное, тем не менее статья осталась. Ситуация была такая. Я во время обыска нашла давно пропавшую бритву и начала чинить карандаши для своего сына старшего. И вдруг следователь мне показывает бумаги и спрашивает: а вот это как записать в протокол? Я вижу у него в руках рукопись: моей рукой переписанный “Реквием” Ахматовой, но со сделанным ее рукой титульным листом. Я кинулась к нему, чтобы вырвать у него.

Потом был такой эпизод... пришел на мой допрос какой-то зам. или пом. прокурора города Москвы, поскольку у меня следствие вела прокуратура, а не КГБ, то есть кто-то их из КГБ курировал... Вела прокуратура, хорошо мне знакомая по делу о демонстрации следователь Акимов, и пришел какой-то зам. или пом. прокурора. Он так и говорил: вы так и просидите всю жизнь по лагерям и психбольницам. Я так еще поду-

мала: так по лагерям или по психбольницам? Что вы, господа, со мной хотите сделать? Я подозреваю, что тут может быть, я сама допустила промашку. Камера, в которой я не только это понимала, что есть стукачи, но знала, сидела по крайней мере, одна “наседка”, а может быть и две, я там говорила, что лагеря не боюсь, а вот психтюрьмы боюсь. Может быть, это и решило мою судьбу.

В. А. А про Виктора Некипелова не можете что-то сказать? Вы с ним познакомились здесь, в России?

Н. Г. Нет, мы с ним познакомились здесь, в Париже. Он уже был тяжело болен. Помню первое впечатление, мы так с ним нежно встретились, ну вот как брат с сестрой. А потом уже он болел, и мы же знаем, как его болезнь возникла. Как у него обнаружили канцерофобию, а у него был рак, и развивался, развивался. Хотя мы, действительно успели очень мало увидеться, но у меня к нему сохранилась очень большая нежность, как к человеку, хотя, по счастью, не получившему той моей судьбы, но бывшему на ее грани. Понимаете, у меня ко всем поделникам по демонстрации отношение такое... как братья и сестры. Но, скажем, с Виктором Файнбергом у меня особо близкие отношения, поскольку он еще прошел психтюрьму ленинградскую. Правда, ему было лучше, хотя он гораздо дольше сидел, чем я, но к нему гораздо меньше применяли лекарственное лечение, и кроме того, с ним и с Володей Борисовым был фантастический случай. Они объявили голодовку, а голодовка, простите, в психтюрьме это — чистый симптом заболевания. И в Ленинград приехал профессор института Сербского Ландау, которого Витя Некипелов тут оценивает очень резко и очень критически, и этот самый Ландау написал, что объявление голодовки Файнбергом и Борисовым не следует считать психиатрическим симптомом. Бывали и такие чудеса.

Кстати, Володя Буковский говорил, например, что совершенно тайно политзаключенным, находившимся в институте Сербского, помогала Тальце — известный врач, которая формально фигурировала только как один из врачей-губителей. Одним из самых интересных в смысле историй и самых трагических случаев было как раз дело Ольги Ножак, с которой я встретилась в Казани, потому что в 55 году она села ровно за это — протест против психиатрических репрессий. Мы в 68, в 69 году в “Хронике” писали, что, опять-таки по слухам, или по каким-то редким, не вполне достоверным сообщениям, во всех приемных московских центральных учреждениях, то есть Президиума Верховного Совета, ЦК и т.п. дежурит психиатрическая скорая помощь, которая жалобщиков просто увозит. Тогда это еще не было известно достоверно. Так вот, Ольга Ножак в 1955 году встретилась именно с такими случаями, и именно против этой практики протестовала за много лет до того, как мы об этом услышали. И вот, ее в 55 году посадили еще по статье

58-10, и в 83 году она, так и не выйдя на волю, умерла. И я ее видела в 71 году в Казани, и она была человеком в ясном уме и здоровой памяти или, если хотите, в здоровом уме и ясной памяти. Она когда-то прочла в газете историю Алика Вольпина¹. При встрече она меня сразу спросила, знаю ли я его. Для меня это была просто полная фантастика, что человек, который боролся против этого 16 лет назад, до всякого 20 съезда, до перемены Уголовного Кодекса. Правда, я должна сказать, что перемена уголовного кодекса не произвела особого впечатления на сотрудников Казанской психтюрьмы. Да я думаю, и на сотрудников института Сербского. Когда я была в Казани, там было два женских отделения: одно более тяжелое, а другое как бы более легкое. Там можно было по коридору ходить. Потом нам даже поставили телевизор, это было как раз при мне, и где-то между ужином и отбоем примерно час его можно было смотреть. То есть просто предел либерализма и гуманности. Я все время хотела перейти в то отделение, тем более внизу мы все время были только с Олей Иоффе. Там была еще одна девочка из Сыктывкара, Лиза Матрохина, но мы встречались только на прогулках. А наверху была Лера Новодворская, которую я еще не знала, и была одна уголовница, подруга по Бутырке. И мне очень хотелось туда перейти. Эту уголовницу от меня очень оберегали, чтобы я не оказала на нее плохого влияния. Но я долго добивалась перевода, наконец, меня перевели. И вот первая моя встреча с зав. отделением. Я сижу напротив нее. Она говорит: “Ну, Наталья Евгеньевна, такого антисоветчика мы еще не видели”. Я говорю: “Ну помилуйте. У меня и статья — 190. Вот у вас Лера Новодворская, Оля Иоффе сидят с 70-й. Она на меня посмотрела и сказала: “Что 70-я, что 190 — все одно: 58-10”. Это было в 1971 году, через 10 лет после выхода нового УК, через 12 лет после отмены статьи, т.е. когда вышли поправки. Тем не менее в сознании их она жила так же точно, я думаю, так же она жила в сознании врачей института Сербского. И может быть, они действительно помнили старые времена, когда человека по статье 58-10 можно было спасти от лагеря психиатрической статьей. Во-первых, тогда не было этих жутких лекарств, начнем с этого. В психтюрьмах не было голода. Там люди не мерли как мухи, просто от голода и холода, и общих работ.

В. А. Гершуни рассказывал, что его спасли тогда.

Н. Г. Вот, я как раз хотела привести пример молодого Володи Гершуни, когда его, мальчишку, действительно спасли... Просто его солагерники выдвинули на это к врачам. Потому что ему грозил чуть ли не расстрел. От расстрела спасти — это благое дело. Понимаете, может быть, еще в начале 60-х годов после знаменитой фразы Хрущева, что у нас нет политзаключенных, а есть уголовники и сумасшедшие, и когда

пошла эта линия на сумасшествие, первые годы психиатры могли еще обольщать себя надеждой, что они спасают людей, иллюзией. Я думаю, что к концу 60-х, после Андропова на посту председателя КГБ и после того, как это признание политических невменяемыми начало превращаться в систему, это заблуждение стало нетерпимым... в худшем случае его не было, и был чистый цинизм, в лучшем случае это был самообман. Я думаю, что у Даниила Романовича Лунца это был чистый цинизм, это был человек крупной стратегии, которую он в эти годы объяснял в интеллигентском кругу, а он был человек из такого круга, из интеллигентной семьи, правда, говорят, родители боялись при нем вести откровенные разговоры... Так вот, он объяснял: “Ну мы же их спасаем!” Ну вот, что тут еще скажешь. Я хотела досказать немножко про мой диагноз. Вот, мне на окончательной экспертизе в апреле 70 года уже поставили: “Вялотекущая шизофрения. Нуждается в направлении на принудительное лечение в психиатрическую больницу специального типа”. Потом, когда в 75 меня выпустили в эмиграцию, я приехала на Запад, и я встречалась неоднократно с британскими психиатрами, больше всего с французскими. Там был комитет французских психиатров. Я с ними встретила очень скоро в первый раз после отъезда, потом еще не раз встречалась, а потом, когда в 77 году был новый Конгресс Всемирной ассоциации, то здешние, советские психиатры, пренебрегая, кстати, врачебной тайной, на которую они так любят ссылаться, они прислали наши акты экспертизы на Запад. И вот мы сели с этими французскими психиатрами и изучали подряд, страница за страницей, мой акт экспертизы. Там, в частности, было написано, там, где они описывают анамнез: “Не будучи замужем, родила двух детей”. Во Франции это вызвало у психиатров просто реакцию “Это не должно вообще быть записано”. Ну, эта знаменитая фраза, которую я больше всего люблю в акте экспертизы. Там есть две знаменитые фразы. Одна — “Судьба детей ее не беспокоит”. Ладно, это такое суждение... им кажется, что судьба детей действительно меня не беспокоит, они так подумали.

Но была такая фраза, которую я думаю, наши слушатели сейчас оценят: “Говорит монотонно”. Почему? Потому что они мне ставили диагноз, и нужно что-то придумать. Шизофрения поражает либо волю, либо интеллект, либо эмоции. Очень трудно было придумать что-то насчет воли и интеллекта. И тогда они мне записали “эмоциональное уплощение”. Говорит монотонно. Именно по этой же причине во время экспертизы мне не было задано ни одного вопроса о стихах. А я ужасно боялась, я уже готовилась... они мне скажут: “А вы считаете себя поэтом?”, — а я буду говорить: “Ну вы знаете, я пишу стихи, я ничего не считаю”, чтоб мне не приписали манию величия. В моих стихах в их природе никогда не существовало эмоциональной уплощенности. Вот это “говорит мо-

¹ А. Е. Вольпин — выдающийся математический логик, основатель правозащитного движения.

нотонно”. Ну и французские психиатры это тоже могли оценить. Мы весь этот акт экспертизы просто по пунктам разбирали... Причем больше всего пришлось смеяться им. Когда это кончилось, один из психиатров сказал: Ну, мы должны ехать к нашим советским коллегам на выучку, потому что перед нами чудесный случай излечения от шизофрении. Дело в том, что шизофрения настоящая, будь она вялотекущая или шустробегущая, она неизлечима. Ее можно смягчать, могут быть периоды ремиссии. Излечить от шизофрении нельзя, можно помогать шизофренику прожить свою жизнь, даже довольно полноценно. Ну вот, такая история с моим диагнозом. А потом действительно, Марат Вартамян, выступая по радио, которое вещало отсюда, то есть из Советского Союза на Францию, и франкоязычные страны, а это и Канада, и Африка, сказал, что вот очень многих диссидентов, кажется, он перечислил, кроме меня, Плюща и Файнберга, пришлось западным психиатрам класть в больницы, что было полным враньем. Никого из нас не пришлось класть в больницы. Я знаю случай человека, которого здесь в Союзе, бросали в психиатрическую больницу, но не через институт Сербского и не через суд — Юру Титова, который действительно мается по психиатрической больнице: выходит, потом снова ложится, и которому как-то французские психиатры помогают. Но о нем речь не шла, поскольку он через институт Сербского никогда не проходил. Это единственный случай, мне известный. Возможно, есть другие случаи. Вопрос следует ставить еще так, как ставил наш друг Алик Вольпин: он говорит, на самом деле неважно, здоровый ты или больной. За высказывание своих убеждений не должны судить ни здорового, ни больного. И я с ним согласна, но получилось так, что все время приходилось разбираться в этом вопросе: здоровый ты или больной. Потому что при этом нам обеспечивалась защита психиатров, а не только какой-то западной общественности, которая могла сказать: ну да, у нас такие порядки. А у них такие порядки, что их за слово могут посадить, значит, законно.

В. А. И вот мы с вами говорили по поводу того, что некоторые считают психиатрию лженаукой.

Н. Г. Я с этим встретила очень быстро. Я, приехав на Запад, узнала, что существует целое течение “антипсихиатрии”, с какими-то очень блистательными представителями, и эти люди пытались со мной встречаться. И я вдруг сразу поняла, что мне с ними не по дороге. Может быть, потому, что я действительно видела настоящих больных. Я, кстати, видела и здоровых уголовников, которые косили, и многим из них удавалось провести психиатров. Но я видела много, действительно, людей серьезно и тяжело больных.

В. А. И вот еще просьба. Вы могли бы прочесть стихи, которые написали там, в психтюрьме, которые передают ощущения узника?

Н. Г. Я должна сказать, что за два с лишним года, что я просидела, я написала всего шесть стихотворе-

ний. Мне писать было очень сложно, потому что я не пишу, я стихи для себя наговариваю. И потом только записываю. Когда я сидела в институте Сербского, я досочинила одно стихотворение. Начатое еще на воле. Два стихотворения я написала в тюремной камере, в Бутырках. А потом, и в институте Сербского, и в Казанской больнице, я не могла не то что наговаривать стихи, а даже тихо шевелить губами. Помните, как сказал Мандельштам: “губ шевелящихся отнять вы не могли”. Позже, вспоминая старые времена, я написала: “шевеливший тем, чего им не отнять”. Но вот, когда я находилась под психиатрическим присмотром, у меня эти шевелящиеся губы отняли, потому что я просто боялась, что если я буду шевелить губами, эти санитарки и сестры запишут: “Разговаривает сама с собой. Ухудшение состояния”. Это стихотворение с эпиграфом, который должен бы почти петься: “Судьба детей ее не беспокоит”. Это фраза из акта экспертизы. Я просто думаю, что в этом стихотворении действительно сказано все.

“Судьба детей ее не беспокоит”.

Эта фраза из акта экспертизы,
серебристым пропетая кларнетом,
утеряла окраску угрозы,
но не вылиняла добела при этом.

Хорошо, когда дышат за стеною
сыновья, а не сокамерницы рядом,
хорошо просыпаться не стеною,
глядя в явь, не пропитанную ядом.

Хорошо не ощупывать извилин,
нет ли сдвига, это ты или не ты, мол,
не осевший вдыхать из-под развалин
прах того, что дай-то Бог, невозвратимо.

Еще скажу о положении “невменяемых” уголовников, т.е. признанных невменяемыми. Я помню, Софья Васильевна Каллистратова, когда мы приходили, давала всякие советы. И потом говорила: “Все-таки помните, что ваши процессы, по сравнению с процессами уголовников, это — образец правозаконности”. Обращение с нами политическими невменяемыми, по сравнению с невменяемыми уголовниками, было тоже образцом правозаконности. Ни к одному из них не приходил адвокат, никогда ни к одному!

В. А. Следующим этапом улучшения тюремного содержания будет совместное содержание мужчин и женщин. Я скажу про швейцарские тюрьмы — это тюрьмы совсем открытого типа.

Я был в тюрьме открытого типа. Там количество самоубийств больше, чем в каторжной тюрьме. И вы понимаете, почему? Потому что стену он должен держать в голове.

Н. Г. Да, я понимаю. Но здесь есть еще такой момент — им легче покончить с собой. В каторжной тюрьме не дают покончить с собой.

100-летие Костромской областной психиатрической больницы

В начале 2009 г. Костромская областная психиатрическая больница отметила свое 100-летие, однако история психиатрии в Костромской области восходит к концу XVIII века к богадельне Костромской духовной консистории, где содержалось несколько душевнобольных. Постепенно количество больных увеличивалось, выделялись новые помещения, привлекались грамотные специалисты.

В конце XIX века по инициативе главного врача психиатрического отделения Ильи Сергеевича Лебедева в усадьбе Никольское начали строиться двухэтажные корпуса больницы, и в феврале 1909 года все больные были переведены из Костромы в Никольское, где им были обеспечены качественные условия для отдыха и трудотерапии, а также прогулки на свежем воздухе. Лебедев добился увеличения рабочих мест и заработной платы для младшего персонала больницы, организовал в отделении трудовую терапию: сапожную и швейную мастерскую, огородное хозяйство. Больница в Никольском удовлетворяла основным требованиям гуманной психиатрии: при лечебнице находились разнообразные мастерские, церковь, ферма, живописные сады для прогулок. Основная часть больных имела право выходить из лечебницы, свидания с родственниками разрешались ежедневно. Также больные имели возможность посещать церковь, участвовать в крестных ходах и престольных праздниках, соблюдать посты.

Отношение к больным было исключительно гуманным, а врачи пользовались неизменным уважением. История болезни именовалась не иначе как “скорбный лист”, а к главному врачу обращались “Ваше высокоблагородие” и подавали “прошение о выписке”. Врачам полагались удобные квартиры с отоплением и освещением.

Для детей служащих было устроен пансионат учащихся в Костроме. В больнице широко использовалась трудотерапия, получил распространение патронаж больных (в деревне Татариново в 4 км. от больницы). Крестьяне, которые поначалу с тревогой относились к тому, что рядом находится психиатрическая лечебница, постепенно успокоились, убедившись, что за больными ведется неусыпный надзор.

В 1911 – 1922 гг. главным врачом больницы был Павел Евгеньевич Снесарев, а в 1932 – 1938 гг. — Андрей Владимирович Снежневский.

Самыми тяжелыми для больницы стали годы войны. В 1942 году число больных достигло 1600 чело-

век! Все мужчины и почти половина женщин ушли на фронт, те, кто остались, работали сутками, без выходных. Больница была в ужасном состоянии, не хватало еды, одежды, обуви, света, лекарств, керосина. Одежду стирали золой, дрова заготавливали сами сотрудники больницы. Больные умирали от голода и дизентерии.

Когда наступил мир, коллектив бросил все силы на восстановление больницы, и скоро были открыты детское и диспансерное отделения, расширена территория больницы, в самой лечебнице созданы условия для амбулаторного и стационарного лечения больных с самыми разными формами психических заболеваний. В 70 – 80 годах сформировался коллектив высококвалифицированных врачей, который, благодаря усилиям главного врача Александра Анатольевича Трифонова, сделал больницу устойчивой ко всем испытаниям: она сумела перейти фактически на полное самообеспечение — своя прачечная, гладильная, огородное хозяйство, овощехранилище, построенное силами больных и строительного отдела, установки “соевая корова”, хлебопекарня. В 1998 году была восстановлена церковь больницы, в апреле 2007 года была запущена в эксплуатацию первая очередь 400 койечного корпуса, отремонтированы многие здания больницы, улучшена материально-техническая база лабораторий.

Сегодня больница обслуживает население области численностью 690 тысяч человек, занимает территорию в 13 гектар, и представляет собой самостоятельный работающий организм, одинаково хорошо справляющийся и с задачей лечения, и реабилитации, и даже обеспечения основных жизненных потребностей ее обитателей. Судебно-психиатрическое отделение проводит экспертизы для 5 близлежащих областей. Есть специализированное психиатрическое отделение для принудительного лечения больных, совершивших преступление и признанных невменяемыми.

Благодаря давней традиции регулярных разборов больных (в 1933 г. их ежемесячно проводил Лев Маркович Розенштейн), больница сохраняет высокий клинический уровень, любит и чтит своих консультантов, наиболее талантливым и именитым из которых был проф. Николай Георгиевич Шумский. Он несколько десятилетий щедро делился с сотрудниками больницы и молодыми специалистами своим тонким

клиницизмом, высокой эрудицией и неподдельным вниманием к больным.

Может быть, в значительной мере благодаря этому в Костромской областной больнице такое важное значение придается психиатрической социальной службе. Основными задачами службы являются защита социальных прав психически больных, помощь в бытовых и социальных вопросах, трудовая и личная реабилитация пациентов, улучшение качества их жизни. Тесное взаимодействие с органами социальной защиты позволяет защищать права больных в судебных органах, оформлять документы для помещения инвалидов в дома-интернаты, осуществлять помощь в оформлении гражданства, различных документов, пенсионного обеспечения или опеку-

ства. Для больных организуются терапевтические мероприятия, в том числе праздники и вечера отдыха, в стационаре больницы есть прекрасная библиотека, которой с удовольствием пользуются и пациенты, и сотрудники больницы. Достаточно сказать, что здесь сохраняется библиотека Юрия Владимировича Каннабиха.

Костромская психиатрическая больница — это, пожалуй, один из наиболее впечатляющих примеров прочности самых достойных традиций отечественной психиатрии — единства тонкого клиницизма с гуманным духом защиты интересов психически больных и хорошо продуманным автономным хозяйством. Сотрудники и персонал больницы любят и хорошо знают свою работу.

100-летие Санкт-Петербургской психиатрической больницы им. П. П. Кащенко

То, как 10 июня 2009 года было отмечено столетие Санкт-Петербургской психиатрической больницы им. П. П. Кащенко, вполне соответствует вкладу ее коллектива и ее главного врача О. В. Лиманкина в поддержание статуса этой больницы как показательной, какой она и начинала с самого начала своего основания усилиями Петра Петровича Кащенко и Владимира Михайловича Бехтерева. Больница по-прежнему обогащает отечественную практику организационными новациями.

Юбилей был ознаменован выпуском монографии о П. П. Кащенко к его 150-летию, написанной О. В. Лиманкиным и А. Г. Чудновских свежо и современно; прекрасно изданной с уникальной иконографией монографией О. В. Лиманкина об истории больницы, а фактически чуть ли не всей Санкт-Петербургской (с 1909 года) и ленинградской психиатрической школы, большинство представителей которой прошли через эту больницу или так или иначе были связаны с ней; а также двумя фундаментальными томами материалов под ред. О. В. Лиманкина юбилейной научно-практической конференции, многосторонне осветившей проблемы стационарной психиатрической помощи. Помимо отечественного опыта богато

представлен опыт стационарной психиатрической помощи зарубежных стран: Германии, Швеции, Норвегии, Финляндии, Эстонии, Канады, Фландрии и Бельгии, Японии, со многими коллегами из которых больница давно сотрудничает. Посещение больницы им. Кащенко оставляет впечатление элитного дома отдыха, чему содействует живописная территория и архитектурный ансамбль Сиворитской усадьбы.

Очень удачным было объединение 100-летнего юбилея больницы им. Кащенко и 150-летия П. П. Кащенко с выездным заседанием Президиума Российского общества психиатров и научно-практической конференцией с международным участием “Проблемы и перспективы развития стационарной психиатрической помощи”, где были представлены и Всероссийская организация инвалидов “Новые возможности” и Независимая психиатрическая ассоциация России.

Столетие Санкт-Петербургской психиатрической больницы им. Кащенко наглядно продемонстрировало какие результаты могут дать высокий профессионализм и преданность своему делу, когда они дополняются свободным поведением главных врачей с широким горизонтом.

Тюремная психиатрия в Бутырьках

Психиатрическая больница при ФБУ ИЗ-77/2 УФСИН России по г. Москве на 275 коек создана приказом министра юстиции РФ № 341 от 18.12.2002 г. В составе больницы функционирует два психиатрических отделения на 125 и 150 коек, где оказывается помощь содержащимся под стражей подозреваемым и обвиняемым, страдающим психическими расстройствами, поступившим для прохождения СПЭ в Центре им. Сербского, и — отдельно — прошедшим СПЭ и признанным невменяемыми до этапирования на принудительное лечение. На день посещения в больнице находилось 187 больных, из которых 89 прошли СПЭ.

8 лет назад наш журнал опубликовал на восьми страницах (НПЖ, 2002, 1, 45 – 52) ставшее знаменитым “Письмо из Бутырок”, датированное летом 2001 года, представляющее потрясающий документ чудовищности там происходившего, зафиксированного человеком незаурядного аналитического ума и художественного таланта, попавшего в одну из 39 камер для душевнобольных СИЗО 48/2, где сосредоточена почти вся тюремная психиатрия Москвы. К сожалению, об авторе, Александре Бирюкове, мы ничего не знаем. Но, судя по всему, это письмо сделало свое дело.

В течение всех этих 8 лет наши попытки попасть в это место ни к чему не приводили. Но 25 июня 2009 года это устремление исполнилось и без нашей инициативы. Вместе с сотрудником аппарата Уполномоченного по правам человека в Российской Федерации А. Ф. Бородулиным по мандату Уполномоченного и его предварительной договоренности я посетил это знаменитое учреждение. Нас очень доброжелательно встретили и показали все, что мы пожелали.

Разительный контраст с картиной, обрисованной в письме 2001 года, о котором напоминало состояние первого этажа огромного пятиэтажного здания, где идущий полным ходом капитальный ремонт только начался, сразу объяснил нам неожиданную открытость: отремонтированные этажи в самом деле хочется показывать.

Прежде всего, это свежий воздух, отсутствие спертости духа, от которого раньше в летние месяцы некоторые падали в обморок, выламывали рамы... Построена мощная общая вентиляция, повсюду установлены вентиляторы, совмещенные с ультрафиолетовыми светильниками, а яркое освещение и белоснежные зеркальные, но не скользкие, полы из особой прочной смолы создавали ощущение простора и свежести. Кубатура на одного больного теперь не менее пяти квадратных метров. Немало двухместных камер. Предусмотрены различные виды сигнализации. Имеются просторный прогулочный дворик на крыше, телевизоры в камерах, библиотека и даже священник. Име-

ется помещение с целой батареей стиральных машин, душевые. Параша осталась только в карцере, в каждой камере имеется закрытый туалет с унитазом, а в женских — даже с биде! Приобретено впечатляющее, рассчитанное на косвенное внушение медицинское оборудование: различные комбинации электроаккупунктуры, цветомузыки, лазерной и физиотерапии и т.п. В представленном нам списке используемых психотропных средств можно отметить достаточно разнообразный набор нейрорептиков, в том числе инъекционных пролонгов. Решительный перелом в царившем прежде положении больных наступил, по словам врачей, год назад. Больницу разгрузили, оборот больных ускорился до двух месяцев.

Бутырка — впечатляющий замок екатерининской эпохи, построенный по проекту знаменитого архитектора Казакова для заключенных, первым из которых был Емельян Пугачев. Одна из башен, в подвале которой он сидел, с тех пор называется Пугачевской. Теперь здесь интересный музей. И все это в полчаса ходьбы от Кремля. Такой расположенный в центре и отремонтированный замок — как и “Кресты” в Санкт-Петербурге — в недалеком будущем наверняка будет превращен в модную гостиницу с ресторанами “Пируем в Бутырьках”. А сейчас это вызывающе показательный, неправдоподобный для любого россиянина экспонат для делегаций. Впрочем, такой и должна быть тюрьма, а не гнездом и рассадником туберкулеза, как прежде...

Но как бы ни был важен этот превосходный по существу экстерьер, еще важнее психологическая атмосфера этого учреждения, задаваемая стилем обращения с его обитателями, соблюдением их прав, возможностью различных форм контроля, в том числе и общественного, а также независимой юридической помощью на всех этапах. Между тем, межведомственный контроль отсутствует, переписка по-прежнему перлюстрируется. Ни одной жалобы ни аппарат Уполномоченного, ни НПА России в течение всех последних лет не получили.

Вызывающая, бьющая в глаза контрастом с повседневными условиями содержания обстановка осмотренной больницы, ее выставочный характер может быть принят лишь при условии ее посещения коллегами из других регионов России, но ни в коем случае не иностранными делегациями. Вкладывать средства следует в первую очередь не в экстерьеры, не во внешний антураж, а в системные изменения, влияющие на психологическую атмосферу учреждения. Конечно, хотелось бы, чтобы все психиатрические больницы приобрели такой же вид. Но пока рассказ о биде вызывает у коллег хохот.

Ю. С. Савенко

Жестокость нашей повседневной действительности и ее преодоление: Катя Тимочкина — продолжение истории

В предыдущем номере “Независимого психиатрического журнала” рассказывалось о драматической судьбе Екатерины Тимочкиной — сироты-инвалида с ДЦП из Самары. Эта история — пример распространенной практики лишения дееспособности и помещения в психоневрологический интернат людей с тяжелыми физическими проблемами, обладающих при этом сохранным интеллектом. Вместо предоставления Екатерине необходимой реабилитации в развитии своего интеллектуального потенциала, она была лишена всех прав и объявлена необучаемой.

Напомним, что Екатерина была лишена дееспособности, как только ей исполнилось 18 лет, после чего весной 2008 г. она была переведена против своей воли из Самары в интернат для психически больных в городе Похвистнево. Сама Екатерина, как и многие другие люди, признанные недееспособными, не знала об этом решении, так как в суд ее не вызывали, решение суда ей также не высылалось. Такая ситуация была возможной, поскольку ст. 284 Гражданского процессуального кодекса РФ допускала рассмотрение дела о признании гражданина недееспособным без его участия, если это было невозможно по состоянию здоровья гражданина. Фактически признание людей недееспособными стало рутинной практикой в большинстве судов в России. Так и в жизни Екатерины самое важное решение было принято в ходе пятиминутного заседания без ее участия, в результате чего она стала бесправной во всех сферах своей жизни.

По просьбе Сергея Колоскова — члена Экспертного совета Уполномоченного по правам человека — летом 2008 г. интернат обратился в суд с заявлением о восстановлении дееспособности Екатерины, после чего была проведена стационарная психиатрическая экспертиза. По заключению экспертов у Екатерины не было никакого психического расстройства, и в опеке она не нуждалась. Несмотря на такое заключение, которое подтвердили сотрудники интерната, суд отказал в восстановлении дееспособности Екатерины, сославшись на заключение амбулаторной экспертизы, проведенной при рассмотрении дела о признании Екатерины недееспособной в Самаре.

Екатерина попыталась обжаловать это решение в кассационной инстанции, однако ей было отказано в принятии жалобы, так как она — недееспособна, а сам интернат отказался подать кассационную жалобу. В итоге Екатерина осталась закрытой в интернате, не имея практически никаких прав и оставаясь зависимой во всех сферах жизни от своего опекуна — интерната. По закону она не могла обжаловать никакие действия

интерната, даже если речь шла об отказе в предоставлении ей отпуска или специального питания.

Надежда на изменение ситуации Екатерины появилась после того, как 27 февраля 2009 г. Конституционный Суд Российской Федерации принял важное постановление, в котором впервые предметом рассмотрения стали вопросы конституционной защиты прав недееспособных граждан. Проверке на соответствие Конституции подверглись, в том числе, положения Гражданского процессуального кодекса РФ (ГПК РФ), на основании которых дело Екатерины о признании ее недееспособной было рассмотрено без ее участия. Конституционный Суд признал противоречащей Конституции статью 284 ГПК РФ, позволяющую суду принимать решение о признании гражданина недееспособным на основе одного лишь заключения судебно-психиатрической экспертизы, без предоставления гражданину возможности изложить суду свою позицию.

Согласно ст. 392 ГПК РФ признание Конституционным Судом не соответствующим Конституции закона, примененного в конкретном деле, является основанием для пересмотра судебного решения по вновь открывшимся обстоятельствам. На основании этого постановления Конституционного Суда в мае 2009 г. Екатерина обратилась в Кировский районный суд Самары, который признал ее недееспособной в апреле 2008 г., с заявлением о пересмотре этого решения по вновь открывшимся обстоятельствам. Таким обстоятельством является Постановление Конституционного Суда РФ от 27 февраля 2009 г.

Первоначально районный суд отказался рассматривать заявление Екатерины, сославшись опять же на ее недееспособность: по мнению судьи, поскольку Екатерина признана недееспособной, она не может самостоятельно обращаться в суд, такое право предоставлено только ее опекуну — интернату. Екатерина снова оказалась в тупиковой ситуации — у нее есть, казалось бы, бесспорные основания для обжалования решения суда, но она не может реализовать свое право.

Между тем, в Постановлении Конституционного Суда РФ от 27 февраля 2009 г. прямо указано, что *“лицу, в отношении которого ... принимается судебное решение о признании недееспособным, должны быть обеспечены ... возможность обращения ко всем имеющимся внутригосударственным средствам правовой защиты от нарушения прав необоснованным признанием недееспособным, включая обжалование решения во всех предусмотренных законом инстанциях в системе судов общей юрисдикции, в том числе осуществляющих проверку судебных постанов-*

лений, вступивших в законную силу. Такое право имеется у участвующих в деле лиц, подавших заявление о признании гражданина недееспособным, и — в силу конституционного принципа равенства всех перед законом и судом и общих конституционных гарантий права на судебную защиту — такое право имеется у гражданина, в отношении которого суд выносит решение о признании его недееспособным. Как лицу, участвующему в деле, это право должно быть обеспечено ему до исчерпания всех предусмотренных законом процедур обжалования судебных постановлений, в том числе в надзорном порядке, тем более в случаях, когда суд первой инстанции рассмотрел дело и признал гражданина недееспособным в отсутствие самого гражданина или его представителей. Невозможность же обжалования ошибочного судебного решения является нарушением права на судебную защиту, по существу противоречащим завету на его ограничение”.

К счастью, кассационная коллегия Самарского областного суда, куда Екатерина обжаловала отказ в рассмотрении ее заявления о пересмотре решения, согласилась с позицией Конституционного Суда и направила дело обратно для рассмотрения в районный суд.

13 августа 2009 г. Кировский районный суд г. Самары удовлетворил заявление Екатерины о пересмотре решения суда по вновь открывшимся обстоятельствам и отменил решение о признании Екатерины недееспособной, не указав при этом, к сожалению, никаких мотивов такого решения. Очевидно, суд согласился с тем, что конституционное право Екатерины на участие в рассмотрении дела о недееспособности было необоснованно ограничено судом.

В тот же день, с согласия всех участников процесса, суд приступил к повторному рассмотрению дела о признании Екатерины недееспособной. На этот раз дело рассматривалось не только с участием адвокатов Екатерины, но и с участием самой Екатерины, так как она была привезена в Самару администрацией интерната по требованию суда. В суде также принимали участие представители интерната.

В ходе судебного заседания Екатерина была подробно допрошена судьей, и не смотря на волнение и усталость после длительного переезда из интерната, она дала подробные, разумные, адекватные ответы, убедительно продемонстрировав свою дееспособ-

ность. Несмотря на длительную изоляцию от общества и свой молодой возраст, Екатерина показала, что она прекрасно понимает сложность своего положения и может реально оценивать свои возможности. Позицию Екатерины поддержали сотрудники интерната — психиатр и психолог, которые также объяснили суду, что Екатерина, безусловно, нуждается в серьезной помощи и поддержке, но это связано с отсутствием у нее образования и длительным проживанием в неподходящей для нее среде, а не с ее психическим состоянием.

В ходе рассмотрения дела стало очевидно, что необходимости в назначении новой судебно-психиатрической экспертизы нет, так как отсутствие у Екатерины каких-либо признаков психического расстройства ни у кого не вызывало сомнения. В итоге суд отказал в удовлетворении заявления о признании Екатерины недееспособной, сославшись на заключение экспертизы, полученное при рассмотрении дела в Похвистневском суде, а также на недавние характеристики Екатерины из реабилитационного центра в Москве и на заключение комиссии Независимой психиатрической ассоциации России. Можно с уверенностью сказать, что Екатерина впервые стала дееспособной.

Победа Екатерины, достигнутая благодаря неимоверным усилиям всех тех, кто ее поддерживал, показывает, насколько сложно человеку, не имеющему психического заболевания, доказать свою дееспособность и восстановить свои права. Еще более незащищенными оказываются те люди, которые, хотя и имеют психические проблемы, но не нуждаются в опеке. Между тем, зачастую вместо оказания им необходимой социальной поддержки, государство предлагает только один вариант — недееспособность и полное бесправие.

Хочется верить, что формальное признание дееспособности Екатерины поможет ей в реальном восстановлении своих прав, так как, безусловно, ее сложности не заканчиваются в суде. Гораздо важнее то, чтобы Екатерина могла получить доступ к тем реабилитационным услугам, которые помогут ей стать по-настоящему полноправным членом общества, несмотря на физические ограничения. Интернат, в котором пока находится Екатерина, выразил готовность оказать ей в этом содействие.

Д. Г. Бартнев

От редактора. Трудно переоценить поистине подвижническую борьбу за поправленные права Кати члена Экспертного Совета при Уполномоченном по правам человека в Российской Федерации Сергея Колоскова (Москва) и адвоката Кати — Дмитрия Бартнева (Санкт-Петербург).

Неадекватный ответ на сигнал тревоги

2 июня 2009 г. мы направили Открытое письмо Президенту Российской Федерации относительно катастрофического положения с экспертной практикой, опубликованное в 1-ом выпуске НПЖ за 2009 г., и разработанный нами в связи с этим законопроект.

29 августа 2009 г. мы получили ответ, который вместе с реакцией на него публикуется ниже.

Уважаемый Юрий Сергеевич!

Департамент организации медицинской помощи и развития здравоохранения в соответствии с поручением Администрации Президента Российской Федерации от 02.07.2009 № А67-2302 рассмотрел представленные Вами концепцию и проект федерального закона “О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации” и сообщает следующее.

Существо поставленных вопросов сводится к стремлению авторов законопроекта обеспечить независимость судебно-психиатрических экспертов (далее — эксперты) через расширение сферы деятельности в качестве экспертов частных психиатров с целью создания благоприятных условий для соблюдения принципа состязательности в ходе судебного процесса.

Данные предложения принципиально не противостоят действующему законодательству Российской Федерации, которое не исключает возможности привлечения к участию в суде экспертов независимо от того, являются они работниками государственного или негосударственного психиатрического учреждения. Кроме того, Конституционный Суд Российской Федерации, исследуя в своем определении от 10 марта 2005 г. № 62-О вопросы обеспечения состязательности и равноправия сторон в делах с участием лиц, страдающих психическими расстройствами, указал, что положения Закона Российской Федерации “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании” не препятствуют суду исследовать любые доказательства.

Следует также подчеркнуть, что отечественное здравоохранение традиционно является преимущест-

венно государственным и эта особенность, характерная также, например, для Великобритании, в наибольшей мере выражена в сфере оказания психиатрической помощи. В настоящее время развитие сети психиатрических учреждений в силу географических, демографических, финансовых и других условий еще далеко от совершенства и не обеспечивает в должной мере доступность следственным органам судебно-психиатрической экспертизы, особенно в психиатрических стационарах.

В данной связи и с учетом крайне низкого темпа развития в России частного сектора в области психиатрии представляется сомнительным, что предлагаемые законопроектом меры сколько-нибудь изменят ситуацию. Скорее более адекватным для страны является создание условий для дальнейшего развития государственного сектора и соответствующего совершенствования деятельности государственных экспертных психиатрических учреждений.

С учетом сказанного считаем, что предложения Независимой психиатрической ассоциации России нуждаются в обсуждении не только специалистов в рамках психиатрического сообщества, но также специалистов заинтересованных федеральных и региональных министерств и ведомств.

Считаем также необходимым подробное изучение зарубежного опыта в области организации судебно-психиатрической экспертизы.

С уважением,

*Заместитель директора
Департамента*

Е. В. Бугрова

*В Администрацию Президента
Российской Федерации*

НПА России на имя Президента Российской Федерации Д. А. Медведева 2 июня 2009 г. исх. № 2-06/09 было направлено обращение о ситуации в экспертной практике с приложением разработанной НПА России концепции и проектом Федерального закона “О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации”. Обращение было затем

опубликовано в качестве Открытого письма Президенту Российской Федерации в “Независимом психиатрическом журнале”, 2009, № 2.

В указанном обращении содержалась не просьба, а сигнал бедствия государственной значимости. Экспертная практика во всех ее разновидностях и на всех уровнях, внесудебная и судебная, вышла за границы

допустимого настолько грубо, что превратилась в мишуру, в одно название, за которым, по большей части, стоит заказ более сильной стороны.

Это проблема не только судебной, в частности судебно-психиатрической экспертизы, а всех экспертиз — медицинской, экологической, экономической, геологической, строительной, искусствоведческой, религиоведческой и т.д. Поэтому переадресовка нашего письма Администрацией Президента РФ в Минздравсоцразвития России, сужающая проблему до частного примера, совершенно неосновательна.

Но и в Минздравсоцразвития мы были совершенно неверно поняты, о чем свидетельствует ответ заместителя директора Департамента Е. В. Бугровой от 06.08.2009 № 14-3/106654, полученный нами вместо ответа из Администрации Президента РФ. Никакого акцента на “частных психиатрах в качестве экспертов” мы не делали. Речь шла о совершенствовании всей судебной экспертной деятельности, необходимости возвращения к бытовавшей всегда практике включения в состав экспертных комиссий общих психиатров (а не работающих исключительно в государственных экспертных учреждениях) по ходатайству сторон. Законные основания для этого сохраняются, но существующие нестыковки в законодательстве оставляют ряд двусмысленностей, на устранение которых, в частности, направлен наш законопроект.

Наконец, передача столь ответственного и срочного дела, важного для всего и всех, на низовой уровень представляет откровенную социальную символику неуважения к неправительственным организациям и специалистам-профессионалам, противоречащую всем публичным заявлениям Президента России.

Исходя из положений ст. 33 Конституции Российской Федерации, абзаца восьмого ч. 1 ст. 27 Федерального закона “Об общественных объединениях” и ст. 12 Федерального закона “О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации”, прошу дать ответ на письменное обращение НПА России по существу поставленных в нем вопросов.

Итак, в ответе Минздравсоцразвития России признается, что “действующее законодательство Россий-

ской Федерации **не исключает** возможности **привлечения** к участию в суде **экспертов** независимо от того, являются ли они работниками государственного или негосударственного психиатрического учреждения”, и “**не препятствует** суду исследовать любые доказательства”, что подтвердил Конституционный Суд РФ в Определении от 10.03.2005.

Но общеизвестно, что правоприменительная практика в нашей стране такова, что работает не по принципу “что не запрещено — разрешено”, а ровно наоборот — “что не разрешено — запрещено”. Поэтому благостные заверения и ссылки, что законодательство “не исключает”, и “не препятствует”, — это прямое игнорирование уже сложившегося критического положения вещей.

Разработанный законопроект лишь снимает недоговоренности, двусмыслицы, несостыковки, приведшие к возобладавшей в суде практике не заслушивать экспертов и специалистов другой стороны, не наделяя их соответствующим процессуальным статусом.

Основной посыл нашего предложения связан не с привлечением в качестве экспертов частных врачей (в ответе даже сказано “сводится”), а с **превращением судебных экспертиз в узко ведомственную практику**, когда суд заслушивает только работников государственных экспертных учреждений.

На примере психиатрии это на практике уже означает **устранение общих психиатров** (тоже государственных служащих) от участия в судебных заседаниях в качестве экспертов и специалистов на процессуальных основаниях, т.е. по постановлению суда.

За такой отрыв судебной психиатрии от общей психиатрии, — а это равносильно клинической деградации, — в 1956 году Комиссия партконтроля ЦК КПСС, в которую входили такие ведущие психиатры, как В. А. Гиляровский, Д. Д. Федотов, В. М. Банщиков, А. Г. Амбрумова, А. Раппопорт, чуть было не расформировала ЦНИИ судебной психиатрии им. проф. Сербского.

Президент НПА России Ю. С. Савенко

Судья игнорирует УПК — первый и опасный прецедент

Крещендо устранения состязательности экспертов и неудобных специалистов достигло своего предела: 2 сентября 2009 г. в Костроме судья, поддержанный прокурором, проигнорировал УПК!

*Председателю Комиссии Общественной Палаты РФ
по общественному контролю за деятельностью правоохранительных органов
и реформированию судебной системы
А. Г. Кучерене*

Уважаемый Анатолий Григорьевич!

15-летняя практика почти ежемесячных выступлений в судах выявила отчетливую тенденцию сужения и сокращения состязательности лиц, обладающих специальными знаниями (экспертов, специалистов) по гражданским и уголовным делам. В первой половине 1990-х годов суды по ходатайству стороны включали членов Независимой психиатрической ассоциации России в состав экспертных комиссий, в том числе в экспертные комиссии ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского, что всегда оказывалось очень конструктивным, позволяя обсудить различные клинические версии и решить спорные вопросы в рамках комиссии. Однако вскоре эта практика прекратилась. Государственные экспертные учреждения стали отказывать нам в участии в комиссии, даже если это было указано в определении суда, а суды перестали оформлять нас в качестве специалистов, предпочитая использовать статус свидетеля или представителя стороны. Это позволяло им впоследствии игнорировать показания наших специалистов, поскольку они не являлись свидетелями происшедшего, а выступая в качестве представителя стороны, являлись “заинтересованным лицом”.

Вместо содержательной контр-аргументации на нашу критику наши оппоненты из государственных экспертных учреждений начали требовать предъявления лицензии или сертификата судебного психиатра-эксперта, вопреки процессуальному (а не должностному) характеру нашего участия в этой роли и четкому разъяснению, что лицензия необходима только юридическим лицам и индивидуальным предпринимателям (а не физическим лицам), а сертификат общего психиатра восполняет односторонние профессиональные навыки судебных психиатров, не имеющих непосредственного диагностического и лечебного клинического опыта.

Более того, с конца 2008 года мы столкнулись с очередным изменением отношения судей к нашим заключениям на экспертные заключения судебных психиатров: они формально заслушивали их, совершенно игнорируя их логику, а потом заявляли, что “у суда нет оснований не доверять экспертам государственного учреждения”. В результате, самые нелепые анекдотические ошибки освящаются статусом государствен-

ных экспертов, а наши доказательства не подвергаются исследованию в процессе судебного заседания.

2 сентября 2009 г. мы впервые за свою многолетнюю практику столкнулись с категорическим отказом судьи Костромского областного суда Шалумова М. С. по громкому уголовному делу заслушать наше мнение, т.е. в нарушение ч. 4 ст. 271 УПК, согласно которой “суд не вправе отказать в удовлетворении ходатайства о допросе в судебном заседании лица в качестве свидетеля или специалиста, явившегося в суд по инициативе сторон”. Никакие доводы со стороны адвоката и с нашей стороны не убедили его. “Вы не свидетели и не специалисты”. За день до нашего приезда судья аннулировал приобщение следователем к материалам дела нашего письменного заключения и ссылаясь на это уже принятое решение.

Уважаемый Анатолий Григорьевич! Отказ судьи заслушать специалиста, явившегося в суд для дачи показаний, отражает опаснейшую тенденцию правоприменительной практики, прямо нарушающей УПК, знаменующую конец экспертизы как таковой, если не дать им решительный отпор. Ваш собственный опыт позволяет Вам, как никому другому, оценить серьезность этой проблемы.

Эксперты ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского проигнорировали в этом деле многочисленные и очень серьезные факты, совершенно несовместимые с их заключением. Судебные психиатры известной своими выдающимися клиническими традициями Костромской областной психиатрической больницы, где подэкспертный дважды до этого проходил стационарные комплексные психолого-психиатрические экспертизы, не сомневаются, что речь идет о психически больном человеке и согласны с нашим заключением.

Просим Вас взять данное конкретное дело под свой личный контроль как прецедентное для всей проблемы. Прилагаю свое заключение специалиста-психиатра на заключение комплексной судебной психолого-психиатрической комиссии экспертов Центра социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского.

Президент НПА России Ю. С. Савенко

В качестве конфиденциального приложения приведена экспертиза, опубликованная в НПКЖ, 2009, 2, 53 – 56.

К 200-летию Николая Васильевича Гоголя



Согласно воспоминаниям д-ра А. Тарасенкова, лечившего Гоголя во время его предсмертной болезни, он спросил Гоголя не читал ли он подлинных записок психически больных. — “Читал, но после.” — “Да как же Вы так верно приблизились к естественности?” спросил я его. — “Это легко, стоит представить себе...”

“Возьмите «Записки сумасшедшего», этот уродливый гротеск, эту странную прихотливую грезу художника, эту добродушную насмешку над жизнью и человеком, жалкою жизнью, жалким человеком, эту карикатуру, в которой такая бездна поэзии, такая бездна философии, эту психическую историю болезни, изложенную в поэтической форме, удивительную по своей истине и глубокости, достойную кисти Шекспира...”

Виссарион Белинский

“Записки сумасшедшего” (1835)

(отрывок)

Н. В. Гоголь

Число 25

Сегодня великий инквизитор пришел в мою комнату, но я услышавши еще издали шаги его, спрятался под стул. Он, увидевший, что нет меня, начал звать. Сначала закричал: “Поприщин!” — я ни слова. Потом: “Аксентий Иванов! титулярный советник! дворянин!” Я все молчу. “Фердинанд VIII, король испанский!” Я хотел было высунуть голову, но после подумал: “Нет, брат, не надуешь! знаем мы тебя: опять будешь лить холодную воду мне на голову”. Однако же он увидел меня и выгнал палкою из под стула. Чрезвычайно больно бьется проклятая палка. Впрочем, за все это вознаградило меня нынешнее открытие: я узнал, что у всякого петуха есть Испания, что она у него находится под перьями. Великий инквизитор, однако же, ушел от меня разгневанный и грозя мне каким-то наказанием. Но я совершенно пренебрег его бессильною злобою, зная, что он действует, как машина, как орудие англичанина.

Нет, я больше не имею сил терпеть. Боже! что они делают со мной! Они льют мне на голову холодную воду! Они не внемлют, не видят, не слушают меня.



Рисунки Н. Репина.



Что я сделал им? За что они мучат меня? Чего хотят они от меня, бедного? Что могу дать я им? Я ничего не имею. Я не в силах, я не могу вынести всех мук их, голова горит моя, и все кружится предо мною. Спасите меня! возьмите меня! дайте мне тройку быстрых, как вихорь, коней! Садись мой ямщик, звени, мой колокольчик, взвейтеса, кони, и несите меня с этого света! Далее, далее, чтобы не видно было ничего, ничего. Вон небо клубиться передо мною; звездочка сверкает вдали; лес несется с темными деревьями и месяцем; сизый туман стелется под ногами; струна звенит в тумане; с одной стороны море, с другой Италия; вон и русские избы виднеют. Дом ли то мой синее вдали? Мать ли моя сидит перед окном? Матушка, спаси твоего бедного сына! урони слезинку на его больную головушку! посмотри, как мучат они его! прижми ко груди своей



бедного сиротку! ему нет места на свете! его гонят! Матушка! пожалей о своем больном дитятке!... А знаете ли, что у алжирского дея под самым носом шишка¹?

Чи 34 сло Мцгдао члрвдвэф 349

Гоголь и психиатрия

Гоголь в русской литературе для психиатра это то же, что Гофман с его “Элексирами сатаны” в немецкой и Кафка в австрийской. Для психиатра чтение таких авторов не менее важно, чем профессиональная литература.

Был ли Гоголь психически больным? Какой у него диагноз? Не это главное и не об этом речь. Существует большая биографическая и патографическая литература на этот счет, вплоть до попыток доказать, например, что и Гоголь, и Достоевский психически совершенно здоровые люди. Но это обнаруживает лишь отношение таких авторов к психической болезни как к чему-то, что снижает, умаляет, унижает, т.е. либо пошлость обывательского сознания либо собственная прикосновенность к психической болезни и аффективное отношение к этому. Для психиатра важно, ЧТО и КАК Гоголь сумел показать нам. Прежде всего — заглянуть в его собственный мир, и увидеть мир его глазами. И убедиться, насколько это глубже и вернее поверхностного утилитарно расхожего обыденного взгляда.

Характерно, что его дар имитации, сказавшийся в исполнении даже женских ролей, никак не был связан с эмпатией, а ограничивался исключительно ярким — нередко у писателей — псевдогаллюцинаторным миром, особенностью которого у Гоголя было архетипическое видение, в частности персонифицированной нечистой силы в первый период творчества, и ее обеспредмечивание до общей атмосферы, окраски, общего стиля во второй. Поразительно с какой ясностью выступает болезнь Гоголя в одном только формальном анализе его творчества вне всякого биографического контекста в гениальном исследовании Андрея Белого “Мастерство Гоголя”. Характерно, как просто и точно удался Гоголю внутренний мир Поприщина, схваченный в динамике. Но не только “Записки сумасшедшего”, многие образы раннего и

¹ Так кончается эта повесть, написанная в 26 лет. А умер Гоголь, не дожив до 43 лет, при удивительно сходных обстоятельствах, в значительной мере от такого же нелепого лечения, изматывающего и без того предельно истощенный депрессией и голодом организм.

позднего Гоголя — прогляды в ускользящий мир, доступный далеко не каждому взгляду, мир существующий рядом с нами, среди нас, даже в нас самих, страшный мир не столько своей неизведанностью, не столько контрастом с внешним показным существованием, сколько неожиданным заглядыванием в бездну, которая всегда рядом. Не веселый, проказливый мир нечистой силы “Вечеров...”, который тоже прощательнее рутинных представлений, так как обнаруживает, что нечистая сила сама по себе вовсе не чудовищна, не отвратительна, она не страшная, а скорее веселая, она страшна только для нас, и в этом ее отображении Гоголь остается на уровне народной демонологии, с ее внешней живописной зримой выразительностью. Совсем все иначе у позднего Гоголя второй половины жизни и творчества. Здесь постигается намного более глубокий уровень преисподней: сама окружающая атмосфера, дома, предметы вокруг, собственные вещи, и даже части собственного тела отчуждаются, исчезают, даже не теряются, а убегают... Мир Гоголя — не сюжетно, а намного глубже — субстанциально, как очень по разному сам язык Андрея Платонова или речь героев Федора Сологуба и Михаила Зощенко, передает инфернальное существо нашей действительности.

Характерно как чувствовали, как воспринимали Гоголя самые проникновенные натуры. Например, **Александр Блок**. “Если бы среди нас сейчас жил Гоголь, мы относились бы к нему также как большинство его современников: с жутью, с беспокойством и, вероятно, с неприязнью: непобедимой внутренней тревогой заражает этот единственный в своем роде человек: угрюмый, востроносый, с пронзительными глазами, больной и мнительный... В нем можно было легко почувствовать старого врага...” “Что изменило ослепительное видение Гоголя в действительной жизни? Ничего. *Здесь* — осталась прежняя, хомяковская “недостойная избрания” Россия: В судах черна неправдой черной // И игом рабства клеймена”.

Безпредрасудочный, по-смердяковски пронзительный и в самом деле удивительно чуткий **Василий Розанов** не переносил Гоголя, который хотя и был для него “гением формы”, но совершенно пустым и пошлым по содержанию². “...Я точно застыл в страхе, потому что почувствовал, точно передо мной вырастает из земли главная тайна Гоголя. Он был весь именно формальный, чопорный, торжественный, как “архиерей”, мертвечины, служивший точно “службу” с дикириями и трикириями: и так и этак кланявшийся и произносивший такие и этак “словечки” своего великого, но по содержанию пустого и бессмысленного мастерства. Я не решаюсь удержаться выговорить

² На самом деле, как позднее ясно показал Владимир Набоков, это был провидчески увиденный, задолго до абсурдистов, Абсурд мира — подлинный нерв творчества Гоголя: “Абсурд был любимой музой Гоголя”.

последнее слово: идиот. Он был так же неколебим и устойчив, так же не “сворачиваем в сторону”, как лишенный внутри себя всякого разума и всякого смысла человек...” “никогда более страшного человека... подobia человеческого не приходило в нашу землю”. (“Опавшие листья”) Именно Розанов первый, задолго до других, стряхнул овладевшее общественным восприятием очарование трактовок Белинского и показал, что Гоголь никакой не реалист. И все, вдруг, прозрели. Но спустя четверть века Розанов написал иначе. “Я всю жизнь боролся и ненавидел Гоголя: и в 62 года думаю: “Ты победил, ужасный хохол”. Нет, **он увидел русскую душеньку в ее преисподнем содержании**”... Глаза его были — чудища, и он все рассмотрел совершенно верно, хотя пробыл в России всего несколько часов.” “Революция нам показала душу русских мужиков... Вообще только Революция, и — впервые революция оправдала Гоголя.” (1918).

Интересна половая загадка Гоголя... Он, бесспорно, “не знал женщины”, т.е. у него не было физиологического аппетита к ней. Что же было? Поразительна яркость кисти везде, где он говорил о покойниках... Везде покойник у него живет удвоенную жизнь, покойник нигде не “мертв”, тогда как живые люди удивительно мертвы. Это — куклы, схемы, аллегории пороков. Напротив, покойники — и Ганна, и колдунья — прекрасны и *индивидуально интересны*. Это “уж не Собакевич-с”. Я и думаю, что половая тайна Гоголя находилась где-то тут в “прекрасном упокойном мире”... Ни одного мужского покойника он не описал... Он вывел целый пансион покойниц — и не старух (ни одной), а все молоденьких и хорошеньких.

В отличие от Блока и Розанова глубоко родственно и конгениально воспринял Гоголя **Андрей Белый**, не случайно сам имел прозвище “гоголек”.

“Самая родная, нам близкая, очаровывающая душу и все же далекая, все еще не ясная для нас песня — песня Гоголя.

И самый страшный, за сердце хватающий смех, звучащий словно смех с погоста, и все же тревожащий нас, будто и мы мертвецы, — смех мертвеца, смех Гоголя!

“Глаза... с пением вторгавшиеся в душу” (“Вий”). Всадник “отдающийся” (вместо отражающейся) в водах (“Страшная месь”). “Полночное сияние... *дымилось* по земле” (“Вий”) “Рубины уст... *прикипали*... к сердцу “Вий” “*Блистательная песня соловья*” (“Майская ночь”) “Волосы, будто *светло-серый туман*” (“Страшная месь”). “Дева светится сквозь воду, как будто сквозь стеклянную рубашку” (“Страшная месь”) “Из глаз вытягиваются клещи” (“Страшная месь”) “Девушки в белых, как убранный ландышами луг, рубашках и с телами “сваянными из облаков”, так что тела просвечивали месяцем (“Майская ночь”). Может быть, через миг *ландышевая белизна* их рубашек станет *стеклянной* водой, проструится ручьем, а ручей изойдет дымом, или оборвется над камнем пы-

лью у Гоголя, как валится у него серой пылью вода (“Страшная месть”), чтобы потом засеребриться, как *волчья шерсть* (“Страшная месть”) или под веслами сверкнуть, “как из под огнива огнем” (“Страшная месть”).

Что за образы? Из каких невозможностей они созданы? Все перемешано в них: цвета, ароматы, звуки. Где есть смелее сравнение, где художественная правда невероятней? Бедные символисты; еще доселе упрекает их критика за “голубые звуки”, но найдите мне у Верлена, Рембо, Бодлера образы, которые были бы столь невероятны по своей смелости, как у Гоголя. Нет, вы не найдете их, а между тем Гоголя читают и не видят, не видят доселе, что нет в словаре у нас слова, чтобы назвать Гоголя; нет у нас способа измерить все возможности, им исчерпанные: мы еще не знаем, что такое Гоголь; и хотя не видим мы его подлинного, все же творчество Гоголя, хотя и суженное нашей убогой восприимчивостью, ближе нам всех писателей русских XIX столетия.

Что за слог!

Глаза у него с пением вторгаются в душу, а то вытягиваются клещами, волосы развиваются в бледно-серый туман, вода — в серую пыль; а то вода становится стеклянной рубашкой, отороченной волчей шерстью — сиянием. На каждой странице, почти в каждой фразе **перехожение границ** того, что есть какой-то новый мир, вырастающий из души в “океанах благоуханий” (“Майская ночь”), в “потопах радости и света” (“Вий”), в “Вихре веселья” (“Вий”). Из этих вихрей, потоков и океанов, когда деревья шепчут свою “пьяную молвь” (“Пропавшая грамота”), когда в **экстазе** человек, как и птица, летит... “и казалось... вылетит из мира” (“Страшная месть”), рождались песни Гоголя; тогда хотелось ему песню свою “облечь... в месячную чудную ночь... облить ее сверкающим потоком солнечных ярких лучей, и да исполнится она нестерпимого блеска” (из “Набросков” Гоголя). И Гоголь начинает свое мироздание: в глубине души его рождалось новое пространство, какого не знаем мы; в потоках блаженства, в вихрях чувств извергалась лава творчества.

... Вот так действительность! После сваянных из облачного блеска тел выползают бараньи хари, мычащие на нас, как два быка, выползают редьки с хвостами вверх и вниз, с табачного цвета глазами и начинают не ходить, а шмыгать, семенить — бочком-бочком; и всего ужасней то, что Гоголь заставляет их изъясняться деликатным манером; Эти “Редьки” подмигивают табачного цвета глазками, пересыпают речь словечками “изволите ли видеть”, и докладывает нам о них Гоголь не просто, а со странной, отчаянной какой-то веселостью.

Людей не знал Гоголь. Знал он великанов и карликов; землю Гоголь не знал тоже — знал он “сваянный из месячного блеска туман или черный погреб.

Характерно, что мы не знаем, кого из женщин любил Гоголь, да и любил ли? Когда он описывает женщин — то или видение она, или холодная статуя с персями, “матовыми, как фарфор, не покрытый глазурью”, или похотливая баба, семенящая ночью к бурсаку. Неужели женщины нет, а есть только *баба* или русалка с *фарфоровыми персями*, сваянная из облаков?.

Невыразимые, нежные чувства его: уже не любовь в любовных его грезах — какой-то мировой экстаз, но экстаз невоплотимый; зато обычные чувства людей для него — чувства подмигивающих друг другу шпонок и редек. И обычная жизнь — сумасшедший дом.

Дневное приближение *бездны* духа к поверхностям дневного сознания, рев ее... **Все мистерии начинались в древности страхом**, (*бездна* развертывалась под ногами посвящаемого в мистерии Египта, *бездна* выпускала оборотней с псиними головами перед посвящаемым в эпопты на больших мистериях Елевзиса), **и этот страх переходил в восторг, в состояние, которое являет мир совершенным и которое Достоевский называет “минутой вечной гармонии” — минутой, в которую испытываешь перерождение души тела, и она разрешается подлинным преображением (Серафим), подлинным безумием (Ницше) или подлинной смертью (Гоголь)...** **Гоголь вышел за пределы своей личности** и вместо того, чтобы использовать **это расширение личности** в целях искусства, Гоголь кинулся в бездну своего второго “я”... И вот когда наступил **зов души** (“вам, без сомнения, случалось слышать голос, называющий вас по имени, который... объясняют тем, что душа стосковалась с человеком”) — когда наступал этот зов, черная бездна пространств и лет, разделявшая оба “я” Гоголя, **разрывала перед ним покров явлений** — и он слышал “как бы рев разъяренного моря... Гоголь **взлетел на крыльях экстаза** и даже вылетел из мира, как безумная пани его, Катерина, которая “летела, и казалось... вылетит из мира”. Вылетела **и сошла с ума**, как вылетел Гоголь уже тогда, когда кричал устами своего сумасшедшего: “Несите меня с этого света. Далее, далее, чтобы не видно было ничего.”

Гоголь знал мистерии восторга, и мистерии ужаса — тоже знал Гоголь. Но мистерии любви не знал... Во всем экстазе, преображающем и Гоголя и мир (“травы казались дном какого-то светлого моря” (“Вий”), — во всем этом экстазе “томительное, неприятное и вместе сладкое чувство” (“Вий”) или “пронзающее томительное сладкое наслаждение” (“Вий”) — словом, **“бесовски сладкое”** (“Вий”), **а не божественно сладкое чувство. И от того преображенный блеск природы начинает пугать**; и “Днепр” начинает серебриться, “как волчья шерсть” (почему волчья?)... Не мистерией любви разрешается экстаз Гоголя, а дикой пляской не в любви, а в пляске безумия преображается все...”.

(Со временем разрушается “асимметричное барокко” прозы Гоголя).

“В первом периоде Гоголь нас страшит, а ... смешно; во втором — каламбурит, а... страшно: ужасает в бесфабульном стоянии сюжета на месте ... бездвижностью, безвременностью... Происходит распад композиции, фабулы, жеста, речи, мелодии, организму противопоставлен механический атомизм (вплоть до потери предмета изображения, подмены его гражданской тенденцией “Переписки” и “Исповеди”, которая “убила наповал жизнь в героях Гоголя”, “тенденция не влезала в живые образы творчества”). “Ужасно, — пишет Гоголь в письме, — найти в себе пепел вместо пламени и найти бессилие восторга”.

“Непостижимо, неестественно связан с Россией Гоголь, быть может, более всех писателей русских, и не с прошлой вовсе Россией он связан, а с Россией сегодняшней и еще более завтрашнего дня” (1909 год).

Не продлевая дальше многообразные примеры из Гоголя и восприятие Гоголя разными людьми в разные эпохи, даже на основе приведенных свидетельств, можно дать квалификацию психопатологически наиболее значимым несомненным характеристикам Гоголя, не столько для диагноза ему, сколько для углубления и обогащения нашего понимания и знания мастерски многомерно описанных феноменов. Что касается самого Гоголя, то следовало бы выделить следующее.

1) Это, во-первых, **формальность**, как фундаментальная черта, амбивалентно контрастирующая с высокой способностью к уподоблению без эмпатии, показной приветливостью (“О, с каким бы ... восторгом стряхнул власами головы моей прах сапогов Ваших... возлег бы у ног Вашего превосходительства и ловил бы жадным ухом сладчайший нектар из уст Ваших”. — Из письма к Жуковскому, 1831 г.).

2) Во-вторых, **псевдогаллюцинаторное творческое воображение с “конфабуляторным комбинированием” образов, поток которого легко приобрел самостоятельность**,

3) и **экстатическими взвихрениями**, “то крайне-го отчаяния, то беспредельного восторга, то гордости, то самоуничужения”;

4) на гомономной почве: с юности отмечалась “странная смесь дерзкой самонадеянности и самого униженного смирения”, и другие **выраженные шизоидные проявления с фазными колебаниями настроения**. (“Как только завернули мы в глухой переулок, Гоголь принялся петь разгульную малороссийскую песнь, наконец, пустился ... в пляс...” — П. Анненков).

5) **Резкий перелом в стиле творчества в сторону обеспредмечивания “бесовского” начала на депрессивно-ипохондрическом фоне**.

6) **Изменение характера смеха**: от комического светлого смеха, как сознательной “основной цели творчества” — стремления “черта представить дураком”, где “смех — борьба человека с чертом”, к “смеху сквозь слезы”, к “смеху со страху” и до “дикого безыдейного хохота” (“я увидел, что ... смеюсь... сам не зная зачем...”) и до “смеха с погоста, смеха мертвеца”.

7) **Стерильность** (отсутствие потомства)

Но только более тщательный, в клиничко-биографическом контексте, с привлечением разнообразных дополнительных источников анализ дал бы право на диагностическое заключение. Представленные данные указывают на эндогенный биполярный шизоаффективный круг психозов страха — счастья (см. в этом выпуске журнала статьи Доминика Бира и мою о состояниях экстаза).

Ю. С. Савенко

**10-й Всемирный конгресс
Всемирной ассоциации психосоциальной реабилитации**

12 – 15 ноября 2009 г., Бангалор, Индия

**E-mail: afzal@afzaljaved.co.uk;
muralythyloth@gmail.com; www.warp.info**

РЕКОМЕНДАЦИИ

Ратцингер Йозеф. Папа Бенедикт XVI. Иисус из Назарета. — СПб., 2009
Утопленная книга. Размышления Бахауддина, отца Руми, о небесном и земном. — М., 2009

* * *

Хайек Фридрих фон. Судьбы либерализма в XX веке. — М., 2009
Готфрид Пол. Странная смерть марксизма. — М., 2009
Степун Ф. А. Жизнь и творчество. Избранные сочинения. — М., 2008
Антропология революции. — М., 2009
Хайлбронер Роберт. Философы от мира сего. Великие экономические мыслители. — М., 2009

* * *

Ухтомский Алексей. Лицо другого человека. — СПб., 2008
Фуко Мишель. Психическая болезнь и личность — СПб., 2009

* * *

Луман Никлас. Самоописания. — М., 2009
Пятигорский Александр. Кто боится вольных каменщиков. Феномен масонства. — М., 2009
Гудков Лев, Дубин Борис. Интеллигенция. — СПб., 2009
Баталов Э. Я., Журавлева В. Ю., Хозинская К. В. «Рычащий медведь на “диком Востоке”». (Образы современной России в работах американских авторов: 1992 — 2007). — М., 2009

* * *

Юнгер Эрнст. Националистическая революция. — М., 2008
Зульбах Вальтер. Два корня и формы евреененавистничества. — М., 2009
Поляков Лев. История антисемитизма. В 2-х томах. — Москва — Иерусалим, 2008
Дюков Александр. Второстепенный враг. ОУН, УПА и решение “еврейского вопроса”. — М., 2009
Горелик Михаил. Чувашское поле // Ж. “Лехаим”, 2009, 7, 60 – 63

* * *

Яковлев Александр. Избранные интервью 1992 – 2005. — М., 2009
Тепляков А. Г. Процедура: исполнение смертных приговоров в 1920 – 1930-х годах. — М., 2007
Келли Катриона. Товарищ Павлик. Взлет и падение советского мальчика-героя. — М., 2009
Громова Наталья. Распад. Судьба советского критика: 40 – 50-е годы. — М., 2009

* * *

Полянская Мина. Foxtrot белого рыцаря. Андрей Белый в Берлине. — СПб., 2009
Осип Мандельштам в Воронеже. — М., 2008
Крумм Рейнхард. Исаак Бабель. Биография. — М., 2008
Быков Дмитрий. Был ли Горький? — М., 2008
Чуковский Корней. Собрание сочинений в 15 т. Том 15. Письма 1926 – 1969 гг. — М., 2009
Внучка Мейерхольда. — М., 2009
Педиконе П., Лаврин А. Тарковские. Отец и сын в зеркале судьбы. — М., 2008
Параджанов Сергей. Коллаж на фоне автопортрета. — Н. Новгород, 2008
Горобец Б. С. Круг Ландау в 3-х книгах. — М., 2008 – 2009
Дубровский Д. И. Воспоминания. — М., 2009

* * *

Ильичев А. Т., Ляшенко А. Г. Справочник по русской истории. — М., 2009
Тавареш Руи. Небольшая книга о великом землетрясении. Очерк 1755 г. — СПб., 2009

ABSTRACTS

State of Ecstasy and Its Clinical Meaning in Anxiety-Ecstatic Psychotic Syndrome

Yu. S. Savenko

Key words: ecstasy, psychoses of anxiety — happiness, anxiety — ecstatic syndrome, anxiety — psychotic syndromes

It is defined more exactly structure of condition of ecstasy. It is shown clinical value of demarcation by Mayer-gross of ecstasy and abnormal state of happiness and is presented description of anxiety-ecstatic syndrome and is substantiated its prognostically unfavorable meaning.

Judge Ignores the Criminal Code — the First and Dangerous Precedent

Crescendo of liquidation of controversy of experts and ousting of inconvenient specialists has reached its limit. On 02.09.09 in Kostroma judge supported by prosecutor ignored the Criminal Procedure Code. In famous criminal case experts of the Serbsky Center of Social and Forensic psychiatry totally ignored clinical analysis and were led by judicial investigation disregarding absurdity of incriminated charges.

Inadequate Response to Alarm Signal

In response to Open letter to the President of the Russian federation about catastrophic situation in forensic and non-forensic expert practice and prepared bill which was supposed to restore controversy of experts and specialists, we have received formal reply because our point of view had not been understand correctly. The sense of the letter — to curtail triumph of particular department expertise, separation of forensic psychiatry from general psychiatry. Such explanations were again sent to the President administration.

Cruelty of our Day-to-Day Reality and Its Overcoming

Continuation of the story of Katya Timochkina, when at price of incredible efforts it was possible to get removal from the register diagnosis of incapability — the first such precedent in Russia.

**Первый международный конгресс
по нейробиологии и клинической психофармакологии
и конгресс Европейской психиатрической ассоциации
по стандартам лечения**

26 – 29 ноября 2009 г., Салоники, Греция

E-mail: kfount@med.auth.gr; www.psychiatry.gr