

*ISSN 1028-8554*

**НЕЗАВИСИМАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ АССОЦИАЦИЯ РОССИИ**  
**INDEPENDENT PSYCHIATRIC ASSOCIATION OF RUSSIA**

---

---

**НЕЗАВИСИМЫЙ  
ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ  
ЖУРНАЛ**

**INDEPENDENT  
PSYCHIATRIC  
JOURNAL**

**ВЕСТНИК НПА  
IPA HERALD**

**II**

**2010**

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**

---

**Журнал включен в перечень ведущих рецензируемых журналов и изданий (981),  
рекомендованных ВАК РФ для публикации основных научных результатов диссертаций  
на соискание ученых степеней кандидата и доктора наук.**

---

Сдано в набор 15.06.2010. Подписано в печать 29.06.2010. Формат 60×84 1/8.  
Бумага типографская офсет № 1. Гарнитура “Таймс”. Печать офсетная.  
Тираж 1000 экз. Заказ № 2010-02-ИРА.

Цена свободная

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

## СОДЕРЖАНИЕ

### ПОЛЬСКО-РОССИЙСКИЕ ИСТОКИ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ПСИХИАТРИИ

Санкт-Петербургская школа И. М. Балинского — И. П. Мержеевского . . . . . 5

### АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ

Предложения по разработке МКБ-11 — Ю. С. Савенко . . . . . 8

Об алкогольной ситуации в России и путях улучшения наркологической помощи  
— А. Г. Гофман, Т. А. Кожина, И. В. Яшкина . . . . . 11

### КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ

Случай аутоперсонамнезии. Диагностический разброд — подарок антипсихиатрам. . . . . 14

### ИЗ КЛАССИЧЕСКОГО НАСЛЕДИЯ

Ганс Груле (Гейдельберг) — Психология шизофрении (ч. 4) . . . . . 43

### ПСИХИАТРИЯ И ПРАВО

Доверительное управление имуществом недееспособного подопечного — Ю. Н. Аргунова . . . . . 59

Может ли недееспособный гражданин заключить трудовой договор? — Ю. Н. Аргунова . . . . . 61

### ИЗ ДОСЬЕ ЭКСПЕРТА

Дело А. А. или как быть в случае диаметрально противоположных версий? . . . . . 62

### СУДЕБНАЯ ПСИХИАТРИЯ

Обзор избранных публикаций “Журнала Американской Академии психиатрии и права”,  
2010, 1 — В. В. Мотов (Тамбов). . . . . 77

### ПСИХОТЕРАПИЯ

XV Консторумские чтения — М. Е. Бурно. . . . . 83

### ХРОНИКА

Региональный конгресс ВПА впервые в России . . . . . 88

Обсуждение МКБ в русскоязычных странах с представителями ВОЗ . . . . . 89

I Всероссийский конгресс пациентов и пациентских обществ . . . . . 90

Взаимодействие с Министерством обороны будет продолжено . . . . . 92

Важный почин: семинары для нотариусов . . . . . 93

### НЕКРОЛОГ

Владимир Федорович Войцех . . . . . 94

РЕКОМЕНДАЦИИ . . . . . 95

АННОТАЦИИ . . . . . 96

# CONTENT

## POLISH-RUSSIAN BACKGROUNDS OF RUSSIAN PSYCHIATRY

<b>St-Petersburg school of I. Balinsky — I. Merzheevsky . . . . .</b>	<b>5</b>
---	----------

## URGENT PROBLEMS OF PSYCHIATRY

<b>Suggestions for working out ICD-11 — Yu. S. Savenko . . . . .</b>	<b>8</b>
<b>On alcoholic situation in Russia and the ways of improvement of narcological care — A. G. Hofman, T. A. Kozhinova, I. V. Yashkina. . . . .</b>	<b>11</b>

## DISCUSSION OF A CLINICAL CASE

<b>Case of autopersonamnesia. Diagnostic confusion as an argument for antipsychiatrists . . . . .</b>	<b>14</b>
---	-----------

## FROM THE CLASSIC HERITAGE

<b>Hans Walter Gruhle (Geidelberg) — Psychology of schizophrenia (part 4) . . . . .</b>	<b>43</b>
---	-----------

## PSYCHIATRY AND LAW

<b>Property trust of legally incapable person — Yu. N. Argunova. . . . .</b>	<b>59</b>
<b>May legally incapable person conclude employment agreement? — Yu. N. Argunova . . . . .</b>	<b>61</b>

## FROM AN EXPERT'S DOSSIER

<b>Case of A. A. or what should do in case of polar versions? . . . . .</b>	<b>62</b>
---	-----------

## FORENSIC PSYCHIATRY

<b>Review of selected articles from the Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law, 2010, 1 — V. V. Motov (Tambov). . . . .</b>	<b>77</b>
--	-----------

## PSYCHOTHERAPY

<b>XV-th Konstorum readings — M. E. Burno . . . . .</b>	<b>83</b>
---	-----------

## CHRONICLE

<b>First Regional Congress of the WPA in Russia. . . . .</b>	<b>88</b>
<b>Discussion of ICD in Russian speaking countries with representatives of the WHO . . . . .</b>	<b>89</b>
<b>First All-Russian Congress of patients and patients' societies. . . . .</b>	<b>90</b>
<b>Interaction with the Ministry of Defense will be continued . . . . .</b>	<b>92</b>
<b>Significant initiative: workshops for notary offices . . . . .</b>	<b>93</b>

## OBITUARY

<b>Vladimir Fedorovitch Voitsekh . . . . .</b>	<b>94</b>
--	-----------

<b>RECOMENDATIONS. . . . .</b>	<b>95</b>
--------------------------------	-----------

<b>ABSTRACTS . . . . .</b>	<b>96</b>
----------------------------	-----------

# ПОЛЬСКО-РОССИЙСКИЕ ИСТОКИ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ПСИХИАТРИИ

---

---

## Санкт-Петербургская школа И. М. Балинского — И. П. Мержеевского

Традиционно сложившийся формат, представляющий историю отечественной психиатрии, игнорирует естественное стремление описывать ее как часть мировой и в контексте мировой или, по крайней мере, европейской истории психиатрии, независимо от политической карты, которая для научных влияний — искусственная внешняя помеха. Настоящего историка науки интересует не пафос национальных приоритетов, а логика зарождения, развития и распространения тех или иных идей, концепций, исследований. Какова роль в этом вненаучных факторов (идеологических, политических и др.) и насколько преодолено такое прошлое на той или иной территории и какие истоки и тенденции сохранили свою значимость? Распад советской империи заострил эту тему. Как, например, писать историю украинской, прибалтийской, среднеазиатской психиатрии? Или историю югославской психиатрии, памятуя, в частности, Н. В. Краинского?

Драматический опыт Польши давно перед глазами, но у нас до сих пор не получил полноценного осмысления. Естественно исходить из того, что российская психиатрия — это часть континентально-европейской психиатрии, а уже — франко-австро-германской. А Польша самым непосредственным образом — средоточие этих миров, их пересечение: освобожденная Наполеоном, она снова была разорвана тремя другими империями.



Иван Михайлович Балинский  
1827 – 1902



Иван Павлович Мержеевский  
1838 – 1908

Для России Польша — это еще одно “окно в Европу”. Поэтому далеко не случайно, что основоположниками российской психиатрии, прежде всего, ее Санкт-Петербургской школы, стали два поляка: И. М. Балинский и И. П. Мержеевский.

“Русская университетская психиатрия, получившая начало в петербургской Военно-медицинской акаде-

мии, имела своим первым представителем Балинского. Клиническим целям служило на первых порах психиатрическое отделение при II военно-сухопутном госпитале. Молодому тогда профессору пришлось в корне преобразовать это отделение, ибо оно представляло собой, по словам Кони, “филиальное отделение дантова ада”. Голодные больные получали вместо

пищи приемы рвотного для отвлечения от безумных мыслей, побои со стороны служителей и неизменный камзол. Этот, как он назывался тогда, шестой корпус, служил местом ссылки для военных врачей, провинившихся в нарушении дисциплины. Благодаря Балинскому здесь через несколько лет все приняло другой вид. Правда, смиренная рубашка еще оставалась на своей месте, как, впрочем, и всюду на европейском континенте, где только еще разгоралась борьба за идеи Конолли. В 1867 г. после возвращения Балинского из-за границы, куда он был командирован для осмотра наиболее усовершенствованных больниц, в академии открыта была новая клиника, и вскоре психиатрия была сделана обязательным предметом медицинского курса (приказ об этом вышел 19 ноября 1867 г.). (Таким образом, **“И. М. Балинский организовал в 1859 году первую в России самостоятельную кафедру психиатрии, а в 1867 году в Санкт-Петербурге открыл здание первой в России психиатрической клиники”**). Кроме лечебной и преподавательской деятельности, первый русский профессор психиатрии принимал деятельное участие в организации психиатрической помощи, которая в эти годы по всей стране стала развиваться усиленным темпом. Балинский **разрабатывает план устройства харьковской окружной лечебницы, редактирует проекты больниц для (Риги, Митавы, Ревеля, Варшавы), Казани, Твери, Владимира, Новгорода, Одессы и Киева**. Неоднократно выступает он в качестве судебного эксперта в окружном суде и судебной палате по уголовным и гражданским делам. Человек широкого общего образования, с разнообразными научными интересами, Балинский внимательно следит за успехами психиатрии на Западе. **В 1862 г. им основано было “Общество с.-петербургских врачей для помешанных”**, которое, однако, заглохло через несколько лет и возродилось к новой интенсивной жизни лишь в 1880 г., под новым наименованием “Петербургского общества психиатров”. (“В 1876 году, будучи еще в расцвете лет и сил (ему не было еще и 50 лет), Балинский, прослужив 25 лет в Военно-медицинской академии, по собственному желанию ушел из академии (хотя прожил еще 27 лет), считая, что принадлежавшая ему и его времени задача им выполнена и что дальнейшее поступательное движение созданного им учреждения требует новых сил”). **С Балинского началась научная психиатрия в России.**

Иван Михайлович Балинский родился 23 мая 1827 года в Вильне (имение Яшуны). Он рос и воспитывался в доме своего деда, известного польского историка, Андрея Снядецкого. Среднее образование получил в Варшаве и в 1846 г. окончил Медико-хирургическую академию в Петербурге. В 1856 г. он был назначен адъюнкт-профессором при кафедре профессора Мяновского, одно время читал курс детских болезней, но делал это по отзывам современников, плохо и, видимо, неохотно. Дальнейшая жизнь его и дея-

тельность показали, что не это было его призванием. Совсем другое впечатление производили его лекции по психиатрии, (“которые студенты слушали с увлечением по четыре часа подряд... Среди его учеников П. А. Дюков, Н. В. Чехов, И. П. Мержеевский (с 1861 года), П. Н. Никифоров, А. Я. Фрей, А. Е. Черемшанский, Н. П. Лебедев (с 1869 года), И. А. Сикорский (с 1973 года)”). Сикорский вспоминал: “Лекции Балинского, нередко представлявшие собой разбор вновь поступившего больного, отличались такой смелостью психологического и клинического анализа, что могли показаться скорее блестящими предположениями, чем строгой научной реальностью, и, однако же, дальнейшее течение болезни у разобранного больного в такой степени оправдывало сделанные заключения, что ученики Балинского скоро убеждались в выдающейся клинической проницательности своего учителя”. То же самое подтверждает Чечотт: “В самых его словах перед слушателями являлось что-то действительно, вполне живое, как бы осязательное; слушателю представлялось, что он уже не слушает своего учителя, а сам наблюдает явление”.

**Психиатрическая клиника Академии обрела свой истинно научный облик при Мержеевском.** Уроженец г. Енджева Люблинской губернии, Иван Павлович Мержеевский получил диплом врача в 1861 г. Огромный интерес к естествознанию характеризовал эту эпоху в России. Молодой ординатор в клинике Балинского в эти бурные шестидесятые годы подходил к душевнобольному, как чистый биолог; он до конца своих дней сохранил это направление, которое получило с тех пор яркое выражение в позднейших работах Ленинградской психиатрической школы. Уже первый труд Мержеевского, его диссертация **“Соматическое исследование неистовых”**, всецело посвященная материальным изменениям при душевных болезнях, отличалась своими строго проведенными материалистическими тенденциями. Эти 60 небольших страничек содержали крайне интересные выводы. Установив, что при сильном маниакальном возбуждении вес тела больного падает, температура повышается, обмен веществ усиливается, молодой диссертант говорит, что объем воздуха, принимаемый за норму для здорового человека, является недостаточным для неистовых; отсюда он приходит к логическому заключению, что нецелесообразно помещать этих больных в изоляторы и что следует ввести для них принятую в некоторых германских заведениях систему “двориков для беспокойных”. Так, исходя из чисто соматических данных, Мержеевский заставляет придти к высшей степени прогрессивному взгляду на полную **недопустимость изоляторов**. В трехлетие с 1872 по 1875 гг. Мержеевский совершает двукратную поездку за границу, работает у Вестфала в Берлине, у Генле и Меркеля в Геттингене, после чего совершенствуется в Париже, где у него устанавливаются тесные дружеские отношения с Маньяном,

которые продолжались до конца его дней. Между прочим, будучи за границей, Мержеевский делал доклад в берлинском Антропологическом обществе, в марте 1872 г., о **микроцефалии**. Аналогичный доклад был сделан им и в парижском Антропологическом обществе, в 1875 г. Под влиянием недавно вышедшей книги Дарвина “Происхождение Человека” многие ученые доказывали, что идиоты-микроцефалы по устройству мозга и черепа представляют собой возврат к низшему типу, к животному предку, от которого произошел человек. Мержеевский **отвергал эту теорию атавизма**, выдвинутую Карлом Фохтом. Мержеевский указывал, что по устройству мозга микроцефалы вовсе не похожи на антропоидных обезьян, а скорее всего на человеческий эмбрион. В 1872 г. он вместе с Маньяном сделал доклад “об изменении эпендимы мозговых желудочков при прогрессивном параличе”. В 1874 г. на конгрессе в Норвиче он демонстрирует **гигантские клетки**, которые одновременно с ним описал Владимир Бец (Киев). Его сильно увлекает микроскопическая техника — эта всеобщая любимица семидесятых и восьмидесятых годов. Имя молодого русского врача уже начинает приобретать известность. И когда Балинский подает в отставку, в академических кругах почти не возникает вопроса, кому быть директором клиники и занять кафедру... С 16 января 1877 г. начинается почти двадцатилетний “период Мержеевского” (1877 – 1893), ознаменовавшийся интенсивной (“и уже систематической”) научной жизнью петербургской кафедры. (“Это было, — по словам Т. И. Юдина, — **физиолого-клиническое направление**, которое явилось следствием тенденций, имевшихся уже у Балинского, когда он поддерживал тесную связь с И. М. Сеченовым”). В статье Блуменау в Журнале им. Корсакова (1908 г.) дана яркая характеристика этого времени. (В отличие от господствовавшего клинко-нейропатогистологического подхода, которому тоже отдал должное, Мержеевский сочетал его с экспериментами на животных. Он поколебал тогдашние представления, что нервная система обладает наибольшей устойчивостью при самых тяжелых нарушениях деятельности организма. Он **пропагандировал хирургическое лечение нервных заболеваний**). (“Наряду с изучением детской психиатрии (вопросы врожденного слабоумия, детской отсталости, психозов у детей) сотрудниками Мержеевского исследовались психические расстройства позднего возраста... Другой ряд диссертационных работ был посвящен исследованиям изменений

нервной системы при различного рода вредных внешних воздействиях, отравлениях, голодании... В другом ряде работ Мержеевский описал микроскопическую анатомию прогрессивного паралича: он раньше Тучека, с именем которого связывается установление этого характерного факта (1884), еще в **1875 году обнаружил перерождение миелиновых нервных волокон при прогрессивном параличе**. Изменение эпендимы желудочков, изменение сосудов, доказал воспалительный характер процесса, сопровождающийся новообразованием сосудов. Много работ из клиники Мержеевского посвящено исследованию локальных изменений мозга при разных органических заболеваниях...

В 1893 году, по выслуге 30 лет, Мержеевский не стал баллотироваться на следующее 5-летие и освободил кафедру для более молодых сил, хотя ему в это время было всего 60 лет и после выхода в отставку от прожил еще 15 лет”).

Заведуя клиникой до 1893 г., Мержеевский **дал России более пятидесяти специалистов-психиатров**, из которых одиннадцать были преподавателями и профессорами (В. М. Бехтерев, Я. А. Анфимов, Л. В. Блуменау, Б. В. Томашевский, О. А. Чечотт, В. Ф. Чиж, А. Е. Щербак и мн.др.). Под его руководством было написано 26 диссертаций и 150 научных работ. Это было время, когда русская земская психиатрия была занята интенсивным строительством; во врачах-специалистах была огромная нужда; **клиника Мержеевского была главным рассадником русской научной и практической психиатрии**”. (Ю. В. Каннабих. “История психиатрии”)<sup>1</sup>.

Мержеевский подготовил одну из первых **современных и всеобъемлющих отечественных учебных программ, чётко разделенную на два раздела — “по нервным болезням” и “по душевным болезням”**. В 1883 г. И. П. Мержеевский **основал один из первых отечественных медицинских журналов — “Вестник клинической и судебной психиатрии и неврологии”**. Ему также принадлежит основная **заслуга строительства и организации лучшей в Европе (по всеобщему признанию современников) клиники душевных и нервных болезней (1887 – 1892)**. В 1887 году он был **председателем первого съезда отечественных психиатров**, состоявшегося в Москве и посвященного по преимуществу практическим и правовым вопросам призрания душевнобольных.

<sup>1</sup> Текст в скобках взят из монографии Т. И. Юдина “Очерки истории отечественной психиатрии” — М., 1951).

# АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ

## Предложения по разработке МКБ-11<sup>1</sup>

Ю. С. Савенко

Прежде всего, при всех критических замечаниях к МКБ-10, следовало бы подчеркнуть ее значительный позитивный вклад в те цели, которые она перед собой ставила, и что следует сохранить.

Очередной этап дальнейшего развития МКБ должен, по нашему мнению, отталкиваться от следующих отрицательных итогов ее применения:

1) Психиатры повсеместно ограничиваются этой классификацией, “преследующей, прежде всего, статистические цели”;

2) Эта классификация носит закрытый (политетический) характер и не содействует развитию клинической психиатрии;

3) При использовании этой классификации клиническое мышление регрессирует на уровень сверки со списком симптомов;

4) МКБ-10 утеряла наиболее фундаментальную описательную характеристику “психотического уровня” психических расстройств, состоящую для регистра аффективных расстройств не в степени выраженности классического набора симптомов, и не в полноте этого набора, а в принципиально менее дифференцированной организации всей психической деятельности, регрессирующей на более примитивный уровень;

5) МКБ-10 сочетает и смешивает два противоположных принципа: необходимую для естественной классификации атеоретичность и приверженность нозологии.

Поддерживая оба эти принципа, мы убеждены, что они требуют двухэтапной классификации. На первом этапе описательной, с развернутой общепсихопатологической квалификацией, на втором этапе, на основе клинического анализа, — нозологической квалификации.

МКБ-10 вместо этих этапов оперирует смесью симптомокомплексного, даже симптоматического и нозологического этапов квалификации. Итогом такого смешения никогда не смогут стать естественные классы, а сам процесс клинического мышления подвергается вульгаризации, плоды которой видны уже сейчас. Это возвращение диагностического процесса

от синдромов к симптомокомплексам. Любые качественные особенности клинической картины:

1) Витальное преобразование всей синдромальной картины депрессии при достижении ею психотической глубины;

2) Разнообразные внутрисиндромальные структурные особенности, имеющие диагностическое значение;

3) Особенности внутренней структуры самих симптомов; и т.д. подменяются в МКБ-10 механистической идеей дополнительных симптомов. Такой подход резко снижает саму возможность нахождения патогмоничных особенностей и обедняет их.

Двухэтапная последовательность соответствует естественному целостному восприятию конкретного больного: мы сразу ясно и надежно видим индивидуальную синдромальную картину (макрофеномены), и только на основании клинического анализа анамнестических данных и других многообразных клинических характеристик останавливаемся на том или другом нозологическом диагнозе, который далеко не всегда может быть поставлен сразу, так как требует еще и всевозможных параклинических исследований и реакции на терапию, новую среду, и обнаруживает себя дальнейшим течением.

Развернутый психиатрический диагноз включает: 1) дифференцированную синдромальную характеристику; 2) указание наличия психотического уровня психического расстройства (“психотическое”–“непсихотическое”); и там, где это возможно, 3) тип течения заболевания с указанием наличия в прошлом психотических состояний; 4) наличие тенденции к прогрессивности; 5) наличие дефекта, его характер и выраженность; 6) тип характеропатии (расстройства личности) и наличие его декомпенсации; 7) нозологический диагноз.

Тем самым мы поддерживаем предложение Хуана Меззича положить в основу МКБ-11 личностно-центрированный интегративный диагноз, не ограничивающийся квалификацией болезненных расстройств и патологических девиаций, но включающий оценку компенсаторных ресурсов личности в ее микросоциальном контексте (8-й пункт полного диагноза). Общетеоретическую основу этого подхода заложили мо-

<sup>1</sup> Выступление на заседании по обсуждению МКБ с представителями ВОЗ, 8 – 9 июня 2010 г.



нографии Джона Садлера, Осборна Виггинса и Майкла Шварца в 1994 и 2005 гг. Это позволяет опереться на вклады и традиции классической европейской психиатрии.

Итак, **на первом этапе** (табл. 1) необходима развернутая синдромальная квалификация, для чего предлагается описание основных известных синдромов болезненных расстройств, последовательно расположенных по регистрам (пограничных, аффективных, галлюцинаторно-бредовых, кататоно-гебефренических расстройств, расстройств сознания и конечных расстройств), причем всякий раз попарно: в отношении каждого синдрома дается его типовое описание психотического и непсихотического уровня. Например, синдром непсихотической депрессии и синдром психотической депрессии (меланхолический, тоскливый), синдром непсихотической тревоги и синдром психотической тревоги и т.д. Здесь на уровне чистого описания обнаруживается их качественное различие.

Между тем, многократные, с разных сторон обоснования таксономической самостоятельности психотических тревожных состояний в МКБ-10 игнорируются.

Что касается психических расстройств регистра пограничных состояний, то многие из них могут выступать в качестве масок психотических расстройств разного рода и, таким образом, нуждаются в особо тщательных описаниях их отличительных клинико-психопатологических особенностей. Например, астенический синдром и витально-астенический синдром; сенестопатический синдром и витальный сенесто-ипохондрический синдром.

Этот предлагаемый здесь первый этап классификации сохраняет многогранную роль синдромологии, которая в ряде кластеров МКБ-10 регрессировала до семиологии. Между тем дифференциально-диагностические признаки далеко не ограничиваются какими-то отдельными симптомами, а представляют структурно-динамические особенности синдромальных картин, — например, не столько “витальные ощущения и чувства”, сколько особенности “витального поля переживаний”.

В дальнейшем, наряду с синдромальной квалификацией болезненных расстройств, осуществляется квалификация патологических расстройств, точнее патологических отклонений, а именно патохарактерологических типов (т.е. психопатий или “расстройств личности”), а там, где это клинически значимо, интеллектуальной отсталости и интеллектуального снижения, а также половой идентификации и сексуального поведения (F 64, 65, 66). В условиях острых состояний такая квалификация недостоверна. Подобно разграничению болезненных расстройств на непсихотические и психотические, патологические отклонения разделяются на компенсированные и декомпенсированные, а компенсаторные механизмы —

Таблица 1. Психопатологические синдромы

Синдромальные регистры	Глубина психических расстройств	
	Психотические	Непсихотические
<b>1. Пограничные расстройства:</b> 1. Астенический синдром 2. Сенесто-ипохондрический с-м 3. Обсессивно-компульсивный с-м 4. Фобический синдром 5. Деперсонализационно-дереализационный синдром 6. Синдром диссоциативных (истерических) расстройств 1. Вегето-висцеральные р-ва 2. Сенсорные р-ва 3. Двигательные р-ва 4. Психические р-ва 1. Амнестические 2. Бредоподобные фантазии	Маски психотических расстройств	
<b>2. Аффективные расстройства:</b> 1. Меланхолический синдром (тоскливой депрессии) 1. Ступорозная депрессия 2. Ажитированная депрессия 3. Депрессивно-тревожный синдром 4. ... 2. Тревожный (анксиозный) синдром 1. Тревожно-депрессивный синдром 2. Тревожно-заторможенный с-м 3. Тревожно-дисфорический с-м 4. Тревожно-экстатический с-м 5. ... 3. Маниакальный синдром 1. Заторможенная мания 2. Гневливая мания 3. Маниакально-экстатический с-м 4. ...		
<b>3. Галлюцинаторно-бредовые расстройства</b>		
<b>4. Кататоно-гебефренические расстройства</b>		
<b>5. Расстройства сознания</b>		
<b>6. Конечные состояния</b>		

на дефензивные (сохраняющие различными способами исходный уровень адаптации) и протективные (радикально перестраивающиеся на более примитивный уровень).

За основу первого этапа может быть взят “Глоссарий психопатологических синдромов и состояний” А. К. Ануфриева с соавт. (1990), дополненный некоторыми более подробными дифференциациями.

На **втором этапе** осуществляется нозологическая квалификация. Здесь естественной основой может остаться МКБ-10, целенаправленно доведенная до нозологической определенности.

На первых порах необходимо упростить в МКБ-10 квантификацию депрессивных расстройств, обоснованию чего мы посвятили все свое выступление на Конгрессе ВПА в Праге в 2007 г. (табл. 2). Для этого

Таблица 2. Повышение планки психотического уровня в МКБ-10

3-ех степенная классификация МКБ-10 F 32 и F 33			2-ух уровневая типология Классические клиничко-психопатологические представления	
1	Легкий	без витальных синдромов	Непсихотическая депрессия и тревога	1-легкая
2		с витальным синдромом		2-умеренная
3	Умеренный	без витальных синдромов		3-тяжелая
4		с витальным синдромом	Психотическая депрессия и тревога	1-легкая
5	Тяжелый	без психотических симптомов		2-умеренная
6		с психотическими симптомами		3-тяжелая

необходимо вернуться к строго описанному в классической психопатологии качественному различию психотических и непсихотических депрессий. Квантификация же корректна только в качественно однородном слое. На представленной таблице хорошо видна не только большая естественность и простота предлагаемого изменения, но и значительно большее число больных, попадающих в зону повышенного риска.

Последовательная реализация синдромальной квалификации на первом этапе позволит рассмотреть на втором этапе нозологические особенности каждого синдрома и расширить список критериев в различных кластерах за счет учета

- 1) тонких психопатологических особенностей синдромальных картин и отдельных феноменов,
- 2) особенностей динамики синдромов в их связи с экзогенными факторами, включая терапию;
- 3) особенностей последовательной смены синдромов;
- 4) результатов клинического анализа при введении конкретных синдромальных картин в конкретный контекст истории болезни и истории жизни.

Наше предложение открывает перспективу для многих последующих пересмотров МКБ. Регламентация полноты развернутого диагноза предотвратит регресс клинического мышления до сверки со списком симптомов, сделает классификацию открытой и стимулирующей развитие нашего предмета, позволит уйти от своей троянской декларации быть чисто статистической и направит наши усилия и усилия практических врачей в единое русло, где бы статистические цели не осуществлялись за счет научных.

P.S. 10 лет назад в 2000 г. на XIII съезде психиатров России во всех трех выступлениях, посвященных МКБ-10 — А. С. Тиганова, И. И. Сергеева и Ю. С. Савенко, а также итогом В. Н. Краснова, приводились те же доводы, которые мы снова услышали от представителя ВОЗ по этой тематике Джеффри Рида: это только статистический инструмент, необходимый для унификации данных и их статистической обра-

ботки, не претендующий на клинические и тем более научные цели. Тогда все выступающие ратовали за двойную классификацию.

Но к этому времени уже вышел учебник Ю. В. Попова и В. Д. Вида “Современная клиническая психиатрия” с подзаголовком “Руководство, основанное на Международной классификации психических болезней 10 пересмотра (МКБ-10), для подготовки врача к получению сертификации по психиатрии”. Более того, фактически все переводные учебники последнего времени, даже Райнера Телле, следуют МКБ-10. Такой среднеарифметический подход, когда вместо разработок наиболее выдающихся продвинутых профессионалов предпочитается совершенно неуместный, неадекватный здесь “демократический” принцип консенсуса представляет разбавление концентрированного раствора водой, что значительно отдалает кристаллизацию научных истин. Это аналогично переквалификации высокоспециализированных детских психиатров в семейных врачей ради получения ссуды Всемирного банка, предназначенной для слаборазвитых стран и ввергающей в кабалу. Мы видим здесь подобие тоталитаризма с другого конца, когда всё выстраивается в вертикаль по принципу стоимости, удобства, но только не поисков истины, а слишком далеко и высоко ушедших стремятся вернуть в шеренгу.

То, что мы предлагаем, является давно отработанным традиционным постоянно подтверждающим свою эффективность подходом российской психиатрии, ясным и четким, связанным с незначительным усложнением, которое тут же себя более чем оправдывает, давая множество дополнительных диагностических опор и открывая дорогу новым. Это усложнение связано с оперированием не симптомами, и не симптомо-комплексами, а синдромами, т.е. множествами, имеющими определенную внутреннюю структуру и далекими от суммативного подхода. Но ведь так действует или должен действовать любой профессионал в своей повседневной практике.

# Об алкогольной ситуации в России и путях улучшения наркологической помощи

Гофман А. Г., Кожина Т. А., Яшкина И. В.

В последнее время общественными и государственными организациями высказывается обоснованная озабоченность по поводу урона, который несет страна в связи с очень высоким уровнем потребления алкоголя и последствиями массового злоупотребления спиртными напитками. Действительно, только по официальным данным количество лиц, страдающих алкоголизмом и алкогольными психозами, приближается к 2 % населения, а по экспертным оценкам примерно 6 % населения обнаруживают признаки зависимости от алкоголя. На некоторых территориях (Мурманская, Магаданская области) количество зарегистрированных больных алкоголизмом уже превышает 5 % населения. Видимо, в этих регионах истинная распространенность алкоголизма может быть втрое большей (15 % населения). Общеизвестно, что в течение года преждевременно умирают в результате злоупотребления алкоголем (заболевания внутренних органов и нервной системы, травмы, суициды, отравление алкоголем) сотни тысяч людей. Огромное количество преступлений совершается в связи с пьянством и в состоянии алкогольного опьянения. Сверхсмертность населения России (особенно мужчин) связывается именно с алкоголизмом. Колоссальный ущерб злоупотребление алкоголем наносит экономике, психическому и физическому здоровью подрастающего поколения. Никто никогда не опровергал эти печальные данные. Возникает вопрос, что же можно сделать в создавшейся ситуации, чтобы коренным образом изменить существующее положение.

Есть два пути решения вопроса. Первый состоит в том, чтобы контролировать качество продаваемых спиртных напитков, ограничивать их доступность для лиц, не достигших совершеннолетия, ограничивать время продажи алкогольных напитков и места их потребления, применять административные санкции в необходимых случаях. Целесообразно запретить любой вид рекламы алкогольной продукции и энергетических напитков в средствах массовой информации и, в первую очередь, на телевидении, постоянно пропагандировать здоровый образ жизни. Может быть, необходимо создать профессиональную, с учетом современных требований дизайна, рекламу, наглядно показывающую негативные последствия алкоголизма и наркоманий для здоровья самих зависимых и здоровья будущих поколений. Разумность этих мероприятий бесспорна, но могут ли они существенно изменить сложившееся положение вещей? Весь опыт СССР до 1985 года говорит о том, что эти мероприятия не могут препятствовать формированию зависи-

мости от алкоголя в широких масштабах. Надежда на эффективность антиалкогольной пропаганды и ограничение времени продажи спиртных напитков, как и сходных мероприятий, игнорирует тот факт, что этиловый алкоголь — психоактивное вещество, вызывающее патологическое пристрастие (зависимость) при более или менее длительном злоупотреблении им.

В СССР все так называемые профилактические антиалкогольные мероприятия проводились регулярно и достаточно интенсивно, но положение из года в год ухудшалось. Только со второй половины 1985 г. после известных постановлений об ограничении производства алкогольных напитков и их продажи населению ситуация начала существенно меняться. За несколько лет удалось предотвратить преждевременную смерть одного миллиона человек, в несколько раз уменьшить число ежегодно возникающих алкогольных психозов и самоубийств. Впервые за много лет число родившихся стало превышать число умерших. Как только по экономическим соображениям было отменено ограничение продажи спиртных напитков, ситуация резко ухудшилась, о чем свидетельствуют показатели 1993 – 1994 гг. То, что удалось сделать в 80-х годах, подтверждает опыт антиалкогольных мероприятий в России в начале двадцатого века. После резкого ограничения продажи спиртных напитков, начиная с 1913 г., сразу уменьшилось число алкогольных психозов, повысилась эффективность труда на производстве. Даже после разрешения продажи крепких спиртных напитков в 1925 г. уровень потребления алкоголя в СССР на протяжении многих лет оставался очень невысоким. Так, в 1940 г. годовое душевое потребление абсолютного алкоголя не превышало двух литров (в настоящее время чаще всего фигурирует цифра в 18 литров абсолютного алкоголя на душу населения, включая младенцев и стариков).

Второй путь решения вопроса об алкогольной политике в России представляется принципиально иным. Стратегическая линия должна предусматривать резкое ограничение продажи спиртных напитков. Все остальное, включая антиалкогольную пропаганду и поощрение здорового образа жизни, конечно, не отвергается, но рассматривается как дополнительные мероприятия. Должна быть сформулирована цель всех мероприятий. Разумно считать, что возвращение к нормам потребления алкоголя перед началом Великой отечественной войны, т.е. к 2 литрам абсолютного алкоголя на душу населения в год, вполне

достижимо на протяжении ряда лет. Начать можно с такого уровня продажи алкоголя, который существует в ряде стран, где не отмечается сверхсмертности от алкоголизма. Эта цифра, рассматриваемая ВОЗ как предельная, составляет 8 литров абсолютного алкоголя на душу населения (или 19,2 литра сорокаградусной водки). Затем следует каждый год уменьшать эту дозу до достижения 2 литров абсолютного алкоголя. Длительность периода ежегодного снижения уровня продажи алкоголя может составить 8 – 10 лет. При уровне потребления алкоголя в 2 литра в год, все взрослое население будет иметь возможность употреблять ограниченное количество спиртного в дни рождения и в праздничные дни. Исчезнет возможность пить после окончания рабочего дня, в субботу и в воскресенье, при любой встрече со знакомыми и друзьями. Да и на свадьбах и новосельях будет употребляться ограниченное количество спиртного. В таких условиях постепенно будет формироваться здоровый образ жизни, когда реальные достижения не будут подменяться их иллюзорным воплощением, что происходит в состоянии опьянения. Конечно, такой подход предусматривает введение государственной монополии на производство и продажу спиртных напитков, а также строгие меры по наказанию за самогонование и продажу незаконно изготовленного алкоголя населению. В принципе, к самогоноварению надо будет относиться примерно так, как к изготовлению наркотиков, их продаже и распространению. Переход к ограничению продажи спиртных напитков целесообразнее всего осуществить с помощью талонной системы, когда каждый взрослый получит возможность приобрести в течение года определенное количество крепких или эквивалентное количество не очень крепких спиртных напитков. Все отрицательные последствия талонной системы (спекуляция талонами, их подделка, употребление суррогатов алкоголя) не идут ни в какое сравнение с положительным эффектом ограничения продажи спиртных напитков. Таким опытом располагает ряд зарубежных стран. Например, опыт Скандинавии, с учетом российской действительности, вполне можно использовать в России. В условиях ограничения продажи спиртных напитков начнут решаться многие трудные проблемы. Прежде всего уменьшится смертность, но, кроме того, удастся предотвратить рождение детей с ограниченными умственными способностями, резко уменьшится число сирот и людей без определенного места жительства, резко снизится уровень правонарушений.

Пока остается только надеяться на возможность такого развития событий.

Что же мешает в настоящее время нормальной работе наркологической службы? Как показывают статистические данные, внебольничная наркологическая служба сталкивается с большими трудностями по привлечению больных к лечению. Это происходит в основном потому, что больные алкоголизмом избега-

ют обращаться в наркологические диспансеры и кабинеты. Как только регистрируется заболевание, вступают в действие всяческие ограничения на профессиональную деятельность. Если эти ограничения сохранятся в полном объеме, то регистрация больных алкоголизмом (взятие на учет) будет в значительной мере происходить за счет тех, кто перенес алкогольный психоз и был в связи с психозом вынужденно госпитализирован. Сейчас возникло парадоксальное явление: количество врачей-психиатров-наркологов не уменьшается, а частота их встреч с больными (количество посещений) явно недостаточна. Вряд ли можно считать нормальным, что врач психиатр-нарколог всего лишь 2,5 раза в году видит на приеме своего больного. Это совершенно недостаточно для организации амбулаторного лечения, в основе которого лежит психотерапия и проведение реабилитационных мероприятий. Большим изъяном современной системы оказания помощи является отсутствие возможности проводить принудительное лечение (недобровольное лечение) больных алкоголизмом и наркоманиями. Конечно, основная масса больных должна лечиться добровольно, но существуют больные, которых в силу глубоких личностных изменений, отсутствия критики к заболеванию и интеллектуального снижения, можно лечить только на недобровольных началах. Именно эти больные пополняют армию лиц без определенного места жительства и преждевременно умирают, ведя жалкое существование. Во всем мире принято считать алкоголизм и наркоманию болезнями созависимости, а это значит, что последствия пьянства и наркотизации затрагивают не только самого больного, но и большой круг родственников, вовлеченных в эту проблему. Невротизация, депрессии, обострение соматических, неврологических и психических заболеваний в условиях совместного проживания с человеком, страдающим алкоголизмом или наркоманией, глубокие переживания, вызванные его здоровьем и поведением, приводят к снижению трудоспособности родственников и, как следствие, к утрате определенного количества активных членов общества. Следовательно, это не может не учитываться и должно рассматриваться в качестве одной из первоочередных причин разработки принципов госпитализации больных зависимостями на недобровольных началах. Система принудительного лечения должна осуществляться в специальных медицинских учреждениях, во главе которых стоит врач, а основная направленность работы — проведение реабилитационных мероприятий. Необходимо использовать положительный опыт работы советских лечебно-трудовых профилакториев и отбросить отрицательный опыт их деятельности, когда режим этих учреждений приближался к тюремному.

Очень многие вопросы невозможно решить без создания закона об оказании наркологической помощи. На протяжении многих лет ведутся разговоры о

необходимости закона, но дело с места никак не может сдвинуться, скорее всего в связи с бюрократическими препонами и отсутствием договоренности по некоторым важным вопросам. Вряд ли кажется обоснованным отделение в современных условиях наркологии от психиатрии. И дело даже не в том, что достаточно часто возникают алкогольные психозы, а также отмечается сочетание психической патологии с зависимостью от алкоголя или другими ПАВ. Любая зависимость, согласно международной классификации болезней, является психическим расстройством и относиться к этому надо, учитывая принципы оказания психиатрической помощи и опираясь на опыт и взгляды лучших представителей российской школы психиатров, а не на правила, диктуемые зарубежной практикой. Формально все наркологические заболевания являются психическими заболеваниями, что фиксируется в международной классификации болезней (МКБ-10). Однако, распространить положение закона об оказании психиатрической помощи на больных болезнями зависимости в полной мере вряд ли возможно. Сразу же возникает вопрос об оценке состояния больного во время выраженного тяжелого алкогольного опьянения, а также в состоянии выраженной наркотической интоксикации. Как, например, следует оценивать состояние человека во время героинового абстинентного синдрома или во время тяжело протекающего алкогольного абстинентного синдрома? Можно ли считать, что в этом состоянии только сам больной должен решать, необходимо ему лечиться или нет? Ведь нередко формируются состояния, когда возникает опасность для здоровья и жизни самого больного и окружающих. Можно ли приравнивать интоксикацию некоторыми психоактивными веществами, когда на короткий отрезок времени возникает помрачение сознания и появляются обманы воспри-

ятия, к психозу или нет? Как следует относиться к больным алкоголизмом с выраженными изменениями личности, отсутствием критики к заболеванию и интеллектуально-мнестическими нарушениями? Их следует приравнять при оказании помощи к душевнобольным или этого сделать нельзя? Есть мнение, что дихотомическое деление всей психической патологии на тяжелые психические расстройства и нетяжелые весьма условно. Большой героиноманией, как и большой алкоголизмом при тяжелом течении абстинентного синдрома, может быть приравнен к душевнобольному, который опасен для себя или для окружающих. Эти вопросы не нашли адекватного отражения в нашем законодательстве и в отечественной литературе. С одной стороны, публично провозглашалось, что требовать от героиномана прекратить употребление наркотика, это все равно, что требовать от больного шизофренией прекратить галлюцинировать. С другой стороны, алкоголизм и наркомания не принято относить к тяжелым психическим заболеваниям. Противоречие можно устранить, только детально оговорив в специальном законе об оказании наркологической помощи основания для регистрации заболевания (взятия на учет), снятия с учета, госпитализации на добровольном и недобровольном начале. В законе должны найти отражение вопросы о недееспособности наркологических больных, о признании их инвалидами, об их правах при оказании амбулаторной и стационарной помощи. В настоящее время фактически отсутствуют необходимые правовые основы оказания стационарной наркологической помощи, ее длительности. Все эти и многие другие вопросы вряд ли можно решить простым распространением закона об оказании психиатрической помощи на лиц, страдающих болезнями зависимости.

**XV съезд психиатров России**  
**ПОСТДИПЛОМНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ,**  
**ПРОГРЕСС И КАЧЕСТВО ПОМОЩИ**  
**В ПСИХИАТРИИ**

*9 – 12 ноября 2010 г., Москва*

**E-mail: [krasnov@mtu-net.ru](mailto:krasnov@mtu-net.ru)**

## Случай аутоперсонамнезии. Диагностический разбор — подарок антипсихиатрам

Ведущие: В. В. Калинин (21 января), М. Е. Бурно (18 февраля)  
Врач-докладчик И. П. Лещинская.

21 января 2010 г., ведущий проф. В. В. Калинин

Уважаемые коллеги, представляем Вашему вниманию пациента под условной фамилией “Тунгусов” или Т. Возраст больного неизвестен, но предположительно, как можно судить по наличию татуировки “1956”, он родился 1956 году. В больницу № 3 им. В. П. Гиляровского он поступил 15 января 2010 г., был переведен из ГКБ № 50.

Со слов пациента, 5 января он приехал в Москву, предположительно из Йошкар-Олы. Он вспоминает какие-то элементы вокзала, автобуса. Т. приехал работать, предположительно строителем. В Москве он сел на какую-то электричку. Когда доехал до места, какой-то мужчина помог ему вынести вещи из электрички и предложил выпить. Т. говорит, что это был “не алкоголь, а какая-то жидкость из красной бутылочки”, и после этого он отключился. Т. считает, что очнулся он на следующий день и не понимал, кто он, откуда он, чем он занимался, то есть о себе ничего не знал. Он испытывал сильную головную боль и головокружение, других неприятных ощущений у него не было. Какие-то женщины указали Т., где находится Москва, и он пошел в Москву. Как он туда шел, сколько дней неизвестно. Т. говорит, что он старался избегать людных мест. В Москве он оказался 11 января, т.е. шесть дней он где-то бродил. В Москве он сразу стал искать, где находится милиция, чтобы там ему помогли найти себя. В милиции его напоили горячим чаем, после чего он потерял сознание, и скорой помощью был доставлен в больницу № 50.

В больнице № 50 он находился до 15 января (четверо суток), там ему провели необходимые неврологические обследования, включая КТ головного мозга. Никакой патологии со стороны головного мозга и со стороны каких-то других органов выявлено не было. Ю. С. Савенко перевел его в нашу больницу, и с 15 января он находится здесь, т.е. 5 дней. Мы ежедневно занимаемся с ним, пытаемся хотя бы что-то восстановить в памяти. Он охотно идет на контакт, очень активно пытается вспомнить что-то о себе, о своем месте жительства. Когда он беседует, то не смотрит в глаза, у него взгляд вниз, немного исподлобья. И вид у него мрачноватый, но он это объясняет тем, что по-

стоянно думает. Он считает себя “Тунгусовым”, потому, что в больнице лежал с пациентом, который рассказывал о Тунгусском метеорите и по созвучию “тунгус”, он понял что он Тунгусов. Тот пациент спросил также: “Как тебя зовут, Денис или Данила?” — на что он сказал, что его зовут Денис. Так он стал Денисом Тунгусовым. В принципе, мы о нем ничего не знаем, кроме того, что он из Йошкар-Олы, работал вахтовым методом, и что у него были документы и деньги, приблизительно 4 тысячи рублей. Он показывает, как покупал билет на электричку, как он доставал деньги. Когда он очнулся, у него была расстегнута куртка, карман был пустой, вещей в саквояже тоже не было. Все! Больше он ничего не рассказывает.

У него на теле много татуировок, и наш зам.глав врача Александр Валентинович Белов очень серьезно занялся их изучением. По характеру татуировок у нас сложилось мнение, что он в подростковом возрасте был вором, возможно, употреблял наркотики и находился в заключении. Сам он это категорически отрицает. Больше о нем ничего не известно. Кстати, у него руки и не строителя, и не крестьянина. Нет никаких заусенцев, ссадин, руки достаточно холеные, там нет ничего, говорящего о ручном труде.

**Состояние при поступлении.** Ориентирован в месте. Текущее число называет правильно. Темп речи не изменен, словарный запас достаточный. Держится несколько демонстративно, в беседе несколько напуган. Мимика живая. Психопродуктивной симптоматики нет. Вспоминает события примерно с 5 января, когда ехал в поезде из Йошкар-Олы. Не может вспомнить события с момента, когда выпил “шипучей воды”, предложенной попутчиком. И снова вспоминает с тех пор, как очнулся на лавочке, в каком месте, не знает. Отчетливо вспоминает, как попал сначала в милицию, потом в больницу. Беспомощен, просит о лечении, ищет помощи. Предварительный диагноз: органический амнестический синдром в связи со смешанными заболеваниями (острая интоксикация неизвестным веществом, хроническая интоксикация). Дал письменное согласие на госпитализацию.

**Психическое состояние в отделении:** ориентируется полностью, общается с больными и персоналом, запоминает имена. Охотно приходит для беседы с врачом. Обеспокоен происшедшим с ним. Говорит, что он “пытается все вспомнить, собирает все подробности”, анализирует свои действия. Жалуется на плохой сон, говорит, что засыпает, но вскоре просыпается и начинает пытаться “все вспомнить”. Считает, что родственники должны его искать, так как он с ними давно не связывался по телефону. Во время беседы нарушения памяти не выявляются, больной выполняет счетные операции, правильно отмечает время на нарисованном циферблате. Называет исторические события и даты. Аффективно устойчив, охотно обследуется. Общее состояние удовлетворительное.

Ведет себя правильно. Общается с больным мало, смотрит телевизор. Пытается вспомнить себя. По сведения персонала ночами спит, хотя сам говорит, что “проваливается и просыпается”.

При осмотре у него на предплечьях обнаружены самопорезы, все предплечья изрезаны. По средней линии живота идет большой шрам от лобка и выше пупка на сантиметр, и еще шрам от аппендэктомии. Его консультировал хирург, по его мнению — это возможно была ревизия брюшной полости, в случае тяжелого аппендицита, а возможно, ушивание какой-то раны. При исследовании на **КТ головного мозга** выявлены признаки гидроцефалии и частичная атрофия. Локализация атрофии не уточняется. Желудочки расширены. На **М-ЭХО** по структуре смещения нет, гидроцефальные признаки выражены слабо, преобладают слева, сигнал М-ЭХО расщеплен, легкая внутричерепная гипертензия, субарахноидальное пространство нерубо расширено. Из больницы № 50 есть очень короткое заключение **КТ головного мозга** (12.01.2010): умеренная атрофическая, больше внутричерепная, гидроцефалия, атеросклероз артерий основания мозга.

**Заключение окулиста:** частичная атрофия диска зрительного нерва, застойный диск? Диск зрительного нерва бледен с височной части, ближе к 10 часам имеется небольшое увеличение и умеренная проминация диска. Сосуды извитые, умеренно сужены, уплотнены, склерозированы.

**Заключение невролога:** жалобы на ухудшение и выпадение памяти, снижение зрения за последние полгода. Объективно: в сознании, спокойно отвечает на заданные вопросы, выполняет простые инструкции. Речевая продукция сохранена. Агнозии на предметы нет. Оболочечных расстройств нет. Зрачки D=S с обычной реакцией на свет, аккомодацией с конвергенцией. Лицевая иннервация в норме. Симптомов орального автоматизма нет. В позе Ромберга устойчив. Замедленно выполняет пальце-носовую пробу. Пареза в конечностях нет. Нарушений чувствительности не выявлено. Сухожильные и периостальные рефлексы D=S, патологических нет. Легкая атаксия

при походке. В статусе отчетливой патологической симптоматики нет. КТ — данных за объемный интракраниальный процесс нет. Небольшая ассиметричная викарная гидроцефалия с признаками церебральной атрофии. Клинически речь идет, скорее всего, о конвulsive транзиторной амнезии.

**Заключение терапевта:** атеросклеротический кардиосклероз. Полная блокада правой ножки пучка Гиса. Недостаточность кровообращения 0 – 1. Транзиторная артериальная гипертензия. Хронический бронхит. Хронический алкогольный (?) гепатит.

**Вопросы к врачу-докладчику.** - *А он новые события усваивает?* - Да, новые события усваивает, он помнит наши имена, он полностью ориентирован, смотрит телевизор, знает какие события сейчас показывают. — *А хронологию новых событий?* - Даты он не помнит. Он говорит: “я видел по телевизору”. Про Чечню с ним говорили — знает, говорит: “Я видел, по телевизору показывали”. Спрашиваем: “а где Чечня?”, отвечает: “На юге”, “Президент Медведев”. — *А Путин кто?* — “Ну, я видел, что Путин был президентом”. Ельцина не помнит, его фамилия ему ничего не говорит. — *Он усваивает, если что-то сейчас происходит?* - События, которые сейчас происходят, он запоминает. Фиксационной амнезии нет. — *Он последовательный? Нет впечатления, что те же события он интерпретирует по-разному?* — Нет. Одинаково, он стереотипный. Те же жесты, все рассказывает с той же жестикულიцией! — *Нет впечатления, что это заученное?* — Когда он вспоминает, каждый раз видно, что он напрягается. И теми же жестами он показывает, когда ехал из Йошкар-Олы, то показывает “вокзал с этой стороны желтый, там было написано, а вот с этой стороны дом”. - *О татуировках, что он говорит?* — Он отвечает: “Не знаю откуда”.

**Заключение психолога от 19.01.2010 г.** (психолог С. А. Анохина):

Обследуемый правильно ориентирован в настоящем моменте, ориентировка в прошлых событиях нарушена. На вопросы о фактах собственной биографии отвечает не полно. Жалуется на потерю памяти, головные боли в затылочной области, шаткость походки. Фиксирован на своем состоянии. Выражение лица угрюмое, на психолога не смотрит, периодически прикрывает лицо рукой. Экспериментальные инструкции усваивает и выполняет в полном объеме. Быстро истощается и жалуется на усталость. Отмечается также пресыщаемость. Результатами обследования не интересуется. По объективным данным объем внимания заметно сужен, затруднена фиксация на этапе включения в работу. Колебания уровня концентрации имеют выраженный характер, больной не замечает совершаемых ошибок. Показатель непосредственного запоминания ниже нормы: 4,6,7,9. Отсроченное припоминание 5 слов из 10. Введение опосредования повышает продуктивность запоминания до 90 %. Ассоциативный процесс протекает на фоне незначи-

тельных затруднений. Образы адекватны, несколько стереотипны. Наряду со стандартными присутствуют субъективно-опосредованные образы, отражающие переживания испытуемого по поводу актуальной ситуации. В частности, для запоминания понятия “Я”, испытуемый изображает темное пятно. Объясняет это таким образом: “Темнота, я ничего не помню”, — при этом явно расстраивается. Графика испытуемого органическая, имеет особенности, свойственные алкоголизирующимся больным. Мышление характеризуется достаточным уровнем интеллектуального развития, категориальный способ решения мыслительных задач доступен, преобладает. Отмечаются определенные трудности при выполнении заданий, требующих проявления фантазии, абстрагирования от конкретного плана. В частности, эти затруднения проявляются при выполнении проективных тестов. Задания с преимущественной опорой на прошлый опыт испытуемый выполняет с трудом. Например, с затруднением поясняет переносный смысл метафор, не в состоянии истолковать простые пословицы. Продуктивность интеллектуальной деятельности значительно страдает вследствие быстро наступающего истощения. Фактически, за один раз пациент не в состоянии полностью выполнить все задания, которые предполагаются стандартной процедурой психологического обследования. Проективная диагностика выявляет: сниженный фон настроения, фиксированность на стрессовой ситуации, значительную эмоциональную напряженность, тревогу, сужение в зоне жизненного комфорта, обостренную чувствительность к внешним воздействиям, появляется определенная напряженность в сфере межличностных контактов, повышенный самоконтроль используется с целью скрыть свою ранимость и уязвимость. Потребность независимости фрустрирована, существующая ситуация вызывает неудовлетворенность. Таким образом, по результатам психологического исследования на первый план выступает состояние беспокойства, тревоги, нарушающие продуктивную концентрацию внимания; депрессивная окрашенность переживаний; фиксированность на психотравмирующей ситуации; сужение зоны жизненного комфорта, обостренная чувствительность к внешним воздействиям на фоне умеренно выраженного когнитивного снижения по органическому типу, о чем свидетельствует выраженная истощаемость, снижение непосредственной памяти, трудности абстрагирования в мышлении.

#### Вопросы к психологу.

— *Состояние памяти и ее функции какие?* — Смысловая память у него полностью сохранна, 90 % эффективность запоминания, и в процессе не возникало сложностей. Что касается механической памяти: кривая запоминания у него органическая, у него, как мы говорим, “алкогольная кривая”, то есть чуть снижено непосредственное воспроизведение и значительно снижена ретенция отсроченного воспроизведе-

дения. — *Мнестические расстройства у него есть? Вы сказали о функциях памяти, а центральные расстройства, что он себя не помнит, если только он не притворяется?* — Не существует в стандартной психологической методике исследования тестов, которые выявляли бы эти расстройства памяти. Он не помнит фактов своей биографии, он это говорит. И все, что сказала врач- докладчик, он рассказал мне и остальным врачам. Он очень последовательный в изложении своей ситуации, абсолютно не возникает ощущения симуляции или аггравации, т.е. весь его рассказ на фоне действительно реальных переживаний. — *Выявленные Вами расстройства функции памяти, “алкогольная кривая”, они стоят в причинной связи с тем, что он не помнит себя или нет?* — Нет. — *Что-нибудь в отношении памяти удалось выявить такое, что имело бы отношение именно к тому, что он себя не помнит?* — Я не очень представляю, что бы это могло быть. Я не знаю, что нужно выявлять в данном случае.

**Беседа с больным, ведущий В. В. Калинин:** — Добрый день, проходите сюда, присаживайтесь пожалуйста. Вас Денис зовут? — Да. -Фамилия? — *Тунгусов.* — Вас не смущает присутствие большого количества людей? — *Смущает.* — Я Вас попрошу не смущаться, это все врачи, все психиатры, все собрались с одной целью — разобраться в Вашем состоянии и Вам помочь. — *Я благодарю.* — Очень хорошо. Какое сегодня число, день недели, год и месяц? — *Сегодня четверг, двадцать первое.. январь, по-моему...* — А год? — *2010.* — Хорошо. Вы все правильно ответили. Где Вы находитесь территориально, как это место называется? — *В больнице.* — Какого профиля больница? — *Ну, как говорили, психиатрическая?* — Вы раньше бывали в психиатрических больницах? — *Не помню* — Что вас сюда привело? — *Ну, как, меня привезли сюда из пятидесятой больницы.* — А там как Вы оказались? — *Я ехал на автобусе, доехал до конечной...* — Простите, откуда и куда шел автобус? — *Я не помню.* — Маршрута Вы не знаете? — *Я помню только, когда я вылез с автобуса, на автобусе было написано “Столица”, и автобус был красный. Вылез с автобуса, брал билет на электричку. Ехал в электричке, когда электричка остановилась, я вытаскивал большую сумку, мне помог мужчина, мы сумку поставили на лавочку, мужчина рядом сидел. Он протянул мне капровую бутылку, то ли “Спрайт”, но сладкая вода, я выпил, передал ему бутылку, а потом очнулся от холода...* — В другом месте? — *В этом же.* — В автобусе? — *Нет. На станции.* — Спустя какое время Вы очнулись, примерно? — *Не помню.* — Несколько минут, часов? — *Не помню, но я замерзал.* — И этого мужчины не было рядом? Вы были один? — *Да.* — И дальше что? — *Дальше... я.. я пошел, я спустился в переход, прошел переход и пошел в обратную сторону. В обратную сторону пошел. Вот я ходил, это было пятого числа. Я по пальцам считал.*



— Как Вы узнали, что это было пятое января? — *Потому что я примерно знал, что мне пятого нужно, и у меня билет был на электричку.* — Там была дата написана? — *Да. Я ходил... Два дня я ночевал, просился к строителям в вагончике, просился у них ночевать, а остальные дни я все ходил по городу.* — Это Москва была или где-то рядом с Москвой, вот эти вагончики строительные? — *Не знаю.* — Вы помните себя с того момента, что Вы вылезли из автобуса, а до того момента Вы ничего не помните? — *Чернота.* — Совершенно ничего нет в памяти? — *Вот вчера я вспомнил, что автобус, когда я ехал в автобусе, с обеих сторон по дороге были мягкие игрушки.* — Торговля что ли? — *Да, в дороге — мягкие игрушки, все.* — И больше ничего? — *Да.* — Сейчас память тоже в неважном состоянии? — *Не сказать, что хорошо, но лучше.* — Вы помните свой год рождения? — *Год рождения у меня вот написан.* — Это татуировка, а так, если бы не она, Вы бы не могли назвать? — *Нет, не смог. Я свое день рождения вспомнил, когда лежал в пятидесятой больнице, рядом со мной лежал мужчина, он говорит: “я геолог!” — и он рассказывал, что он ездил там где упал Тунгусский метеорит, вот я вспомнил, я говорю это моя фамилия... — Тунгусов? — Да.* — Это Вас как бы озарило сразу, до этого Вы не могли вспомнить? — *Да. Я сразу врачей позвал и говорю, что это моя фамилия.* — А как Вы вспомнили свое имя, Денис? — *Потому что у меня в голове крутилось Денис или Данило.* — И как же окончательно? — *Ну, вот, Денис, по-моему.* — А отчество какое? — *Не знаю.* — Как зовут отца? А мать? — *Не знаю.* — Они живы? — *Не знаю.* — Вы женаты? — *Тоже не знаю.* — Разведены? — *Не знаю.* — Дети есть? — *Не знаю.* — Настроение сейчас неважное? — *Да, мне хочется вспомнить все.* — И неважное настроение из-за того, что не можете все вспомнить в полном объеме? — *Да, я хочу вспомнить все.* — Как Вы можете охарактеризовать свое настроение? Это что: душевная боль, тоска или тревога? — *Душевная боль, тоска.* — А раньше были попытки приехать в Москву или тоже не помните? — *Ну, я думаю, если я с сумкой ехал, значит, я уже приезжал сюда на работу. Я ездил на работу.* — А кто Вы по профессии? — *Строитель.* — А это Вы помните, что Вы строитель? — *Нет, я не помню, но помню почему! Я просто смотрю на линолеум и могу его стелить, окна — я их могу ставить.* — Значит, владеете строительными навыками, это не каждому мужчине дано. Еще что умеете делать? — *Помню шахты... — Угольные? — Нет, лифтовые. Помню, вроде, мы их тоже делали.* — И то, что жили в Йошкар-Оле, Вы тоже всего лишь предполагаете? — *Нет, потому что никакой город у меня в голове не идет, а я вот ясно вижу вокзал — желтый вокзал с башенками, и там написано Йошкар-Ола, и там поворот налево, там серый вокзал — автовокзал.* — Раньше Вы это видели? Такое здание вокзала в Йошкар-Оле или это впервые Вы увидели, и Вы поняли, что это Йош-

кар-Ола только по надписям. — *Да, я вспоминаю, что это этот город. Потому что никакой другой на ум не идет.* — Писать, читать Вы не разучились? — *Писать я могу, но не все буквы вспоминаю, но могу писать.* — Но Вы написали: “Я родился в городе Йошкар-Ола”, иное дело, что буквы не письменные, а печатные. — *Я письменных еще не помню, не вспомнил.. Печатные я в газете смотрел.* — А когда смотрите в больнице телевизор, вспоминаете какие-то передачи, которые видели раньше, вспоминаете какие-то песни, мелодии, кинофильмы? Или все, как совершенно новое воспринимаете, неизвестное, незнакомое? — *Да. С людьми разговариваю, они что-то говорят, а я ничего не понимаю.* — Скажите, а кто сейчас у нас глава государства? — *Это я по телевизору смотрел.* — Это Вы, когда очнулись? — *Здесь смотрел.* — И кто? — *Это, по моему, Медведев.* — Как его зовут? — *Не знаю.* — А кто у нас премьер-министр? — ... — Уже трудно вспомнить? — *Да.* — Путин, слышали о таком? — *Да, мне говорили сегодня.* — А, до Медведева кто был президентом? — *Не знаю.* — Путин, я вам подскажу. А как Путина зовут? — ... — Скажите, а арифметические действия не разучились выполнять? Счет в уме. — *Я часы рисовал... — Нет, не часы. Часы Вы правильно нарисовали. А таблицу умножения Вы помните, например, умножить 13 на 13? — Это, наверное, будет ... 169 ... — Молодец! Правильно. А есть такая поговорка: “Не все то золото, что блестит” — как Вы это понимаете? — Значит это не золото.* — Не золото, а какой-то другой металл? — *Да.* — А вот говорят: “В каждой избушке, свои игрушки” — это как понять? -... Не слышали, наверное, эту поговорку? Но какие-то предположения будут в плане трактовки? — ... *Наверное, у богатых свои, а у бедных свои...*

#### Вопросы к пациенту.

Ю. С. Савенко. — Денис, Вы меня помните? — *Да, я Вас помню. Вы приходили ко мне в больницу.*

Ведущий: А как зовут доктора? — *Не помню.* — А знали как зовут, интересовались тогда? — *Да.* — Сейчас не помните? — *Не помню.*

Ю. С. Савенко: — Как я был одет тогда? — *Вроде также были одеты.* — Что у Вас в памяти осталось от пятидесятой больницы? — ... *от этой больницы плохое впечатление.*

Ведущий — А почему плохое? — *Потому что я лежал, и возле меня постоянно лежали умирающее.* — Вы в реанимации, наверное, лежали? — *Да.* — Поэтому плохое впечатление, что постоянно умирали? — *Персонал.* — Грубо себя вел? — *Да.*

— Денис, Вы какие-то пути поиска воспоминаний продумывали, что можно сделать для Вас? — *Я каждый день думаю об этом.* — Если бы Вашу фотографию разместили на центральном телевидении, во всеобщем розыске, как бы Вы отнеслись к этой идее? — *Я и хотел идти на Казанский вокзал для этого. Я согласен.* — Почему именно на Казанский? — *Мне женщина сказала: “Тебе нужно обратиться на Ка-*

занский вокзал, в киоск, там есть такая программа"... — Программа "Жди меня"? — Да.

— А у Вас родные есть? — Должны быть. — А кто у Вас есть? — Я не знаю. Если я прожил 54 года, неужели у меня нет ни друзей, ни жены, они должны быть.

— Денис, засучите рукава и нам покажите. Что Вы там видите? — Чего вижу... Порезы вижу. — Ну, это не порезы, а старые рубцы, шрамы. Что это такое? — Я не помню. — Как Вы думаете, от чего такие порезы остаются? — Не помню. — Не помните. Хорошо, а других Вы таких встречали, кто берет и режет? — Не помню. — Не хочется Вам это вспоминать или хочется? — Я хочу вспомнить, все хочу вспомнить, но не помню. — А кто это порезал? — Я не помню. — А Вы сами могли это сделать? — Наверное мог. — Когда человек режет себя? — Не знаю.

— Как вы сами думаете, в чем Ваша главная проблема? — Моя проблема — себя найти, вспомнить себя, что хочется себя найти, родных найти. — И вернуться в ту жизнь? — Да. — А такие случаи бывают, Вы знали, что такие случаи происходят с людьми? — Не помню. — Но бывает такое? — Мне женщина говорила, что многие обращаются в эту передачу. — Она знает, что такие случаи бывают и не редко? А Вы не знали? — Я не знал. Это она мне подсказала, она меня отвела.

— А что у Вас в голове? Голова свободна? Что делается в голове? — Когда не сплю, то думаю. — О чем Вы думаете? — Все вспоминаю. Стараюсь вспомнить. — А сами по себе воспоминания невольно наворачиваются? — Вообще ничего. — А ассоциации? Вот Тунгусский метеорит, и Вы сразу вспомнили, что Вы Тунгусов. — Я просто вспомнил фамилию и все... — Но, вспомнили тогда, когда сказали, что упал Тунгусский метеорит. — Я услышал на слух эту фамилию.

— А такое бывает у Вас в эти дни, что будто это уже было со мной? Вокруг что-то видите и как будто это уже было — повтор? — Нет. — Сновидения какие? — Никаких. Я проваливаюсь, как в яму, когда я сплю, я ничего не вижу. — Как в яму проваливаетесь? — Да.

— Вам хочется вспомнить себя? — Очень хочется. — А как Вы думаете — вспомните, есть уверенность, что вспомните, или сомнения есть? — Если Вы поможете, значит будет уверенность.

— Вы в Бога верите? — Наверное верю. Потому что в красном уголке иконы есть, я постоянно туда хожу. — Вы молитесь? — Да. — Перекреститесь. (Больной крестится).

— Денис, а когда Вы в зеркало смотрите, Вы себя узнаете? — Сейчас-то я уже привык как-то к лицу своему, а когда с реанимации приехал, я себя не узнавал. — Вы увидели совершенно незнакомое лицо? — Да.

— Хочется еще раз спросить Вас о настроении. Какое у Вас настроение? — Настроение подавленное.

— Оно всегда такое было, как Вы пришли в себя? — Да. — Почему? — Не знаю, растерянность — сначала была растерянность, потом неуверенность, вспомню ли себя. А сейчас, если столько народу могут помочь. — Т.е. плохое настроение из-за того, что не хорошо в Вашей жизни? — Да. Я виню себя за то, что взял эту бутылку у этого человека

— А мысли как в голове текут? — Мысли, я все думаю, все вспоминаю, прокручиваю от начала до конца, все постоянно одно и то же. — Вы можете сказать, что все время в голове мысли крутятся о том, что память потеряли? — Я стараюсь вспомнить все. — Получается? — Не получается. — Когда пришли в себя, не было трудно отвечать на вопросы, не искали в голове мысли? — У меня и до сих пор, у меня как будто пьяная речь, не нормальная, а пьяная, не свободно идет, а я как будто выдавливаю из себя. — А нет ощущения, что слова потерялись в голове, Вы их там ищите, а там пусто? — Да вот я про это и говорю. Потому что некоторые слова говорят, а я их не знаю, не понимаю. — Это какие-то иностранные или русские слова? — Нет, русские. — Я имею ввиду немножко другое, что в голове пусто, а Вы там ищите, а там мысли пропадают или, наоборот, находятся? — Нет. — А ощущения, что какая-то сила влияет на мысли, Ваши мысли Вам не принадлежат, подчиняются не Вам, а какой-то силе извне, какая-то сила забирает, кто-то вмешивается в Ваши мысли, кто-то их узнает, считывает, такого нет? — Вроде нет. — И не было? — Не знаю. — Или Вы о чем-то думаете, и тут кто-то из окружения повторяет вслух, такого не бывает? — Нет. У меня бывает, что что-то начинает проясняться и сразу резко теряется. — Т.е., начали что-то вспоминать, думаете о чем-то, а тут провал резко? — Не вспоминать, я просто начинаю прокручивать это все, и у меня резко обрывается все.

— Вы пионером были? — Я не помню. — Я назову сейчас три фамилии, может Вы все три и знаете: Брежнев, Ленин, Сталин. Вы какую знаете? О чем-то говорят Вам эти фамилии? Знакомы они Вам? Подумайте не спеша. — По-моему, по-моему Ленин... здесь... в Москве лежит. — Кто такой Ленин, если он лежит здесь в Москве? — Может какой-то президент был. — А Брежнев и Сталин, они кто такие? — Не помню. — Что-то про Великую Отечественную войну знаете? Когда она была, когда закончилась? — Не помню. — Какая столица в Америке? — ... По телевизору показывали, но я не запомнил. — А столица Франции? — ... Париж? — Столица Англии? — Не знаю.

— Денис, какие ощущения в голове, голова здоровая или болит? — Болит, когда много думаю. — А какие ощущения там появляются, расскажите нам, что Вы чувствуете? — Вот, у меня от этого места начинает болеть (показывает). — Внутри там или снаружи? — Внутри — И что чувствуете? — Боль чувствую. — Сильная боль? — Нет, тупая боль. — Вы по-

стоянно, когда не спите, стараетесь вспоминать? — *Да.* — А устаєте от этих мыслей? — *Да, устаю.* — Стараетесь от них отвлечься, стараетесь их прогнать? — *Мне врач говорит, да, надо отдыхать.* — А Вы сами до этого старались не вспоминать, иногда? — *Я стараюсь вспоминать каждый раз, каждый день.* — А бывает такое, что голова болит, и Вы не хотите вспоминать? — *Нет. Такого не бывает.*

— Вы устали? — *Да, устал.* — Можно сказать, что выдохлись? — *Да.*

— Когда Вы вспомнили, что Тунгусов, Вы обрадовались? — *Да, обрадовался. Потому что я сразу позвал врача, у меня было написано “неизвестный”, я говорю: “Переправьте, что Тунгусов!”.* — Вы уверены, что Тунгусов? — *Да. Потому что я расписываюсь еще так.* — Вы эту подпись забыли, а потом вспомнили, или Вы могли расписаться? — *Я с закрытыми глазами вспоминал, рука сама расписалась.* — Рука расписалась, а вспомнить фамилию не могли? — *Я раньше вспомнил.* — А когда Вам сосед по палате начал рассказывать о Тунгусском метеорите, это совершенно новая была информация, неожиданная, интересная, или Вы поняли, что Вы это раньше знали, слышали? — *Нет, я не слышал.* — В каком году была эта катастрофа? — *Не знаю, он просто мне рассказывал.* — Где это было? — *Не знаю.* — Это было в Сибири, в районе речки Каменная Тунгуска, по этому и называется Тунгусский метеорит. Вы могли родиться в тех местах, жить там? — *Нет.* — В Сибири Вы не были? — *Нет.*

— Денис, мы сегодня выясняли в какой стране мы живем, Вы помните? — *Россия.* — А Советский Союз Вам о чем-то говорит? — *Нет, не знаю.*

— Вам вчера доктор гипноз проводил, у Вас осталось воспоминание, Вам лучше было? — *Вчера, когда процедура была, да. Началась сначала музыка, а когда шум дождя — вот это очень..., когда меня толкнули, мне стало как-то легко.* — А память восстановилась? — *Нет, я как в провале был.*

— Скажите, сегодня был завтрак, был обед? Что давали на завтрак, а что на обед? — *На завтрак кашу, вроде.* — Какую кашу? Каша разные бывают. — *Не знаю.* — Кто-то из врачей может подтвердить, что давали кашу?...Вот говорят, была геркулесовая. А что на обед давали, Денис? — *Суп вермишелевый.* — А на второе? — *Курица.* — А как зовут лечащего врача Вашего? Вот, она сидит. — *Я забываю.* — Вы же неоднократно слышали, как зовут доктора? — *Я забываю.*

— Денис, Вы выписывали что-то правой рукой. Это что? — *Это фамилия.* — Зачем Вы это делаете? — *Я вспоминаю для себя.* — Вы говорите, что голова у Вас болит, а тело Вы чувствуете как и раньше? — *Я хожу будто по палубе.* — Качает? Равновесие трудно удержать? — *Да, качка.*

— А ноги легко переставлять? — *Да, нормально.* — Побежать смогли бы? — *Не знаю.* — А как чувствуете сердце, дыхание? — *Всяко бывает, но в основ-*

*ном нормально.* — Когда Вы чай выпили в отделении милиции, Вам плохо стало? Что Вы почувствовали? — *Я ничего не помню, я потерял сознание.* — Помните, как стало плохо, как начиналось? — *Не помню.*

— А почему Вы боялись умереть? — *Я боялся умереть, потому что если я умру то никто не будет знать из моих родных.* — Вам этого не хотелось? — *Мне хотелось, что бы родные знали.*

— А Вы сами-то знаете, что это “ВЫ”. — *Да, наверное, кто же еще.* — Просто забыли себя? — *Да.* — А может Вы и раньше такой были, до того как розовой воды попили? — *Нет, я же помню.* — Откуда Вы знаете, что Вы помнили все? — *Я помню этот автобус, помню в кассу стоял, расстегивал куртку, доставал паспорт, в паспорте у меня был пластиковый пропуск, деньги, я, рассчитался, деньги я положил на место, а билет в задний карман. Вышел на перрон..* — А то, что Вы не помните в прошлой жизни, — это было интересное или неинтересное, или что-то страшное? — *Для меня это не имеет значения, это моя жизнь.* — Не тревожат воспоминания? — *Нет.* — А сколько денег было в бумажнике, примерно? — *Не помню, но около 4 тыс.* — И это все пропало — паспорт, деньги и пропуск? — *Да.* — А вот такое сочетание ЛТП, не слышали? — *Нет, а что это такое?* — У Вас раньше не было таких состояний, это незнакомое чувство? — *Нет, это первый раз.*

— Спасибо. Вы не согласитесь показать нам свои татуировки? — (Показывает). — Спасибо, можете идти. До свидания.

**Врач-докладчик.** Я в своей практике впервые встретилась с таким состоянием у больного, как аутоперсонамнезия. Аутоперсонамнезия — это общее название состояний, которые, в зависимости от клинических особенностей, можно отнести к различным видам психической патологии. Трактовка причин аутоперсонамнезии различная: от бредовой деперсонализации эндогенного происхождения до влияния отравляющих веществ, выключающих определенную зону головного мозга, и даже какого-то психотронного оружия. Мне, в данном случае, больше всего импонирует определение аутоперсонамнезии как конверсионного, истерического расстройства в ответ на психотравму у определенных личностей. Мне кажется, что это больше всего подходит для нашего пациента. Мы можем с уверенностью сказать, что у него криминальная юность. Это можно сказать по его татуировкам, которые сделаны давно. И по трактовке этих татуировок получается, что он воровал, сидел, употреблял наркотики. А. В. Белов смотрел, что означают его татуировки.

**А. В. Белов:** Я посмотрел в интернете, что означают эти татуировки. Вот паук и расположение паука. Если паук в паутине нарисован на руке или на пальцах, то это означает связь с наркотиками, т.е. человек, употребляющий наркотики. Но паук, который нарисован в паутине и на шее, означает, что человек не

приемлет законы и идет против всех устоев, существующих в том числе и в тюрьме, так называемое “отрицалово”. Я не нашел паука, который нарисован на боку, как у пациента. Но если сопоставить это с многочисленными порезами, то это идет как переключка такая. Татуировка Мадонны с младенцем означает, что он или дитя тюрьмы, или рожден в тюрьме. На правом плече у него татуировка молодой женщины со шлемом, здесь шлем говорит о воровской жизни, а молодая женщина — означает, что семнадцатилетие встретил в тюрьме, в местах заключения. У него на руке размытый перстень ромбом. Эти все ромбы принадлежат к воровским, в зависимости от того какой ромб, что там внутри, различные полоски, все это говорит о том, какой вор: с грабежом, без грабежа, вагонный, с насилием или без насилия, или он в светлую работает, или по ночам ходит. У него это сложно определить, потому что размыто, но если сопоставить все татуировки, то это: наркотики, воровство, “отрицалово”, психопатические черты. Вырисовывается такая общая картина. У него на руке написано “ЗЛО”. Это аббревиатура, которая расшифровывается, как “за все легавому отомщу”. Год рождения и “ЗЛО” он сам видимо колол. Если в других татуировках чувствуется элемент профессионализма, то год рождения и “ЗЛО” неровные, нечеткие. Но все это укладывается в общую картину, что это особая девиантная личность, которая провела юность в местах лишения свободы.

**Врач-докладчик.** Видимо, он действительно провел юность в местах лишения свободы. И может это была Республика Марий-Эл, поскольку там много всяких лагерей. Может он там и осел и жил до последнего времени, и возможно там и живет. Мы с ним Чувашию вспомнили, Волгу он знает. И, так мне кажется, он перенес стресс. Действительно, ведь его напояли, или может он сам пил, его обокрали, и, оказавшись без документов, без денег, он и дал вот такую конверсионную реакцию по типу амнезии. При данной ситуации это вполне возможно. А говорить о каком-то эндогенном состоянии, мне кажется, здесь не получается. Здесь только катамнез сможет показать. Депрессивные расстройства у него чисто ситуационные. Еще можно думать, что он скрывается, симулирует, но он сам идет на контакт, он идет на гипноз, он идет в милицию. В милиции его фотографировали, и мы спросили его насчет татуировок: “Может вы отбывали наказание?” — на что он ответил: “...но с меня же снимали отпечатки, брали показания, искали в базе, и меня не нашли...”. Так что надежда на гипноз.

**А. Л. Дмитриев (психотерапевт):** Мы думали, что это — симуляция или страдание? Конечно, это страдающий человек. Здесь и сейчас он повторил практически все то же самое, что он говорил ранее. Но, он вспомнил Ленина — это новая информация, Париж — новая информация, т.е. постепенно извлекается из памяти и появляется то, чего не было. Безусловно, в этой личности есть демонстративно-истеро-

идный радикал. Конверсионные расстройства в рамках эндогении или органики? Наверное, ближе к органике, за это говорит и быстрая истощаемость, вегетативные стигмы, при мыслительном усилии сильная головная боль. Он казался человеком простодушным, каких на Руси очень много. В 90-х был у нас подобный больной. Это был бригадир, который взял крупную сумму денег и потерял. Но у того больного аффективные расстройства перекрывали мнестические. Здесь же очень узкая избирательная автобиографическая амнезия. После всех своих мытарств — личность достаточно сгармонизированная жизнью, может быть и семьей. И он очень аккуратен, например, в банный день ему выдали трусы с маленькой дырочкой, он вернулся, и потребовал поменять ему трусы, причем достаточно определенно. А когда мы стали уделять внимание татуировкам, он пришел, и немного с таким “праведным гневом” сказал: “Я сам в милицию пришел, я сам боюсь заключенных, вы что мне не доверяете?!”.

Как лечить? Лечение и общение с ним я начал с рассказа Гайдара: “Старик и ребенок идут, и видят камень, на котором написано, что если его поднять, то жизнь изменится”. Мы долго обсуждали этот рассказ. Интересно как он его вербализовал, он сказал: “Это же моя жизнь”. Я лечение попытался начать издалека, не от симптома пойти, а от личности. И мы начали с долгих осторожных бесед, но, самое главное, он сам начал приходить. Я долго думал о гипнозе, потому что не знал, как его проводить, с чего начать. Потому что при всей своей ситуативно-событийной невольной амнезии, ему неприятна тюремная тема, и он вытесняет тему о наколках, ему не нравится такое внимание к ним. Залезать в память? Он, собственно, человек сгармонизированный в жизни, за счет другого жизненного опыта, человеческого, скорее всего. Я расскажу, как проводил гипноз. Я выбрал классический вариант, предлагаемый академией. Когда больной думает, он напряжен. Мыслительная работа вызывает ненужное аффективное напряжение. И я выбрал классический вариант с расслаблением, это нейтральный способ. И больной даже запомнил шум дождя, и он остался на этом фоне расслабления. Общая подготовка, мышечное расслабление, долгая релаксация. Я его взял на группу, в групповом варианте проще с человеком работать. По опыту нашего стационара я знаю, что для пациентов, идущих на гипноз, — это либо ожидание телевизионных фокусов, либо страх, поэтому я назвал это “лечебным сном”. Я отследил вторую стадию гипноза, сделал запрещающее подчинение, попробовал поднять голову, на второй стадии я его выпустил, и он у меня ушел в лечебный сон. Я включил в установку следующее: память работает хорошо, легко, спокойно, вспоминаются события жизни. Т.е. я акценты ставил такие: воспоминание должно произойти искренне, легко, непринужденно, внезапно, может быть при просыпании, может

быть и при засыпании. Воспоминание должно быть окрашено эмоционально положительно. Конечно, я включил в установку, что воспоминание доставляет радость, приятно и легко уходить в такие моменты. И он сам заявил, что ему приятно вспоминать, говорит, что это его жизнь была. В действительности это момент двойственный, потому что прошлого не знаешь, особенно, когда первый сеанс и незнакомый человек. Залезешь, а прошлое может быть действительно неприятно. Меня поразило, как он себя вел. Обычно, когда пациенты заходят на наши кушетки впервые, то начинаются качалки-раскачалки — ворочаются, переворачиваются, перекрещивают руки, ноги. А он лег на эту качалку, как будто уже месяц к нам приходил. Он лег удобно, расслабился, как лег, так и не менял позы. Это обычно бывает с людьми, которые у меня не первый раз. Это очень интересный момент. Такое впечатление, что он проходил через это. И интересно, что после сеанса я ему заказал лечебный сон, он вышел и заснул, я немного упустил, даже специально в первый раз, а потом через 30 минут он сам пришел повторно и говорит, что он кусочек вспомнил, и выдал эту коротенькую информацию: *“Я еду по дороге, по сторонам продают мишек мягких, фарфор”* — вот этот кусочек всплыл.

Считаю все-таки, что в данном случае мы рассматриваем конверсионное расстройство в рамках органической катастрофы.

**И. С. Павлов:** Это не эндогенный больной. Он какой-то погруженный в себя, как говорится, “весь в себе”, но это погруженность не эндогенного характера, он не процессуальный. Конечно, больной сложный, с ним нужно еще долго работать, в понедельник будет мой сеанс гипноза.

**А. Г. Меркин:** У меня очень много таких больных было. Правда, они попадали к нам остро, как правило, в первые сутки после того, как приходили в себя. По поводу этого больного скажу, что здесь на первый план выходит депрессия, и психологически понятно ее возникновение. И по поводу расстройства памяти — все забыл, а моторные навыки сохранились. Как, пример, он расписался — это то, о чем пишут старые авторы, что “все уходит, а моторные навыки сохраняются”. Если рассматривать память, то моторные навыки сохранены.

Что мы видим у него в статусе? По поводу конверсионных расстройств: на данный момент демонстративности в его статусе не видим — это первое. Второе, мне бы хотелось возразить по поводу термина “аутоперсонамнезия”, т.е. расстройство автобиографической памяти. Здесь расстройство связано не только с автобиографической памятью, но с тотальными мнестическими нарушениями, здесь сохранились только моторные навыки. Мне кажется, здесь более корректно использовать термин транзиторная глобальная амнезия, потому что такие больные что-то периодически вспоминают и приходят в себя. Тут

нужно говорить о том, какой генез именно этих расстройств, именно этой потери памяти, и на какой почве, или в рамках какой патологии мы наблюдаем эти расстройства. У большинства больных, которых я видел, присутствовала определенно патологическая подоплека — это первое. Второе, их находят обычно на вокзалах, платформах, в метро, в электричках, поездах, автобусах. Они, как правило, не лежат, они сидят, куда-то едут. Сейчас многие говорят, что их чем-то отравили. В Москве распространены криминальные отравления лепонексом и азалептином. Лекарство добавляют в алкоголь, например, в пиво пару таблеток, и больные, выпив полбутылки, теряют сознание. И потом они попадают в отделение токсикологии. Почему клиника отравления в данном случае сомнительна? Потому что, как правило, больные приходят в сознание не тогда, когда они лежат на полу, как это бывает при отравлении, а когда они куда-то едут. Можно предположить, что они совершали какие-то целенаправленные действия, то есть их действия носили характер осознанных действий. Второе, если это отравление азалептином, то трудно себе представить, что на платформе, на вокзале, в нынешней не самой лучшей социальной ситуации эти больные пролежали бы сутки, и милиция их не подобрала. Привозят из подворотни, они там час поваляются, получают обморожение, но привозят. Клиника отравления азалептином подразумевает 12 часов нахождения без сознания. Трудно себе представить, что в течение этого времени его никто не подберет. Поэтому отравление в данном случае сомнительно. Предположительно, упорядоченное поведение, потому что он не попал никому в поле зрения. Поэтому, я думаю, это какие-то пароксизмы, амбулаторный автоматизм. По всей видимости, какие-то сумерки, т.е. это противоречит предыдущей концепции о конверсионных нарушениях. Я говорю о том, что мы наблюдали. Вы говорите — “конверсия”, а я предполагаю — “сумерки”. Я против конверсии, потому что мы видим психопатоподобное поведение в анамнезе, как, по всей вероятности, и было. Однако, можно ли его расценивать как демонстративное, может его следует расценивать и как эксплозивное, и это тоже укладывается в предположении о пароксизмальном характере возникающих нарушений. — *А вот у него припадок был в милиции?* — Это спорно, потому что для того, чтобы привести его в больницу, скорая помощь напишет все что угодно, и состояние эпилептического самое удобное. Здесь можно говорить о том, на какой почве или при какой патологии встречаем эти расстройства. Профессор Остроглазов, разбор которого я читал, говорит об эндогенном характере этих расстройств после полутора лет катамнеза. Если в самом начале, когда вы осматривали этого больного, такое предположение было немножечко сомнительное, то потом характер этих расстройств достаточно хорошо укладывался в клинику эндогенного заболевания.

Что я увидел позавчера: поступил больной — узбек, привезли его из милиции, клиника такая же. Когда пришел в себя, он оказался возле метро. Пол суток прятался в подъезде, откуда его выгоняли, он уходил и потом опять возвращался в подъезд, был вполне упорядочен. Жители этого подъезда вызвали милицию. Милиция его проверила. Никаких проблем с документами, регистрацией, с уголовным прошлым не возникло. При нем были документы и мобильный телефон. По записанным в телефоне номерам нашли родственников, и те приехали в больницу. Естественно, клиника у него была стереотипная для таких случаев: растерянность, пониженное настроение, они подбирают слова и т.д. Я стал свидетелем, как появились узбеки. Пришедших родственников он не узнал. Мы его спрашивали: “Ты кто — русский, татарин, узбек?” — на что он отвечал, что не знает. Я ему говорю: “Может быть ты русский?” — он отвечал, что русский и говорил по-русски. Потом пришли узбеки, и он заговорил по-узбекски, но их не узнал. Характерно, что он жаловался на то, что в голове мысли пропадают, т.е. ускользают, и он отвечал одинаково, как на русском, так и на узбекском, такой специальный перекрестный допрос. Из анамнеза выяснилось (они позвонили на родину), что год назад при высокой температуре у него уже отмечалось подобного рода состояние, т.е. родственники сказали “брехал”, видимо, у него были какие-то обманные восприятия. С того времени прошел год, они его опять потеряли на сутки. Он ушел на работу, работает в пиццерии помощником, и пропал. И родные нашли его через сутки в больнице. Никаких причин для беспокойства не было, конфликтов не было, всегда по характеру был веселый, общительный — полная противоположность тому, что мы видим сейчас, а статус у него был похожий на этот. Т.е., и здесь возникает гипотетическое предположение о нарушении эндогенного характера, я имею в виду узбека. Но всегда ли мы можем говорить об эндогенности таких больных? По всей вероятности нет, потому что, мне кажется, тут нужно говорить о пароксизмальных расстройствах, возникающих, по всей видимости, на фоне разной почвы и соответственно патологии.

**И. С. Павлов:** Если бы всего этого не было, я бы подумал, что это сомнамбулическое состояние. Я много раз видел сомнамбулическое состояние, и они такие погруженные в себя. И он здесь стоял, как робот. Ему сказали поднять рубашку, он поднял и т.д. Но нет рапорта, т.е. при сомнамбулизме он подчиняется только тому, и слышит только того, кто проводит гипноз. Здесь какое-то размытое состояние, это не аутизм, это не вещь в себе эндогенного характера, но это вещь в себе неясного происхождения. Это, действительно, немного напоминает сомнамбулическую стадию гипноза, но не укладывается в рамки.

**М. Е. Бурно:** Случай сложный. Вспоминаю, особенно в молодости, приходилось видеть случаи

истерической амнезии. В Калуге еще помню, в психиатрической больнице. И, конечно, там живая демонстративность. Какие там были интересные красочные события. То на одном языке может говорить — на французском, а по-русски ничего не понимает. Потом на следующий день — на английском, и понимает только английский. Всякие живые истерические вытеснения случались. И все это было психологически понятно, если разобраться в анамнезе, конечно, с родственниками. Все это было понятно психологически — от чего прячется пациент в эту амнезию. Перед нами была живая личность. А здесь клиническое впечатление другое. С одной стороны, похоже на истерическую амнезию. И все-таки не могу сказать “истерическая”. Точнее было бы сказать — “истероподобная”, т.е. похожая на истерическую амнезию. Почему? Потому что вижу и чувствую клинически, что поистине страдает он — какая-то мрачная отрешенность, напряженность. И вместе с тем вялость, беспомощность, внутреннее даже безразличие. Как он показывает свои татуировки, как он беспомощно пришел в милицию с просьбой помочь ему найти себя, и, вообще, как он себя тут ведет, никакой демонстративности, никакой игры. Ирина Петровна интересно все рассказывала, и Андрей Леонидович такое важное сообщил про гипнотический сеанс, и Игорь Степанович сомневается. Все какое-то, при том, что хочется говорить об истерической амнезии, все какое-то странноватое, не укладывающееся в истерию. Обычно в таких случаях подозреваю шизофреническую почву. И сомнамбулизм гипнотический какой-то размытый, нечеткий. И от чего все это происходит, вот эта нетипичность истерической амнезии? Думаю, что от сложной, измененной почвы. Тут и органическая подоплека приплетается, он же, действительно, как будто бы выдохся к концу беседы, хотя и больше от вялости, чем от слабости. И эндогенно-процессуальная психопатоподобная подоплека тут звучит. И, пожалуй, это и может объяснить такую странную картину. Согласен, что это, скорее всего, такой уход от чего-то неприятного, от чего-то страшного, от чего-то такого, что ему может угрожать, но уход не чисто невротическими способами, а способами “подпорченными” и органикой, и психопатоподобной шизофренией, которые нередко случаются в таких случаях тюремных, с порезами, с татуировками. И, конечно, все это затрудняет основательно диагностику и лечение. В итоге, такие больные часто сами выходят, без всякого лечения, я видел несколько таких случаев.

**Ведущий:** *Настоящие истерические амнезии, о которых Вы говорили, это женщины в основном?* — Инфантильные мужчины тоже были, но в основном женщины, и всюду, конечно, живая личность, играющая. А тут другая личность, а другая личность дает другую измененную истерию, тут столько намешано всего, тут, конечно, и отравление имело значение, и,

может быть, наркотики и, может быть, алкоголь, все тут соединилось для того, чтобы дать эту смешанную картину. Но в отношении эндогенного процесса клинически мне представляется важной вот эта напряженная беспомощность, вот эта отрешенная мрачность. Я говорю только о своих предположениях. Еще один важный для меня аргумент, это аргумент внутри моей клинической души. Это то, что мне его так жалко, как не бывает жалко просто истериков и органиков, я чувствую страдающего. Вот этот “запах” расщепленной беспомощности, при всем том, что в татуировках, порезах и в тюрьмах, быть может, часто сидел. Вот такие сомнения, вот такие вопросы возникают. Это только предположения. Спасибо.

**В. Г. Остроглазов:** Перед лицом такого количества психиатров, я прежде всего должен отметить, что это первая такая представительная научная конференция по этой важной загадочной проблеме. Что касается предмета нашей конференции, то мне представляется, что это типичный случай загадки последних десятилетий. Раньше не было этого в таком массовом масштабе. Это типичный случай, именно над этим бьется наша психиатрия, и безуспешно. И конференция показала, что разброс мнений точно такой же, как был 10 лет назад в Институте психиатрии у Валерия Николаевича Краснова, когда все собралось: экзогенная этиология, т.е. психогенная, диссоциативная, конверсионная; экзогенно-органическая, либо, как кажется самая нелепая, эндогенная. Но в данном случае и это прозвучало. Вот больной, когда услышал о “Тунгусском метеорите”, хотя он говорит, что не знал о нем, то сразу ассоциативно вспомнил, что он Тунгусов. И это было не предположение, а он вспомнил, и он сейчас уверен, что он Тунгусов. И я думаю, что он не ошибается, но мы это потом еще узнаем. Значит, эта фамилия была у него в памяти, значит, это расстройство памяти, оно обратимое, функциональное в широком смысле этого слова, а не органическое. Загадка заключается в том, что мы не знаем диагноза. Марк Евгеньевич, как бы осторожно, на основании опыта отобразил больше. Молодые люди — они склоняются к чему-то, и им хочется обосновать, а он не знает. А статус — диссоциативная растерянность. Но мы не знаем диагноза, не знаем психического статуса, не знаем синдрома и даже симптома. Что тут в основе? Расстройство памяти. Функциональное оно или не функциональное? И здесь я должен пояснить свой термин — аутоперсонамнезия. Ведь он не только собственную биографию забыл, а он не знает свою личность — кто он, откуда. “Личность”, в отличии от “я”, — это понятие социальное — это кто он, откуда, какой национальности.... Вся история жизни — это и составляет личность. Поэтому я назвал — аутоперсонамнезия. И здесь сейчас, поскольку это аутоперсонамнезия или биографическая амнезия, она актуальна. Мы не имеем практически никаких сведений. Субъективного анамнеза практически не имеем,

объективного тоже, за исключением тех объективных данных, которые указывают, что это психически нездоровый человек очень давно, это психопатическая личность или что-то другое. И, как рассказал доктор, читая иероглифы татуировок, удалось выяснить, что он наверняка прошел тюрьму. Только мне кажется, что он давно не преступник. Все дело в том, что такие больные, которые не помнят себя, личность у них просвечивается. Это абсолютно не истерическая личность. И главный вопрос в отношении его симптома — к какой области это относится? Старый яперсовский вопрос — реакция это, развитие или процесс? Так вот, Александр Геннадьевич сказал, что на первом месте тут депрессия с заторможенностью, обсессивно-фобические расстройства, которые мы трактуем только психологически. У него же постоянно автоматизм идет — вспоминание, до головной боли доходит. Расстройство общего чувства — сенестопатии. И это процессуальные расстройства, которые, с моей точки зрения, указывают на процесс, он находится в процессе. И, думаю, что депрессия у него витальная, а не психологическая. Несмотря на наш соблазн психологически трактовать, он подавлен потому, что не может вспомнить себя. А отчего он не помнит себя? Сам симптом загадочен. Поэтому одним загадочным симптомом, мы объясняем другой — это неправомерно. Мое предположение такое, что это не расстройство памяти, вообще не расстройство памяти — это вторично, а это деперсонализация, но деперсонализация тотальная. Он не говорит, что он Наполеон, или Путин, или еще кто-то, а он говорит: “Я не знаю кто я!” — чисто как бы негативная тотальная деперсонализация. Как показал Курт Шнайдер и др., что составляет наш персоногенез, откуда мы знаем кто мы такие? Это мы помним весь наш, или в основном помним, жизненный путь, историю нашей личности, а у него ее нет. При тотальной деперсонализации это обязательно, поэтому я говорю, что это вообще не психоорганическое расстройство по своей сути, несмотря на то, что на КТ умеренные следы атрофии, гидроцефалия. Несмотря на данные психолога о том, что у него все-таки снижение функций памяти, которое напоминают идентичность “алкогольной кривой” и т.д. И нужно при трактовке иметь в виду, он сейчас, не важно какого генеза, он в процессе находится, он еще не “в своей тарелке”. Поэтому эти данные, которые получены, они отражают не состояние его личности, которая была до этого эксцесса, а то, в каком состоянии он находится сейчас, то насколько он заторможен. Поэтому этот случай неясный, и все точки зрения имеют право на существование, и думаю, что мы его увидим тогда, когда будем иметь больше данных для вывода.

**Ведущий:** Скажите, пожалуйста, а конверсионные расстройства, могут возникать у личностей не истерического склада? Вы сказали, что здесь ничего истерического в структуре нет, а могут они возникать

кать у личностей не истериков? — Я думаю, что могут, все зависит от того, что у истерика они возникают при относительно переносимой для неистерика травмы. Есть шоковые психические реакции, которые у каждого могут вызвать психическое расстройство, например, землетрясения, катастрофы... Но конверсионные расстройства, они функциональные и очень текучие. Ведь пробовали дать рауш наркоз, не только стукнуть по столу кулаком, а рауш наркоз. А я бы попробовал и электрошок дать, придет он в себя в оглушении и спросит: “Как тебя зовут-то?” Но это состояние глубже, чем конверсионная диссоциативная амнезия. Такое мое мнение. Предлагаю его обязательно посмотреть еще раз.

**Ведущий:** Случай очень сложный, случай раритетный. Мы видим такие случаи крайне редко, хотя по телевидению все больше и больше таких случаев можно увидеть, но именно по телевидению, а не в стенах психиатрических больниц. Все же нужно оценивать и диагностировать то, что мы видим по статусу, понять какой статус. В принципе, я согласен, тут на первом плане, можно сказать, аутоперсонамнезия, согласно терминологии профессора Остроглазова, либо здесь можно говорить об аутобиографической амнезии, как это называют в институте Сербского. Но дело не исчерпывается только этой амнезией, у него страдает, так называемая декларативная память, т.е. память на определенные события, он не может ответить на вопрос: “что это? когда это было?”. Хотя у него сохранена моторная память, исполнительская память, которая говорит о приобретенных когда-то навыках, которые сохраняются. И в принципе, предположение диагноза так называемой транзиторной глобальной амнезии, о которой сказал Александр Геннадьевич, оно совершенно правомерно. Но тут есть несколько “но”, которые противоречат этому диагнозу.. Во-первых, транзиторная глобальная амнезия поражает людей гораздо более старшего возраста, которым ближе к семидесяти. Ему чуть больше пятидесяти — раз. Во-вторых, она поражает людей на более короткий временной промежуток, она длится от нескольких часов до суток. Большинство авторов говорит, что даже меньше суток — это два. В-третьих, транзиторная глобальная амнезия обязательно подразумевает какую-то достаточно тяжелую органическую подоплеку, о которой мы пока с уверенностью говорить не можем. Здесь есть один недостаток, потому что ему пока не сделали ЭЭГ, и мы не можем до конца исключить эпилепсию — височную эпилепсию. Но то, что вы сделали КТ и там ничего определенного, никакой грубой органики, есть гидроцефалия, есть некоторая корковая атрофия и не более того. Далее, рассматривают варианты транзиторной глобальной амнезии, как результат сумеречного расстройства сознания. Это устаревший несколько психопатологический термин, в современной литературе сумеречные расстройства сознания называются сложными парциальными при-

падками в эпилептологии. Основное, что их характеризует — это парциальность, это начало из какого-то определенного участка, фокуса в мозге, плюс помрачение сознания. Они характеризуются определенными особенностями, устоявшимися, классическими. Обычно сумерки характеризуются тоскливо-напряженно-злым аффектом, противоправными, часто преступными действиями, которые поражают своей жестокостью — избиение, убийство, и полная амнезия на эти события. Здесь есть полная амнезия, но нет данных, что он совершал такие действия. Хотя полностью исключить сложный парциальный статус, сложные парциальные припадки мы не имеем возможности, у нас нет уверенности, что здесь нет височной эпилепсии. С другой стороны, кое-что против височной эпилепсии. Если такие вещи бывают, они бывают у больных с определенно длительным эпилептическим стажем, и есть определенные изменения личности по височному типу, которые ни с чем не спутаешь, но у него этого нет. Личность не изменена по эпитипу. Самое главное, что характеризует эпилептоидность, — это вязкость в первую очередь, во вторых — это обстоятельность, бывает брутальность, здесь ничего этого нет. И бывают дисмнестические нарушения, у него не просто дисмнестические, а достаточно грубые амнестические нарушения. Если соотнести представленность, удельный вес расстройств памяти, то, с одной стороны, у него страдает декларативная память, он не помнит никого, только вспомнил фамилию Ленин, он не может вспомнить столицы основных стран мира, это вопросы, на которые отвечают школьники. Но самое главное, он не помнит основные вехи своей автобиографии, своей предыдущей жизни. На мой взгляд, удельный вес автобиографической амнезии или аутоперсонамнезии, как угодно можно называть, он явно превалирует над всем этим. У него стерлись из памяти все события, которые были связаны с ним, с Тунгусовым, и это еще не факт, что он Тунгусов, но он не помнит, кто его родственники, родители, жена, есть ли дети, был ли женат, все это вытеснено из памяти. В принципе, важно подчеркнуть, если верить последним данным, которые излагают в нейропсихиатрической литературе, не отечественной, а зарубежной, расстройства автобиографической памяти, расстройства памяти, касающиеся данной личности, если они превалируют, преобладают над другими расстройствами памяти, как у этого больного, это всегда говорит против органического расстройства памяти. Да, органика здесь есть как фон, как почва по Жислину, это нужно принимать в расчет, он вегетативно-стигматизирован и т.д., это все указывает, на явно выраженный органический фон на церебральноорганическую недостаточность. Но такое соотношение мнестических нарушений говорит против того, что в данный момент нарушение, которое привело его сюда, вызвано органическим фактором. А как такие вещи рассматриваются в нейропсихиатрической ли-



тературе, они рассматриваются в рамках психогенной, или конверсионной амнезии, или диссоциативной амнезии, или истерической амнезии, о которой говорил Марк Евгеньевич Бурно. Ситуация осложняется тем, что у нас нет объективных и субъективных анамнестических данных. Больной, действительно, депрессивный. Депрессия имеет характеристики не просто банальной психогенной реактивной депрессии. Но мы знаем, что бывают реактивные депрессии, которые начинаются по реактивным механизмам и закономерностям, но имеют черты тяжелой эндогенной депрессии, что у него и есть. Данный случай, если суммировать, характеризуется сочетанием аутоперсонамнезии, автобиографической амнезии в сочетании с тяжелой депрессией эндоформного круга, что, наверно, возникло в результате тяжелой психогенного фактора, и этого отрицать нельзя. Но пока убедительных данных за эндогенно-процессуальное заболевание нет. Психолог обследовал его очень внимательно и ничего шизофренического не смог найти. Поэтому мы не приходим к окончательному мнению. Я сомневаюсь, что отравление, интоксикация лепонексом или клофелином, или каким-то другим препаратом может вызвать такие изменения. Здесь, скорее всего, психодинамические механизмы, но у особой личности. На мой взгляд важно обратить внимание, что большинство таких случаев описано у мужчин, была лишь одна женщина, и описан этот случай по-моему Олейниковым. Соотношение в пользу мужчин пять или десять к одному, это не просто так, это говорит о многом. Вы сказали, Марк Евгеньевич, что раньше, когда видели истерическую амнезию, это были в основном дамы. Ну, а если дамы, то там игра, демонстративность, театральность и стремление понравиться и т.д. Проблема диморфизма для психиатрии имеет колоссальное значение. По соотношению полов, как распределяются те или иные признаки между мужчинами и женщинами, мы можем судить о том, старый это признак в эволюционном плане, в филогенетическом и онтогенетическом, или новый. Если признак преобладает у женщин, вот классическая истерия — это старый, архаичный признак, он возник в эволюции очень давно, он имеет адаптивное значение, он имеет направление на продолжение человеческого рода. Когда признак преобладает у мужчин, то это признак в эволюционном отношении молодой, он возник сравнительно недавно. То, что здесь преобладают мужчины, говорит о том, что это сравнительно новая патология. Какая? — Я сказать не могу. Но сам факт неравности между полами говорит о многом, это у нас недоучитывается. Пока я могу только развести руками, что мы не пришли к единому мнению. Это противоречит московской психиатрической школе, в которой было принято всегда приходить к общему знаменателю, диагностируя эндогенно-процессуальное заболевание. В этом случае дан-

ных, которые могли бы подтвердить диагноз шизофрении, нет.

*18 февраля. Ведущий проф. М. Е. Бурно*

**И. П. Лещинская (зав. отделением, лечащий врач):** Вновь представляем вашему вниманию больного Т. Его родственников мы нашли случайно, благодаря тому, что у нас в отделении работает медсестра, которая родом из тех же мест.

С их слов известно следующее. Наш пациент родился в Казани, в многодетной семье. Папа у него был из дворянского рода, а мама из простых людей, из криминальной среды, провела в заключении достаточно большой срок, имела много детей, но лишь некоторые жили вместе. Наш пациент познакомился со своей будущей женой, навещающая мать в колонии. Когда жена освободилась, они поженились, и живут вместе уже достаточно долго. У них было двое детей. Наш пациент во время гипнотических сеансов вспоминал об умершей дочери, называл ее имя, говорил, что видит маленький гробик, а живую дочь он не помнит, хотя она его здесь навещала и очень тепло к нему относится. Он сам отбывал наказание, возможно даже дважды. Последние годы он с женой живет в Марийской Республике, в маленьком поселке. Со слов соседей, жена пьющая, не работает, а он подрабатывает на стройках, ездит вахтовым методом в разные города, и несколько раз работал в Москве. Со слов жены, он хороший работник, по характеру очень веселый, общительный, душа компании, любит шутить, знает массу анекдотов, любит собирать грибы и ягоды. Раньше у него были запои, и он иногда на некоторое время самостоятельно прекращал пить, последнее время пьет очень мало. При гипнозе он вспомнил, что примерно в 1986 году, ныряя, он получил травму шейного отдела позвоночника, находился в больнице, ему делали пункцию, и он какое-то время носил фиксирующий воротник. Впоследствии никогда к врачам не обращался, кроме удаления камней мочеочочника. В принципе, он совершенно здоровый человек. Жена также рассказала, что он очень любит передачу “Жди меня” и когда ее смотрит, то буквально “живет в телевизоре”. 3 января он уехал в Москву, и с тех пор дома о нем ничего не знали. Он доехал на автобусе до Йошкар-Олы и пересел на электричку, чтобы добраться до места работы. У него было приблизительно 4000 тыс. рублей, личные вещи и строительные инструменты. Когда он доехал до своего места, какой-то молодой человек попросил помочь вынести его вещи и предложил ему выпить. Это был какой-то светлый напиток, с пузырьками, по типу “фанты”, он говорит: “...я бы алкоголь никогда не выпил, я вообще не пьющий и борец за трезвость”. После того, как он выпил эту жидкость, он потерял сознание, а когда очнулся, не знал кто он, т.е. человек себя полностью потерял. Он решил двигаться в сторону Казанского вокзала в поисках пункта передачи “Жди меня”. По дороге он попал в милицию, и там с ним случился припадок. Он попал

в больницу № 50, откуда был переведен к нам. С его слов, он ничего не помнит, никого не узнает, себя узнает только потому, что постоянно видит в зеркале. Первое время он постоянно себя ощупывал. За прошедшие три недели ему сделали МРТ, несколько раз энцефалограмму, дважды его осматривал психолог, и Юрий Сергеевич Савенко смотрел.

— *А он Вам сказал сам, что сидел?* — Нет, это сказали его родственники. Брат с ним общаться не хочет, говорит, что это артист, который может разыграть, что угодно. Здесь в отделении у него начались судорожные припадки с потерей сознания. Сначала мы полагали, что они спровоцированы гипнотическими сеансами, но потом они возникали сами по себе, обычно утром. Был припадок после посещения жены, но не развернутый, начинался после посещения брата. Тонической фазы нет. Припадок начинается с тремора левой руки, потом головы, потом он весь начинается трястись. Несколько раз были припадки, когда он сидел в кресле, два припадка — в горизонтальном положении, один — в 6 утра. Он говорит, что ложится, т.к. предчувствует припадок, у него начинается головная боль, которая поднимается от шеи к затылку и охватывает всю голову. Припадки длятся долго, до 4 минут, он теряет сознание, на вопросы не отвечает, глаза закрыты, зрачки широкие, реакции нет никакой. Выражен только клонический компонент, никогда нет мочеиспускания, язык не прикусывает, нет пены изо рта, однажды к концу припадка началось стенотическое дыхание. Инъекции реланиума не давали никакого эффекта.

До посещения брата он был достаточно спокойным, тихим, управляемым. Потом стал злобным, отказывался от еды, говорил, что он выпишется к брату, потому что жену и дочь не помнит, денег у него нет, и они не обязаны его содержать, а *“Брат родной, он должен меня содержать”*. Брат же говорит, что не хочет его знать. Потом он стал требовать, чтобы мы срочно вызвали его жену и выписали его. Мы спрашиваем: *“Что Вы там будете делать у жены?”* — он отвечает: *“Ничего, что-нибудь”*, т.е. была такая протестная реакция. У него был нарушен сон, ни реладорм, ни клонозепам не помогали. После инъекции аминазина он спал хорошо, но от инъекций отказался, потому что это больно. Сейчас принимает таблетки. Он также получает противосудорожные препараты и антидепрессанты, но без всякого эффекта. У нас есть психологическое обследование в динамике, его смотрел психолог перед первой конференцией и сейчас. Идет ухудшение когнитивных показателей.

— *Эти-синдром в анамнезе был?* — Нет.

— *Как он себя ведет в отделении?* — Он малообщителен, но общается с пациентами в палате. Обо всех отзывается крайне доброжелательно, все ему нравится. Смотрит телевизор. Сегодня попросил, чтобы мы его отпускали гулять. С удовольствием беседует с нами, может говорить по два-три часа. Он с пер-

вого дня ориентирован, нас всех узнает, т.е. фиксации амнезии нет. Он не помнит только себя и обстоятельства своей жизни, остальное все понимает. Замечает наше отношение, когда мы ему полностью доверяем, а когда относимся в его рассказам несколько иронично, например, сомневаемся в том, что он не алкоголизируется. В таких случаях он сразу дает реакцию обиды: *“Вы мне не доверяете, вы так считаете, тогда вообще все!”*. — *А о чем он говорит с больными?* — О бытовых каких-то вещах. Он рассказывает о своей жизни, каким он был хорошим работником, описывает свою ситуацию, говорит что не пьет, осуждает алкоголизм.

— *В заключениях психолога есть разница?* — Да, динамика отрицательная. Последнее заключение, на вчерашний день, такое: *“на первый план выступает сниженный фон настроения, раздражительность у психопатизированной личности с изменениями по алкогольному типу, а также нарастание когнитивного снижения по органическому типу.”* А 19.01 отмечалось следующее: *“состояние беспокойства, тревоги, нарушающее продуктивную концентрацию внимания, депрессивная окрашенность переживаний, фиксированность на психотравмирующей ситуации, сужение зоны жизненного комфорта, обостренная чувствительность к внешним воздействиям на фоне умеренно выраженного когнитивного снижения по органическому типу, о чем свидетельствует выраженная истощаемость, снижение непосредственной памяти, трудности абстрагирования мышления”*. Его смотрели разные психологи, отмечается отрицательная динамика когнитивных функций. — *В чем эта динамика сказывается?* — Вот написано: *“объем произвольного внимания в норме, его длительная продуктивная концентрация недоступна, выражены трудности переключения, функция истожаема. Показатель непосредственного запоминания в норме: 6-6-7-8-9 из 10, ретенция снижена — 5, продуктивность опосредованного запоминания значительно ниже чем в предыдущем обследовании: 3 из 11. Ассоциативный процесс протекает без выраженных затруднений, однако отмечается феномен отказа на некоторые аффективно заряженные понятия, например, “обман” и “справедливость”. Образы по смыслу адекватны стимульным понятиям, по содержанию многие опосредованы переживаниями больного. Пациент аффективно заряжен, например, для запоминания понятия “страх” он рисует черный квадрат, и поясняет: “Когда ночью проваливаюсь в сон, мне не снятся сны, или как перед приступом, или посещение жены с дочерью, или я встаю и ничего не помню, страх что память не вернется”*. Графика органическая, содержит черты, характерные для алкоголизирующихся больных. В сфере мышления, по сравнению с предыдущим обследованием, отмечается нарастание когнитивного снижения по органическому типу, преобладают решения конкретного типа, выражены

трудности абстрагирования, снижена продуктивность мыслительной деятельности, выражено колебание умственной работоспособности. Эмоционально-личностная сфера такая же, как в предыдущем исследовании”.

— *Образование есть у него?* — Нет!

— *Какие лекарства он получает?* — Он получал 600 мг карбамазепина и еще бензонал.

— *Почему брат не хочет или не может его забрать? Как он мотивирует?* — Брат говорит: “Он аферист, он вообще ужасный человек, который у нас вымогал деньги, и возможно он с женой обворовывал, он лживый, непорядочный”. Брат живет в Казани и говорит, что он такой родни вообще знать не хочет.

— *Какие были исследования?*

МРТ исследование: внутренняя и наружная гидроцефалии во всех отделах желудочковой системы с множественными и мелкими очагами, 5 миллиметров, в белом полушарии головного мозга сосудистого генеза лейкоареоз перивентрикулярных пластин. На компьютерной томографии умеренная сообщающаяся гидроцефалия с признаками церебральной атрофии. — *Т.е. это длительный процесс?* — Да, это длительный процесс. Амнезия у него возникла 4 января. До этого он работал на стройках, на высоте.

*ЭЭГ:* выявляется умеренное выраженное изменение биоэлектрической активности, признаки эпилептической активности в виде снижения порога судорожной готовности головного мозга с наличием острых волн, часто в комплексе с медленной волной, и пик-волны в левой и правой гемисфере. Вторичная билатеральная гиперсинхронизация.

*Рентгенография отдела шейного позвоночника:* дегенеративно-дистрофическое изменение межпозвоночных дисков на уровне С5-С6 и С6-С7 с грубыми остеофитами и снижением высоты тела позвонка С7.

**Ю. С. Савенко:** Второго февраля я исследовал Андрея Тунгусова *тестом Роршаха* и серией перцептивных методик. Я хотел бы напомнить, что в руках психиатра тест Роршаха является *экспериментально-психопатологическим методом*. Андрей, как обычно, был в угрюмом настроении, но ко мне отнесся с явным доверием и надеждой на помощь, добросовестно выполнял все задания, помнил меня еще с поступления в реанимационное отделение 50 больницы. Тест Роршаха, это тот тест, где испытуемому непонятно, какой ответ плох, а какой хорош, и это в тестологическом смысле делает его высоко объективным. По тесту Роршаха, обнаружилось *резкое актуальное снижение интеллектуальной продуктивности*, вдвое меньше ответов, чем обычно, а из них вдвое больше ответов по облегченному типу. Всего один кинестетический ответ и два комбинированных, из которых один актуальный. Характерно *грубое снижение контроля эмоций, тенденция к эксплозивности, взрывчатости, аффективной неустойчивости, сочетание*

*высокой оппозиционности и тревожности*. На эмоционально значимых (цветных) таблицах работает быстрее, дает больше продукции, но худшего качества. Характерна кататимная комплексная организация аффективности, множество разнообразных шоков на полихромные и сексуально-значимые таблицы (4, 6, 9), вплоть до полной неспособности дать ответ на 1 таблицу. Темп ответов замедленный, 40 – 50 сек. на ответ, при чрезвычайно активном оперировании таблицами, временами прослеживает рукой контур образа, индекс реалистичности нормопластический, т.е. нормальный, показатель категориальной четкости познавательных процессов даже повышен. *Совокупность этих показателей характерна для органических расстройств головного мозга эпилептоидного круга*.

Кроме того, больному были предъявлены серии различных рисунков, используемых *при нейропсихологическом исследовании*, где требуется перцептивное дополнение и где фигуры надо выделять из фона. Он хорошо нарисовал план своей палаты, легко нарисовал пересекающиеся квадраты и треугольники, изображенные на образце редкими точками, узнал слона, обозначенного точками, на четвертом рисунке в серии из 6, т.е. поздно. Неправильно определил позы людей, обозначенные кистями рук. Рисунок Поппельрейтера, т.е. наложенные друг на друга контурные рисунки бытовых предметов, вызвал затруднение, отвечал медленно, с паузами, с усилием, из 4 фигур 2 определил неточно. С тестом иллюзорных контуров справляется частично, забыл названия овала, прямоугольника. С большой серией разнообразных обрабатываемых фигур справлялся плохо, обнаружилось трудности переключаемости, ригидность. Из 12 недорисованных бытовых предметов не узнал только 3; из восьми рисунков Липпера (общезвестные объекты, изображенные только фрагментами) узнает только 1. Из 6 рисунков Готтшальдта (замаскированные изображения) справляется только с 2. Такие результаты отражают *нарушение перцептивного синтеза на неглубоком уровне, что отмечается при органических нарушениях головного мозга самой разной этиологии в височных и затылочных областях*.

Наконец, были предъявлены, 14 из 20 *неопределенных сюжетных рисунков* ТАТ с инструкцией называть максимум возможных вариантов. Среди его ответов 3 с убийством, 2 с алкоголизмом и 2 самопроективных, где испытуемый идентифицируется с изображаемым персонажем и то, что он говорит о персонаже, он говорит про себя. Один из рисунков: поясная фигура на переднем плане, а сзади как бы воспоминание операции. Он же про эту таблицу говорит, что “это не операция, потому что нет масок” (обнаруживая повышенное внимание к деталям), а про центральную фигуру говорит только при побуждении, что “этот отвернулся, чтобы не видеть, как убивают”. Второй случай самопроекции, — на пустой

таблице, где предлагается что-то вообразить и об этом рассказать. Он увидел человека в вязаной черной шапке, куртке, в джинсах, черных перчатках, — это “гад, который меня отравил, 33 – 35 лет, худощавый, 3 – 4 дня был не брит, моего роста”. Здесь обнаруживается криминальное прошлое больного и *сохранность зрительных представлений*. Т. достаточно быстро схватывает целостные ситуации, дает малый тематический разброс, ригиден, отстаивает однажды увиденное и внимателен к отдельным деталям, наблюдателен. Мы видим, что аффективно-значимая зрительная гамма сохранилась, что свидетельствует о негрубой степени агностического расстройств.

**Беседа с больным, ведущий М. Е. Бурно:**

— Андрей Владиславович? — *Да!* — Вы мрачноваты, не хотелось к нам идти? — *Вообще уже хочется домой.* — Ну, а чтобы во всем разобраться и поправиться? — *Я понимаю.* — Как Вы думаете, как Вы чувствуете, все-таки есть какая-то болезнь? — *Все-таки есть. Если голова болит.* — А как она болит? — *Ну, я вот говорю, начинается вот с этого места и подбирается к вискам, у меня три больные точки. Это острая боль, а когда острая боль проходит, начинается тупая боль, на мне как шапка одета и давит.* — Это единственная трудность в Вашей жизни сейчас, или есть еще что-то? — *Я не помню ничего.* — Не помните? А вот только что вспомнили, что у Вас голова болит. — *Нет, вот приезжали ко мне, фотографии показывали.* — Кто приезжал? — *Жена вроде приезжала.* — Жена вроде приезжала или точно приезжала? — *Приезжала.* — А кто еще приезжал? — *Говорят, дочь приезжала.* — И еще кто-то из родственников приезжал? — *Ну, я не знаю его.* — А кто это? — *Если бы приезжал человек, знающий меня, он бы сидел со мной, поговорил, а он не стал со мной говорить, с врачом поговорил и ушел.* — А кто это? — *Я не знаю кто это, они сказали, что это мой брат.* — А Вы не думаете, что это Ваш брат? — *Нет. Я не знаю его. Я вспоминал всю ночь, он даже не похож на меня.* — Вы вспоминали, вспоминали, брат это Ваш или нет? — *Мне показывали фотографии брата, но другого брата, он похож на меня, я запомнил, а этого я не знаю вообще.* — А кто же это? И зачем приезжал? — *Не знаю, понятия не имею.* — А брат Ваш в Казани живет? — *Да! Говорят так.* — Какие у Вас с ним отношения, все у Вас ладно с ним? — *Не знаю я.* — Ну, а вообще, сколько времени Вы здесь? И где Вы сейчас, что это за учреждение, откуда Вы пришли? — *Отделения я пришел.* — А что это за отделение, что за больные в этом отделении? — *Разные есть.* — Какая это больница? — *Я прочитал, это психиатрическая.* — Психиатрическая? А что это значит, что это за больные, в чем их трудность? — *У каждого своя болезнь.* — Ну, а какие болезни, говоря житейским языком, как простые люди говорят, что с ними? — *Ну, в основном, когда я в куртке разговаривал, в основном у всех алкогольная зависимость.* — Алкоголики все? — *Ну,*

*да. В основном все попадают из-за этого, из-за зависимости.* — А, может, есть еще какие-то случаи? — *Разные есть, у кого рука болит, у кого голова.* — Может тоска у кого? — *Может и тоска.* — Вам это не интересно? — *Мне интересно свою жизнь узнать.* — А скажите, что Вам больше по душе, что Вам нравилось больше всего в жизни, чего хотелось? — *Мне хотелось бы вспомнить себя, и вернуться к жизни и работе.* — Вспомнить себя и вернуться в свою жизнь? — *Да.* — А какой Вы были в той жизни, говорят веселый был, анекдоты рассказывал, это что все не помнится? — *Не знаю.* — Или не хочется? — *Да хочется, я все время вспоминаю до боли в мозгах, и ничего не помню. Я когда спать ложусь, я как проваливаюсь. Я ни снов не вижу, ничего не вижу. Помню строение, дома помню, но лиц, контуров лиц я не помню.* — Это какие дома вспоминаются? — *Я вспоминал, как первый раз сюда попал, я вспоминал шахту лифта, вспомнил, что я в таких шахтах работал.* — Где этот лифт, где эта шахта? — *Мы собирали лифты, а где я не помню. Я вспомнил мы работали на Воробьевых горах, делали горку, я помню привозили большие мешки со снегом.* — А когда это было? — *Я не помню. Помню снег привозили, белые мешки, и мы засыпали им горку.* — А детство помните? — *Нет.* — А с женой Вы когда познакомились? — *Вот приехала.* — А раньше вы знали друг друга? — *Наверное, знали.* — Вы не помните как познакомились, как поженились? — *Нет.* — А мать Вы хорошо помните, отца? — *Ни мать, ни отца я не помню.* — Как будто мать Вас познакомила с женой. — *Нет, не помню я.* — А учились где-нибудь, в школе? — *Учился.* — В какой школе? — *Не помню.* — А сколько классов закончили? — *Ну, мне говорили, что я среднюю школу закончил.* — Какую школу? — *Я не знаю. Она мне рассказывала, что призывался в армию с Казани, я и школу заканчивал в Казани, а где жил я не помню.* — В армии служили? — *Да, говорит, служил.* — Вы это точно помните? — *Да нет, мне сказала она.* — А в заключении были? — *Не знаю, не помню.* — А жена? — *Тоже не помню. Жена, я знаю, если дочь уже большая, то мы с ней уже долго прожили, дочери 20 лет.* — А Вам сколько лет? — *53, а будет 54. Это я помню, потому что вот он год (показывает на татуировку).* — А где вы жили вместе с женой? — *В поселке жили.* — Как поселок называется? — *Ну, вот она сказала, Новый Тарилал. Мне еще помогла медсестра, мы с ней вместе все вспоминали, и благодаря ей, она нашла.* — Вы с сестрой вспоминали? — *С медсестрой.* — Это медсестра из отделения? — *Да.* — А почему Вы с ней вспоминали? — *Потому что зашел разговор, что она с тех мест, и мы стали с ней все вспоминать, мы долго с ней сидели и все вспоминали. Потом она меня сфотографировала, и послала какому-то другу отца, и он ездил туда, показывал мою фотографию, меня там узнали.* — Вы рады, что Вас опознали, что Вас нашли, что родственники приехали? — *Да.* — Как получилось, что Вы оказа-

лись здесь? — Я ехал на работу, выехал, со слов жены 4 числа, на работу. — А какого месяца? — Января, после Нового года. — Сейчас какой год? — 2010. — И Вы выехали сюда, и что было дальше? — Я помню вышел из автобуса, подходил к какой-то кассе, брал билет на электричку. — На электричку, а это в каком городе? — В Москве. — А, зачем в Москве на электричку? — Не помню. Сел в электричку, когда мне нужно было выходить, я взял сумку, а сумка была тяжелая, и мне кто-то помог, мужчина. — Это Ваша сумка с вещами, которую Вы везли с поселка? — Да. Мы поставили ее на лавочку, когда вышли из электрички, я залез в карман, хотел закурить, засунул сигарету, а он мне протянул воду, пластиковая бутылка. — Это тот, кто Вам помог? — Тот, который помог мне сумку донести. — Это было в электричке? — Нет, когда мы уже на лавочке сидели. — На лавочке сидели, на вокзале? — Да. Я сделал три больших глотка. — Что же это за вода была, и как она выглядела? — Она была в такой же как эта (указывает на бутылку которая на столе) — Такая же как и эта? — Да, я еще понюхал, это было не спиртное. — А цвет какой? — Цвет белый. — Прозрачная? — Ну, она не совсем прозрачная. — Как молоко? — Как покрашена, чуть-чуть желтоватая. Потом я очнулся от холода. — Может это был энергетик? — Не помню. Очнулся я от холода. — А очнулись где? — Там же на лавочке. — Вы лежали? — Нет, ноги у меня были на полу, а сам лежал на лавочке. — А этот человек, который Вас угощал, был рядом? — Нет, никого рядом не было. У меня шарф был на боку, куртка расстегнута, у рубашки карман был расстегнут, все было вытаращено. В куртке были перчатки, я перчатками затолкнул телефон. Ничего не было. И вот я пошел, куда не знаю, сильно кружилась голова, я боялся, что если меня милиция заберет, то подумает, что я пьяный. Потом подошел к женщине, женщина мне все сказала, я ей все рассказал, она посмотрела, что я не пьяный, и сказала, что мне нужно на Казанский вокзал. — А почему на Казанский вокзал? — Она объяснила, что на Казанском вокзале есть киоск, где ищут таких, кто потерялся. Я пошел на Казанский вокзал, я не знаю в какую я сторону шел, потом встретились мне еще две женщины, я спросил: “До Казанского вокзала далеко?” — мне ответили: “Где-то километров 30–35, сейчас подойдет троллейбус, мы тебя проведем!”. — И Вы дошли до Казанского вокзала? — Мы сели на троллейбус, доехали не до Казанского вокзала, а до какого-то метро, спустились в метро, там сидели два милиционера, женщины с ними поговорили, они ко мне подошли, сказали: “Он не пьяный”, — завели меня в дежурное отделение... — Они сказали Вам, что Вы пьяный? — Нет, они сказали наоборот, что я не пьяный. Завели меня в дежурное отделение, налили горячего чая в стаканчике, и я потерял сознание, и очнулся я уже в пятидесятой больнице. — И Вы уже тут не помните ничего, как они вызвали машину, и как Вас

привезли? — Нет, не помню. — А что жена Вам рассказывала, когда приехала сюда? — Что я поехал на работу. — Жена Ваша, говорят, пьет много. — Я не знаю. — И Вы с ней об этом не говорили, когда она тут была? — Нет, я ничего не помню. — А что в отделении происходит? Познакомились с кем-то из больных? — Да. — С кем Вам интересно говорить? — Многих выписали. — А о чем были разговоры? — Ну о чем, о жизни, каждый говорил про свое. — И что-то было особенно важно для Вас, в этих разговорах о жизни? — Если мне было что-то важное, я сидел слушал, а что не понимал, сразу уходил. — А что Вам было понятно, и что Вам было по душе? — Понятно, кто про свое разговаривает, о семейном, и приятно душе. — А что там о семейном Вам особенно было интересно? — Каждый говорил о своем. Я знаю, вот Миша выписался. — Конечно, каждый говорил о своем. — Кирилл еще выписался. — Ну, а что Вам было особенно близко, может быть похоже на Вашу жизнь? — У Кирилла немного похоже, он тоже строитель. — А вот эта передача по телевизору, там ищут родственников, эта передача как будто Вам очень интересна? — Да, я хотел бы ее смотреть, но кто кино смотрит, кто-то еще что-то смотрит. — Тут не очень получается ее смотреть, а почему эта передача Вам так интересна? — Она была мне интересна тогда, а сейчас, когда меня нашли, мне неинтересно, я ждал, может кто-то меня ищет, а сейчас я ее не смотрю. — Но рассказывают, что и дома Вам было интересно ее смотреть. — Я не знаю. — Не помните? А здесь Вы смотрели с охотой? — Я не знаю. — Вы хотите найти каких-то родственников? — Какие родственники? У меня вроде все есть родственники. — А почему это Вам так интересно? — Может, деда найду, хотя деда не найду, он с его родни, жена рассказывала, что дед не здесь живет. — А где? — Где-то за границей. — А деда Вы видели? — Нет. — А что Вам помнится из детства? Что особенно Вам запало в душу, может дом родной, может кошка? — Я помню...Веру Васильевну. — А кто это? — Это бабушка, но на лицо я ее не помню, был маленький, больше ничего не помню. — А почему Вы ее запомнили, какое-то чувства связывают? — Просто запомнилось, что Вера Васильевна. — А природа какая-то помнится из детства? — Из детства нет. — А дом у Вас большой был или Вы жили в маленькой квартире? — Нет. По-моему была какая-то квартира. — А как Вы учились, что Вам нравилось, арифметику Вы знаете? — Наверное, должен знать, но не помню. — Какое-то стихотворение? — Нет. — А кто такой Пушкин? — По телевизору показывали. Памятник. Стихи писал. — А кто еще писал стихи? Чем стихи отличаются от прозы? — Нет, не знаю. — А из музыки Вам что-то близко? — Музыку я вообще не люблю — А вот такая задачка: чем отличается кошка от кирпича? В чем разница? — Это понятно, это живое и не живое существо. — Кошка живое, а кирпич? — Неживое. — А что такое живое?

Чем отличается живое от неживого? — *Тем, что питается, бегают, прыгает это животное, а кирпич, его положи, он и лежит.* — А есть такая пословица: “тише едешь, дальше будешь”, что она значит? — *Не знаю.* — А еще говорят: “пусти козла в огород”, слышали такую? — *Нет.* — А еще говорят: “не плюй в колодец, пригодится воды напиться”. — *Это сегодня говорили, не нужно плевать в колодец, потому что на обратном пути воды захочется.* — А еще говорят: “мал золотник, да дорог”, что хотят сказать? — *....* — Ну, может, не понятно, что такое золотник. А вот говорят: “шило в мешке не утаить”? — *Я не ответил сегодня на этот вопрос.* — Что такое шило Вы знаете? — *Ну, знаю, если его в мешок бросить, оно мешок проколёт, его видно будет.* — Вам что-нибудь спросить хочется? — *Мне хочется, чтобы головные боли прошли и домой отпустили.* — А куда домой? В поселок? — *Да.* — Голова все время болит с утра до вечера? — *Бывают острые боли.* — Стреляют? — *Нет, не стреляют, а сверлят внутри.* — И сверлит внутри? — *Как червяк там сидит и грызет. А, бывает тупая боль, но тупая боль терпима.* — А бывает совсем отпускает надолго головная боль? — *Сейчас нет, сейчас тупая, как-то отдаёт на это ухо, у меня какой-то свист в этом ухе, когда тупая боль, оно как заткнуто ватой.* — А мы вот сейчас говорим, Вы устали? — *Нет. Я хочу побыстрее разобраться.* — И когда вот эти исследования происходят, Вы помните встречу с психологами, всякие опыты давали? — *Сегодня же по-моему был психолог.* — Это для Вас интересно? — *Да.* — Т.е. Вы понимаете, что все это надо, хотите разобраться в себе? — *Да, я обязательно хочу разобраться в себе.* — А зачем Вам это нужно? — *Чтобы вернуться домой.* — Чтобы вернуться домой уже в полной памяти? — *Да.* — У Вас враги есть? — *Не знаю. Не должно быть.* — Есть люди, которые к Вам плохо относятся, желают Вам зла? — *Не знаю. Таких вроде бы нет.* — Но с братом из Казани какие-то нелады? — *С Казани я его не видел, он не приезжал ко мне.* — Он хорошо к Вам относится? — *Не знаю, а врагов у меня не должно быть. Я когда с работы приезжал, приходили люди, я всем помогал.* — Получается, что все-таки что-то помним. — *Это получается каждый день, сижу и вспоминаю. У меня сон...* — Каждый день стараетесь вспомнить свою жизнь? — *У меня час полтора от силы два я сплю ночью.* — Час полтора спите, а все остальное время вспоминаете? — *Стараюсь вспомнить.*

#### Вопросы к больному.

**В. Г. Остроглазов** (неоднократно беседовал с больным в отделении): Здравствуйте, вот Вам очки (больной жаловался, что плохо видит). Расскажите, пожалуйста, громко о голосе, который Вы слышали, это очень важно, для того чтобы помочь Вам. Тот, который приказывал Вам. — *Это ночью бывает, у меня не голос, а как бы толкает в бок, и в голове создается такое впечатление, что у меня сейчас начнутся при-*

*падки. И я потом минут десять лежу жду их, вроде нет, а иногда просто “вставай!” и я встаю.* — А чей это голос? Это просто голос или что-то толкает? — *Нет, это грубый какой-то голос.* — Мужской голос? — *Да, мужской грубый голос.* — Незнакомый? — *Нет, я его не знаю.* — А что приказывает? — *Так вот, толкает “вставай!”.* — И что, встаете? — *Да, я просыпаюсь, я уже не сплю.* — Страшно бывает? — *Да, страшно бывает тогда, когда я предчувствую припадок.* — Ваши припадки связаны с голосом или нет? — *Было несколько раз.* — Но не всегда? — *Да.* — Каждый день голос слышен? — *Нет, но ночью я встаю постоянно.* — Вы от голоса встаете? — *Иногда от голоса, иногда от того, что, что-то толкает.* — Голос один и тот же? — *Вроде, да.* — Говорит одно и то же? — *Грубый мужской голос. Ну вот так толкает и говорит “вставай!”, и я встаю.* — Извините, Вы спите и в это время Вы слышите голос? — *Нет, я как впадаю, я спать не сплю, потому что в любое время ко мне дотронуться, то я открываю глаза.* — А Вы через уши слышите голос? — *Я через голову слышу, мне в уши не отдаёт. Это как сознание.* — Внутри головы звучит? — *Да.* — Вы только что сами сказали, что это не голос, а словно кто-то в бок толкает, а сейчас начали говорить, что это голос, после этих вопросов. — *Нет, меня что-то толкнет в бок, и говорит “вставай”, я лежу, минут десять я лежу, я жду приступа, а потом я встаю, когда приступа нет, а иногда просто толкает и я встаю.* — Вы ухом слышите голос? — *Я головой слышу.* — Или внутри головы? — *Внутри головы.* — А с головной болью связан этот голос или нет? — *Я даже не знаю, не могу сказать. Но начинается сильная боль.* — Сначала? — *Да, а в основном боли идут у меня вот от этого позвонка идут боли.* — А как они идут? — *Они поднимаются волной, задевая череп, и здесь расходятся.* — Прямо накрывает, что ли? — *Да, и вот это место у меня сильно начинает болеть* — А дальше что? — *Дальше плохо.* — А вот этого голоса раньше не было, Вы нам не рассказывали о головной боли, это то что появилось в больнице, и голос появился, и вот эти ощущения в бок, месяц назад Вы нам не рассказывали. — *В больнице меня лечат всем, чем могут.* — Получается, что плохо лечат? Было лучше, а Вас начали лечить, и состояние ухудшилось, появилось много того, чего не было раньше. — *Сейчас, по-моему, говорят что лучше, памяти больше появилось.* — Но у Вас же припадков не было раньше, только сейчас появились? Дома же у Вас этого не было? Первый у Вас в отделении появился? — *Нет, у меня первый припадок в милиции.* — До этого у Вас их не было, и голоса не было? — *Нет, не было.* — А может, Вы не помните? — *У меня жена приезжала и рассказывала, что у меня не было припадков, и я помню, когда я работал, я помню на мне был монтажный пояс, который вот здесь застегивался на карабин, здесь висел у меня на крючке молоток, я работал на высоте значит.* — А у Вас в отделении есть больные, которые

так же как Вы слышат голос, Вы общаетесь с ними, или Вы не знаете таких больных? — *Даже не знаю таких.* — Они не рассказывали Вам о подобных состояниях? — *Нет, такого не было.* — А припадки, Вы что-то помните, когда с Вами это случается? — *Я начинаю предчувствовать этот припадок.* — Как Вы его предчувствуете? — *Начинается сильная головная боль, и у меня начинает судорогой сводить левую руку, я уже знаю, что сейчас будет припадок, я стараюсь куда-нибудь прилечь или присесть.* — Всегда одинаково начинается, или сегодня левая рука, а через несколько дней правая? — *Нет, у меня начинается от левой руки.* — От правой не начиналось? — *Т.е. от левой, от правой не начиналось.* — По-другому не начиналось, бывало такое, что по ногам затрясет сначала? — *Нет, потом ноги начинаются.* — Ноги что, болят? — *Они потом, после этого, когда у меня все отходит, ноги болят, сильно болит нижняя мышца, такое чувство что несколько километров прошел.* — Ощущение такое, но Вы все помните? — *Нет.* — Т.е. Вы не помните? Вы помните, как руки трясутся, как ноги? — *Я вот как рука затрясется, я ухожу, и все, потом теряю сознание, я не помню.* — А от кого Вы узнали, что это припадки? Когда Вы поняли, что у Вас есть припадки и Вы их предчувствуете? — *Я когда первый, я не чувствовал, что он у меня будет, потом когда в милицию, приходил милиционер ко мне в реанимацию, он мне рассказывал, что у меня был припадок, а первый припадок в поликлинике я заметил, рука начала, я упал где-то на столе.* — Т.е. Вам кто-то сказал, что с Вами был припадок? — *А теперь я заметил и стараюсь уходить.* — Т.е. Вы можете предчувствовать? — *Да.* — Где-то лечь? — *Да, где-то лечь, чтобы не видно было, мне это стыдно.* — А вот за несколько часов или Вы только за минуту можете почувствовать? — *Нет, это...* — Вот симптом это головная боль, я так понимаю. — *Сильная головная боль.* — Сильная головная боль, потом трясется рука, потом идут уже ноги, и всегда одинаково? — *Я не знаю.* — Но Вы помните, что все разы, что случались, всегда были одинаковы? — *Да, рука и ноги, потом после припадков, сильно болят ноги, и голова сильно болит.* — Спать не хочется? — *Нет.* — А как часто они у Вас бывают? — *Не могу сказать.* — Может всего и был один припадок? — *Не знаю.* — Нет, но если Вы говорите, что всегда начинается одинаково? — *У меня вроде записано, я записываю, мне дали тетрадь, я записываю, после этого, как все пройдет, я записываю. У меня, по-моему, последний был в субботу.* — В субботу был? — *Да, но мне дали тетрадь, что если я вспомню что-то, чтобы я записал.* — А в момент припадка, Вы слышите, как к Вам врачи подходят, делают уколы, Вы все это слышите, перетаскивают в другую комнату, из кресла в кровать? — *Нет, ничего не помню.* — Но то, что сводит левую руку, помните? — *Да, но ее не сводит, ее начинает бить.* — А то, что вокруг, Вы не помните припадок? — *Сам припадок я*

*не помню.* — И прошлое Вы не помните и припадок Вы не помните, отличается чем-то? — *Не знаю.* — Это разные вещи? — *Наверное, разные.* — То, что прошлое не помните и припадок не помните, это разные потери? — *Ну, припадок он у меня мгновенный, а это я потерял кусок жизни.* — Но сейчас у Вас восстанавливается немного? — *Наверное.* — Ну, а на сколько процентов восстановилось, можете сказать? — *Не знаю* — Ну, вот сколько восстановилось, сколько не восстановилось? — *Ну, я помню стройки.* — Ну, примерно на сколько Вы вылечились? — *Сколько понял, столько вспомнил, но у меня же память хорошая, у меня память плохая на имена, на отчества, а так зрительная память хорошая, потому что, когда я встаю, я помню больных, помню их лица, а то, что было раньше, я не помню, у меня даже нет расплывчатых лиц, я вообще их не вижу.* — Но, вот такие мелкие детали Вы помните, что у Вас в кармане были перчатки, что немного отогнутый карман... — *Я еще хотел узнать, ну почему же так, я ведь когда пил, я упал и потерял сознание, я ведь помню, что у меня что-то было в кармане, это ведь я помню, помню что у меня здесь лежал паспорт, это-то я помню, я больше ничего не помню.*

— А откуда родом, не помните? — *Я помню красный автобус, а была у меня раскладная иконка, три там портрета, и впереди крестик, как книжица была.* — Извините, но, Ваш паспорт оказался на Вашей работе, Ваш сослуживец принес его. — *Да, этот приходил...* — Т.е. как он мог оказаться на работе у Вас? — *Он говорит, что приходил и что пропуск был проходной, паспорт.* — Каким образом, паспорт мог оказаться, как Вы думаете, Вы помните, что Вы оказались где-то на станции, Вы знаете, что у Вас паспорт был, как Вас мог какой-то человек узнать, что Вы работаете на стройке? — *У меня пропуск был пластиковый, моя фотография и...* — Но Вы все-таки отчетливо помните, что у Вас был паспорт, когда Вы потеряли сознание? — *Паспорт был, пропуск был, в паспорте были деньги, и был у меня номер телефона брата, это я хорошо помню.* — Но в это время Ваш паспорт оказался на работе. — *Паспорт был в теплой рубашке и застегнут.* — Но Вы забыли все, что у Вас было до этого, когда Вам дали выпить, но это Вы помните. — *Это меня и удивляет, почему же я, когда я был, я помню смутно его лицо.* — А, то что у Вас паспорт был, то что у Вас пропуск был, это Вы все забыли? — *Но я как и помню это хорошо, почему мне память не отбило все сразу, вот это мне не отбило, я не знаю.* — А у Вас много пропало? — *Я не знаю.* — Ну, деньги на месте? — *Нет.* — А еще что пропало? — *Дали паспорт, мне его показывали, не было там пропуска.* — Ну, деньги взяли, а паспорт остался? — *Он сказал, что паспорт могли подбросить. Он мне сказал, что я работал в районе Химки, я где-то там работал, вот из-за этого я наверно ехал на электричке.* — Лица Вы запоминаете, детали Вы запоминаете,

и вот в то же время приехал брат, и в то же время не брат? — *Это нет.* — Именно потому, что Вы помните, как выглядит Ваш брат из Казани, и он не похож? — *Да, он не похож. Если бы, возьмите Вас, возьмите меня, если бы братья не видели друг друга, он бы наверное, хотел бы со мной поговорить, а этот ни слова не сказал, подошел к заведующей, поговорил с ней, выходил он, даже не обернулся мне. Нет, это мне не брат! И даже на лицо его я не признаю, тут даже у заведующей можно спросить, похожи ли мы.*

— А как Вашу заведующую зовут? — *Петровна.* — А посмотрите, в зале есть она? — *Вот, сидит, и вот тоже врач.* — А как его зовут? — ... — И еще один вопрос, как Вы думаете, вот этот человек, который как бы Ваш брат, с какой целью он приходил, если это не брат? — *Не знаю я, без понятия, я сидел долго думал, я не понимаю.* — Но как Вы сейчас это оцениваете? — *Это подстроили, я не знаю.* — А для чего, с какой целью? — *Я не знаю.* — Т.е. Вы считаете, что это подстроили, но пока понять с какой целью не можете? — *Да, это не мой брат.* — А с отравлением это никак не связано? — *Но, не должно, наверное. Но, если с отравлением Вы говорите, откуда они знают, где я нахожусь? — Кто? — Ну вот, если кто меня отравил, откуда они знают, куда меня направили, потому что я после этого, как меня отравили, я ведь долго ходил по Москве, и не один день, и не два дня.* — А зачем им нужно было отравить Вас? — *Без понятия, я очнулся у меня не было ни сумки, ни паспорта, не было денег, не было телефона, перчаток тоже не было. Когда я лежал, шарф был на боку, молния была расстегнута в куртке и у рубашки была молния расстегнута, это я хорошо помню, но было состояние тяжелого опьянения, как голова болела, но не пьяная, потому что, я у него взял, бутылка была открытая, я понюхал — не алкоголь, и тогда я сделал три больших глотка.*

— Хочется чтобы родные приехали? — *Я вообще хочу домой, но как Вы сами сказали: “Нужно лечиться!”.* — А еще есть брат Алексей, может нам Алексея вызвать? — *Я сейчас, если будут звонить, жена будет звонить, я скажу, чтобы съездили.* — Есть еще один брат. — *Да, она мне показывала фотографию, это фотография его, и еще две маленькие девочки и жена, это я хорошо помню.*

— Вы монтажником долго работали? — *Жена сказала, что я в Москве работаю более пяти лет.* — Более пяти лет? — *Да.* — И высоты не боялись? — *Нет. Я еще когда сидел, вспоминал, вот эти стройки, лифты, у меня почему-то на ум пришла, я не знаю, может это здесь, я же ведь работал и в других городах, мне улица Нагатинская, у меня в голове всегда крутилась. Есть в Москве такая улица? — Есть такая! — И разрешите? Я с закрытыми глазами, я помню какие мы делали строения. Дом, дом стоял вот так (рисует план дома), здесь был въезд, здесь, по-моему две арки, здесь заезд во двор, это тот дом на Нагатин-*

*ской, я помню.* — Это что за дом, тот который Вы строили? — *Да. Он не один там. Он там как композиция домов, этот дом пониже, этот дом повыше, это выше. Это сверху композиция домов (показывает на рисунок,) я хорошо это помню, здесь мы делали лифтовые шахты.*

— Вы устали, голова болит? — *Нет, сейчас (рисует план местности) здесь проходила трамвайная линия, а заезжали вот с этой стороны, припарковывали с этой стороны машину, выходили на стройку, вот это я помню, а с кем я ездил не помню.* — И все-таки, Вы чувствуете, что за эти три недели Вам стало лучше? — *Ну, да.* — И, дай Бог, будет еще лучше? — *Не знаю.* — И выберите. — *Я желаю это делать.*

— Марк Евгеньевич, он сделал мастерский рисунок, креста и подписи, и карикатуру, можно ли это продемонстрировать? — *Ну, конечно. Это здание, вид сверху.*

— А на какой остановке Вы выходили на работу? — *Не помню. Я помню, мы переезжали какую-то реку, и следующая была моя станция* — А как ее название? — *Я не помню.* — Это метро было или трамвай? — *Я помню, что я ехал в электричке.* — Это Химки были.

**Ведущий:** Есть еще вопросы? Если нет вопросов, то давайте отпустим больного.

## ОБСУЖДЕНИЕ

**С. В. Столыпин (невропатолог):** При обследовании больного была жалоба на головные боли затылочной локализации, чаще во второй половине ночи и к утру. Цефалия носила несомненно гидроцефальный характер. В прошлом больной перенес травму шейного отдела позвоночника с компрессионным переломом седьмого позвонка с последующими дистрофическими изменениями и формированием стеноза позвоночного канала, что было верифицировано на спондилограммах.

В отделении у больного отмечались эпилептические припадки, как правило, в утреннее время, но иногда возникали и ночью. Эпиприпадки носили парциальный двигательный характер и начинались с клонических судорог в левой кисти, руке, в области лица и вовлекали левую половину туловища, при этом сознание оставалось спутанным. Однако имелись и генерализованные припадки с утратой сознания. Наиболее демонстративным проявлением парциальных двигательных припадков является джексоновский или соматоформный припадок (по типу “джексоновского марша”), что имело место у больного.

В неврологическом статусе: отчетливая ротация головы влево, болезненность при пальпации остистых отростков С<sub>5</sub> – С<sub>7</sub>. Небольшой дефанс цервикальных мышц. Зрачки равновеликие с реакцией на свет. Глазодвигательных нарушений нет. Асимметрия носогубных складок. В позе Ромберга неустой-



чив. Интенция при пробах на координацию. В пробе Барре отчетливая паретичность левой руки. Сухожильные и периостальные рефлексы  $S > d$ , без патологических пирамидных знаков. Глазное дно — частичная атрофия дисков зрительных нервов. Нейровизуализация головного мозга, проведенная пациенту, выявила смешанную гидроцефалию при КТ. МРТ исследование выявило атрофию церебральных структур с расширением базальных цистерн, преобладающее расширение цистерн сильвиевой борозды, больше справа. Грубая церебральная атрофия несомненно коснулась и гиппокамповых извилин, которые, как известно, при ишемии, при нейрональном склерозе позволяют обсуждать проблемы амнестических синдромов, включая транзиторно глобальную амнезию, которую по всей вероятности перенес наш больной. При ЭЭГ исследовании с функциональными пробами выявлена эпилептическая активность с множественными пиками, спайков и острых волн. Нередко острые волны сочетались с медленной активностью. Таким образом, представленный клинический случай демонстрирует экзогенно-органическую патологию.

**Ведущий:** *А с каким статусом он попал в 50-ю больницу, что они описывают, он же без сознания попал?*

**И. П. Лещинская:** Ничего не написано. Они его положили для исключения объемного процесса гематомы, так как он поступил с полной потерей памяти.

**А. Л. Дмитриев (психотерапевт):** Я немного добавлю. Случай необычный, как лечить было непонятно, и, начиная лечение, мы руководствовались статьями, которые были в печати. Гипнотерапия была показана как терапия выбора. Первые сеансы были классические, с установкой, что память работает легко, спокойно, свободно, воспоминания эмоционально окрашиваются приятными впечатлениями. На фоне классических сеансов он дал воспоминания по типу дежавю: он подошел к стене и сказал: “Вот стена дома покрашена также.” Но в дальнейшем при наблюдении я видел, что у него ярко выражена кинестетическая сфера. На ранних стадиях гипноза я давал ему инструменты, он их разбирали, легко определял все шурупы. Следующим этапом была проективная гипнотерапия, я давал ему связку ключей, и полтора часа мы гуляли. Был такой замечательный момент, когда он выдал адрес и описание квартиры, когда жена приехала. Мы выверяли все, как дверь открывается, как зажигалка, тапочки, телевизор. Это было чудо. Потом после гипнотерапии он стал выдавать такую информацию: деликатный благородный человек, дворянские корни, тетя — кавалер ордена Ленина, брат деда расстрелян, дед уехал за границу в 1931 году. Дальше был возрастной регресс с целью выяснить криминальное прошлое. Это не удавалось, потому что все вытеснялось картиной смерти дочки маленькой, года и восьми месяцев. Такое впечатление, что это была какая-то протестная реакция. Он начал давать судорожные при-

падки, причем первые судорожные припадки он давал сидя, я думал, что это истерический гипноид, отстроченный. Первые припадки были в виде мышечных клонических судорог ног, и он это осмыслял, мы тогда обращались к нему как к Денису, и когда звали его, он открывал глаза. Впоследствии судороги приобрели генерализованный характер. Я отказался от гипнотерапии. Интересно, что когда больные сквернословили, или появлялся больной, от которого пахло алкоголем, он демонстративно выходил. — *Вы проводили гипнотический сеанс. Был он погружен в гипнотический сон?* — Нет, это было трансное состояние, вторая степень. Вторая стадия, это неглубокий гипнотический сон. Наоборот, его приходилось из сна выводить, но я подчеркиваю, что где-то на шестом сеансе я начал получать разочарование, потому что был момент какой-то агравации, момент протестности, момент четкой установки у пациента. Потом приезд жены, приезд брата, после этого, кстати, он начал раскрываться как личность: он стал сквернословить, стал требовательным, стал раздражительным, последние два дня он отказывался от еды, причем, когда мы обсуждали тему алкоголизма, он категорически все отвергал, и говорил: “Вы делаете из меня алкоголика.” Брата он узнал, и брат был категоричен в том, что этот человек на протяжении всего времени общения просит деньги у семьи, пьет, лжет и т.д.

Два брата были убиты в семье, срок он получил, когда они пытались разобраться. Интересно, что в момент воспоминания Андрей Владиславович испытывал неудовольствие, вообще процесс воспоминания шел мучительно и вызывал у него какое-то отторжение, т.е. радости у него не было при воспоминании, хотя он шел на гипнотическую работу с удовольствием. Еще раз подчеркиваю, что жена обратила внимание на его интерес к телевизионной программе с участием людей с аутоперсонамнезией.

**Ведущий:** *Какой диагноз?* — Я тогда высказал мнение, что он видится как экзогенный больной, психопатоподобный синдром, но вот эти белые пятна остаются для эндогенного процесса, но видится он все-таки как экзогенный больной. Не будем забывать, что родственники отмечают, что пациент пил, брат его сказал: “Пил все, что горит!” — т.е. достаточно низкокачественные алкогольные напитки. В этом сходятся как брат, так и жена, и сотрудник. Причем, когда сотрудник привез его документы, он сказал, что “появившись четвертого числа с деньгами, у него было 4 тыс.”. Это большие деньги для Йошкар-Олы, его жена была без денег, он взял все деньги, которые были. Поэтому у него было, что вытеснить, По-видимому, деньги он пропил, потому что с 4 по 8 он появился на этой стройке, непонятно, был ли момент отравления. Мы можем складывать эти события, как-то менять их, но остаются белые пятна. Несомненно, что была интоксикация, и в общем это амнестическое расстройство. Оно было, конечно, острое и, несомненно,

спровоцировано экзогенно. Был ли это психоз, неизвестно. Интересно, есть ли сейчас депрессия? Ведь у него это состояние тоскливости, пессимизма сначала вызывалось тем, что он не мог вспомнить родных и близких. Дальше тема меняется и депрессия меняется: “Меня теперь не возьмут на работу, я никому не нужен!” — это он так говорит. После того, как приехал жена, и сказала ему: “Ты нам нужен любой, мы тебя любим!”, он сказал: “Вот эти приезжали, я их не помню, они приедут в пять часов ко мне, чай привезут, и сигареты!”. Когда ему сказали, что он нужен, сюжет депрессии следующий: он не хочет ехать домой. Почему он не хочет, он нам не пояснил. При всей своей однотонности он начал выступать как психопатическая личность. Я на первом разборе сказал, что он вспылил с сестрой хозяйкой по поводу дырочки в трусах, сейчас эти реакции, такие протестные, требовательные, немного резче, явней. Вчера мы вызвали его, потому что он отказался есть, т.к. его считают алкоголиком, вруном. Несомненно есть момент какой-то аггравации. Когда мы ездили делать МРТ, он все время приходил туда, где обсуждались его диагностические карты, он подходил ко мне и спрашивал на счет себя, он интересовался собой. Конечно, это поведенческие моменты, но еще раз говорю, что он видится как экзогенный больной. Экзогенная несомненная и психопатический синдром, но остаются еще белые пятна. “Голос” вы знаете, и сенестопатия не имеет динамики, у него дисциркуляторная энцефалопатия, остеохондроз выраженный, у него нет динамики внутренних ощущений, они достаточно стабильны, нет экстрачувствительных признаков, нет тревоги, нет эмоционального, они как есть, причем смены по погоде, сейчас морозы были, они усиливались. Я сейчас какие-то детали говорю, они конечно какие-то поведенческие, но могут дополнять картину. Действительно, случай первый, необычный, в нашей больнице такого больного мы рассматриваем впервые.

**И. П. Лещинская:** У меня тоже впечатление, что это амнестический синдром, но интересно у кого. С моей точки зрения, он органик, причем это смешанная органика, и интоксикация, и травмы у психопатической личности, полиморфной, с эпилептоидными чертами, эксплозивными, и с большой долей истерического радикала. Его поведение в отделении мне представляется истерически окрашенным, Глубину этой амнезии я оценить не могу, мы никогда не узнаем, что он действительно помнит, а что не помнит, потому что он довольно четко улавливает ситуацию и реагирует на нее. Например, когда он ждал приезда жены и дочери, он все время нас спрашивал: “Когда приедет жена? А как вы ее найдете?”. А когда мы сообщили, что нашли ее, у меня было такое впечатление, что он особо не рад, он не торопил приезд жены. Когда жена и дочь, наконец, приехали и ему сказали об этом, он страдал, говорил, что они же будут волноваться, а потом вошел с мрачным видом и сразу ска-

зал: “Я их не узнаю!”. — Я говорю “Андрей Владимирович, посмотрите на них!” — Он ответил: “Нет, я их не узнаю”. Сидит дочь, обливает его слезами, гладит его руки, и мы говорим: “Вы рисуете, Вы помните инструмент!” — он отвечает: “Я их не узнаю!”. И после их отъезда он сказал: “Я к ним не поеду!”. — Мы спрашиваем: “Почему Вы не поедете? Они Вас любят, скучают!”, — на что он ответил: “Я ничего не помню” — “Но они Вас помнят!” — “Нет, я к ним не поеду”. Жена говорит ему: “Я буду за тобой ухаживать, буду кормить” — “Нет, я поеду к брату” — “Почему к брату?” — “Я поеду к брату”. Когда появился брат и его не принял, он стал звонить другому брату, однако, потом Андрей не стал с ним разговаривать, положил трубку и после этого подошел ко мне и говорит: “Так, завтра пусть приезжает жена!”. Все это он говорил, глядя в пол: “Вызывайте завтра мою жену, пусть меня забирает” — “Так Вы же не помните, может это не Ваша жена?” — “Это моя жена, пусть приезжает, а там мы будем разбираться, что делать”, — и сейчас он хочет ехать к жене.

**Ведущий:** *А когда приходил рабочий с его места работы, какая ситуация была?* — Мы трепетно рассказали этому рабочему, что Т. такой хороший, благородный, что он не пьет, и если в автобусе едет с пьяницами, то он с ними воюет, рассказывает, что водитель сажает его рядом с собой, спасая от алкоголиков в салоне. А он нам ответил: “Да Вы что, он пьет ужасно, он приехал и пил все время”. Он оказался в Алтуфьево, где есть развлекательный центр, а работает он в Химках. Видимо, он приехал, пропил много денег, может его и подпоили, может он и отравился, но когда он очнулся, я не уверена, что его поведение было на 100 % таким, как он рассказывает. И в его припадках и эпи-синдроме упорном, тоже есть доля спровоцированности. Сейчас, когда он выходит, я ему говорю: “Идите аккуратно. У Вас не будет припадков? Вы же устали, у Вас голова болит!” — “Не волнуйтесь, не будет”, — сказал он и пошел. Так что правды мы никогда не узнаем, но лечим мы *амнестический синдром у больного с энцефалопатией смешанного генеза.* — *А зачем вы лечите амнестический синдром, если его нет?* — Но что-то есть, конечно, он многое не помнил, тут мне непонятна мотивировка. — *А денег он там не занимал?* — Кто знает! Мы уже дошли до того, что у него есть здесь любимая женщина. Он нам сам сказал, что он вез подарки для своей знакомой, может он это от жены скрывал, может, боялся, что все это выявится. Амнезия, конечно, была, в 50 больнице это зафиксировали. Мне, например, во всей этой истории не понятен смысл его поведения. Если он все это имитируется и аггравировать, то чего он добивается? В реальности у нас нет никаких признаков того, что какая-то ситуация ему угрожает. Работа у них здесь закончилась, это факт, он знает, что все уехали. Единственный мотив, который я могу предположить, это реабилитировать себя за то пьянство,

которое было, и за те деньги, которые он потерял, а еще инструменты, которые он вез из дома. Жена говорит, он потерял одежду, которую вез. — *Амнестического синдрома нет?* — Я думаю, что частично амнезия, действительно, была, когда он где-то ходил и искал милицию. — *Он в опьянении был?* — Он в 50-ю больницу попал без запаха алкоголя, это был припадок. Я в глубине этой амнезии сомневаюсь. Сомневаюсь, что это аутоперсонамнезия, которая описывается подробно, я думаю, у него этого нет. Это могут быть амнестические формы опьянения, и он все аггравировал и утрирует, я думаю, для реабилитации себя. Он по истерическому механизму представляет себя потомком белогвардейцев, и я не могу это расценивать как бредоподобные фантазии. Эндогенного я у него ничего не вижу, абсолютно.

— *Он страдает?* — Безусловно. Симптоматически, он имеет право страдать, имея такую энцефалограмму.

**А. В. Павличенко:** Неоднозначный больной. В прошлый раз я даже не знал, чего больше: органического, эндогенного или экзогенного. Обсуждались эти три компонента, и как-то месяц назад мы все-таки склонялись ближе к конверсионному характеру состояния. Сейчас, как мне кажется, в большей степени подтвердилась эта точка зрения. Сейчас состояние массивной истерической симптоматики и аггравации. Если мы возьмем критерии конверсионного расстройства, то там есть такие функции: полиморфная симптоматика, зависимость симптоматики от внешних факторов и возникновение новой симптоматики с помощью других методов обследования. — Все здесь есть. Мне кажется, если бы он находился в неврологическом отделении, то наверняка имитировал симптоматику инсультного больного. Находясь в психиатрическом отделении, он имитирует симптоматику галлюциноза, еще каких-то расстройств. Он сам сказал: “Появился голос”. Появились припадки, появились еще какие-то расстройства, в общем, идет явное расширения симптоматики, явная зависимость симптоматики. У меня сначала было мнение, что его припадки носят истерический характер. Невролог делает другое заключение, но инициирование этих припадков явно имеет психогенный характер. Есть элементы аггравации, но больше данных за истерический характер расстройств. У меня сомнения, была ли амнезия изначально, моя точка зрения — это сплошь фантазирование, я бы сказал, и не патологическое, и не бредоподобное, сплошь симулятивное поведение, имеющее определенную мотивацию. Мотивация, которая озвучена, мне кажется достаточной: длительный запой, потеря большой суммы денег. Если говорить о диагнозе то, это *симулятивное поведение на фоне органического заболевания мозга сложного генеза, травматического характера, наверное, у притивной личности*. Что с ним делать? Я бы его уже

выписывал, иначе я не удивлюсь, если через месяц получим “кататонический” ступор.

**А. А. Глухарева:** Я думаю, что это больной с коморбидными заболеваниями. По анамнезу это личность истерическая, отсюда самопорезы, заключение, криминальное поведение. Изначально это психопатическая личность. Это объективные вещи, которые мы можем наблюдать. Больной страдает алкоголизмом второй стадии с переходом в третью, это по объективному анамнезу. — Второй диагноз. Третий диагноз — органическая патопластика, которая объективно подтверждена на ЭЭГ, на томограмме. Степень новизны этих изменений сомнительна, это не текущая органика, не острая, которая могла спровоцировать его статус при поступлении. Имеются в виду нарушения мозгового кровообращения. Таким образом, это психопатическая личность, это больной, страдающий алкогольной зависимостью со всеми вытекающими последствиями, с энцефалопатией, и это больной с симптоматической эпилепсией. Очевидно на фоне обрыва запоя, на фоне абстиненции развился большой судорожный припадок и из 50 больницы, если бы не Ю. С., его бы благополучно выписали домой. Чем больше мы разбираемся, тем больше мы увязаем. Что касается его амнестических расстройств, то мне кажется это *все в рамках истерического расстройства, установочного поведения*. Я считаю, что его надо выписывать с родственниками, и он достаточно быстро компенсируется дома в домашних условиях.

**В. Г. Остроглазов:** Уважаемые коллеги! На первом клиническом разборе этого сложного случая и нозологический, и синдромальный диагнозы остались неясными, а большинство предположений вращалось вокруг экзогенной — экзогенно-органической или психогенной, диссоциативной этиологии аутоперсонамнезии. Эти мнения подытожил проф. М. Е. Бурно, пытавшийся определить психический статус как “диссоциативную растерянность”, в которой, при желании, можно увидеть намёк на шизофрению. Оставалась диагностическая надежда на второй, сегодняшний разбор, которая не оправдалась.

И сегодня приходится заключить, что клинический диагноз по-прежнему, и даже еще больше остаётся неясным для психиатров. Разброс мнений выплеснулся за пределы психиатрии: от экзогенно-органических амнестических синдромов — до притворства и симуляции беспомыслия (как в этом убедились леч. врач и зав.отд. И. П. Лещинская). Мнения сторонников этих крайних точек зрения сходятся в отрицании психиатрической патологии у пациента, которому нечего делать в психиатрической больнице. Но сторонники экзогенно-органической, неврологической точки зрения предлагают перевод в неврологию в неотложном порядке, тогда как увидевшие симуляцию — просто выписку.

Если мы считаем этот случай притворством, симуляцией, тогда он не имеет никакого отношения к про-

блеме аутоперсонамнезии. Но, если мы сходимся в том фундаментальном факте, что это не притворство, не симуляция, то можно продолжить наш клинический разбор.

По моему мнению, перед нами — типичный случай аутоперсонамнезии, хотя и сильно замаскированный. К истинному диагнозу приходится пробираться сквозь дебри диагностических масок психопатий, психоорганических амнестических синдромов (конечно же, при верифицированном органическом (атрофическом) поражении головного мозга), сквозь маньяновскую дипсоманию, сквозь батарею психологических методик и тестов (включая тест Роршаха — Ю. С. Савенко), сквозь удары судьбы и семейно-социальные-уголовные осложнения жизненной кривой пациента. Кто-то с кафедры психотерапии РМАПО мог бы еще вспомнить, что неврозы — это жизненное отчаяние, и заключить об актуальном неврозе. Но к счастью, этого не произошло.

Высказанные предположительные диагнозы (за исключением диагноза притворства) указывают на старые расстройства, которые сопровождали пациента на протяжении почти всей жизни (личностные расстройства), либо очень многих лет (алкоголизация, макроструктурные изменения мозга, верифицированные при КТ и МРТ), однако без того, чтобы проявляться аутоперсонамнезией. Последняя возникла вдруг как катастрофа памяти после нетяжелого отравления с преходящим экзогенным сопором.

*Психопатологический анализ* аутоперсонамнезии показал, что в основе ее лежит тотальная деперсонализация с антиномической идеей забвения собственной личности вплоть до аутопрозопагнозии, т.е. дереализации и непризнания собственного лица. Нарушения общей чувствительности, постоянный витальный фон синдрома перемежается вспышками интракраниальных и интраторакальных сенестопатий с алекситимией и диспсихофобией по А. К. Ануфриеву. Всё это — прямые эндогенные процессуальные признаки. Это — эндогенный процесс, развивающийся на основе психического автоматизма в понимании Клерамбо.

Таков и процесс его “возвращения к себе”. Это — не воспоминания себя, а построение заново собственной личности на основе автоматически появляющихся фрагментов воспоминаний — реперсонализация. Сюда относятся и псевдорациональные умозаключения о себе в результате наблюдения окружающего и самонаблюдения за собой как объектом исследования. Вот оно расщепление: деперсонализация с расщеплением на субъект и объект, с патопсихологической рефлексией; субъектом служит как бы “голое Я”, а объектом — потерянная, “забытая” собственная личность, которую необходимо “вспомнить” или заново выстроить и заново привыкать к ней. Эта “потерянная личность” стала для него словно чужой или никогда не виданной, как и собственное лицо в зер-

кальном отражении (чем-то вроде жаме вю). Именно такие тонкие случаи возвращают нас от стандартных школьных разборов к филигранной психологии шизофрении Груле.

Сверхценно-бредовая идея поражения ядом мозга и памяти чередуется с подспудной латентной идеей “порчи, сглаза”, которая всегда сопутствует хронической деперсонализации и ждет своего часа. Повторяющиеся эпизоды вербальных “психических галлюцинаций” Баярже, вербальных псевдогаллюцинаций императивного типа, пронизывающих его “от утробы до головы” как весть из иного мира и сопровождающихся демонологической бредовой трактовкой, вербального псевдогаллюциноза диалогического типа, с которым он вступал в спор, — включают симптомы шизофрении I ранга Курта Шнайдера.

*Наследственность.* Мать психически больна: страдала тяжелой алкогольной зависимостью, отличалась безответственным, асоциальным семейным поведением (нарожала кучу детей, часть которых пришлось отдать цыганам) и антисоциальными эксцессами, из-за которых значительную часть жизни провела в тюрьме. По л/м бабка страдала хроническими интракраниальными сенестопатиями с витальной деперсонализацией и диспсихофобией по проф. Ануфриеву, т.е. психопатологическим симптомокомплексом, наблюдающимся только при шизофрении. Психическое здоровье отца и ст. брата (у которого “что-то было с головой”), умерших внезапно в молодом возрасте, остается неясным. Таким образом, установлена наследственная отягощенность эндогенными психозами по линии матери.

*Диагноз.* Старый шизофренический процесс. Латентная шизофрения, малопрогредиентная с неврозоподобными и психопатоподобными проявлениями на органически неполноценной почве (в смысле С. Г. Жислина), осложненная алкогольной зависимостью. Обострение в форме аутоперсонамнезии, спровоцированное острым сочетанным (интоксикационным и психогенным) стрессом.

Прогноз? — К сожалению, — значительная вероятность малоблагоприятной перспективы и в клинико-психопатологическом, и в социально-редаптационном отношениях. В этом случае процесс будет развиваться во все более отчетливом бредовом русле.

Но это лишь мое личное мнение, ранее отраженное в записи моей консультации в истории болезни, которое несколько не влияет на резюме клинической конференции: диагноз психиатрам не ясен. Вместе с тем, полагаю, что истинный диагноз в данном случае может быть уяснен не путем голосования, а методом катамнестического исследования. Катамнестический оптимизм может опираться, так же, на вчерашнюю теле-верификацию диагноза Тутанхамона, который, оказывается, болел малярией, страдал слабостью опорно-двигательной системы, врожденной ему в результате кровосмесительного брака, (поэтому-то он и

стрелял из лука, сидя), а за несколько часов до смерти получил ранение ноги. Катамнез нас рассудит.

Как бы то ни было, но, за последние 15 лет — это первая клиническая и весьма представительная научная конференция по данной проблеме. Полагаю, она послужит значимой вехой в клинических разборах аутоперсонамнезии, которая не относится к так называемым школьным случаям и поэтому может рассматриваться как ЕГЭ или тест на состояние московской научной психиатрии. Мне приятно выразить благодарность всем организаторам конференции, в особенности главному врачу этой старейшей психиатрической больницы Ларисе Степановне и президенту НПА д-ру Савенко. Будем ждать исторической публикации.

**Ю. И. Либерман** (специалист по клинической эпидемиологии эндогенных психозов): Как эпидемиологу, мне нечего особенно сказать по этому случаю. Основа психической болезни фиксируется на уровне синдрома. Синдром вечен, он был и во времена Крепелина, и сейчас. Синдромы одни и те же. Мы их фиксировали и с Ануфриевым, и с Остроглазовым, и с Жариковым и т.д., синтезируя все клинические описания шизофренического процесса в Институте психиатрии Академии Меднаук, когда директором был Снежневский. Мы уложили это все в систему. У нас получилось около 100 симптомокомплексов. Около 100 синдромов, которые патогенетически отличаются один от другого. Очень важно было найти эту грань: в этом случае синдром имеет такой-то патогенез, а в этом — совсем другой. И сейчас, когда мы говорим об аутоперсонамнезии или биографической амнезии, сразу возникает вопрос: это все-таки расстройство памяти или это деперсонализация? Это человек себя не узнает, и шупает и определяет, или он себя не помнит? Вот вы решите этот вопрос. После этого у вас будут соображения о диагнозе. А когда будут соображения о диагнозе, тогда вы скажете, чем его лечить, витаминами или нейролептиками. Когда все это собирается, то получается, что, во-первых, у него психопатическая личность. Почему? Какая психопатическая личность? Органическая? Почему он весь в порезах? Почему у него такая сложная биография? Почему его мама патологически измененный человек? Виктор Гаврилович лучше знает анамнез, он говорит, что там это тоже “присыпано шизофренией”. Все упирается в эту эндогенную составляющую. Органика сейчас есть у всех. У любого можно найти склероз, что-то в подкорковых структурах, и этой органикой вы не объясните такие вещи как синдром Кандинского. Он же его симулировать не может, он его не знает. Он просто говорит, что “я голос слышу”, а еще с семьей такие сложные отношения. Все это как следствие, а не как причина его установочного поведения. У него психогения? Невроз? Тогда надо лечить его гипнозом. Но почему наши гипнотики отказались от этого лечения? Они не говорят, что они преуспели,

что он изменился. Каких изменений вы ждете за месяц? Вот месяц мы его наблюдаем. Он эмоционально такой холодный, монотонный, однообразный. Это однообразие может быть и при органике. Но есть симптомы первого-второго порядка. Можно говорить о Жислине, можно говорить о почве, но все это конструкции, мнения, а они должны опираться на то, что мы видим у больного. А у больного мы видим целый ряд симптомов, которые мы у других больных наблюдаем при шизофрении.

**Ю. С. Савенко.** Уважаемые коллеги! У нас получается очень поучительная конференция, и очень хорошо, что здесь представлены и школа академика Снежневского, и другие точки зрения. Я часто выступаю в судах с анализом судебно-психиатрических экспертных заключений. Мне страшно представить, как я бы столкнулся с кем-то из вас троих на этом поле. Потому что, чтобы при таком массивном неравновесии исходных данных в пользу органики говорить о шизофрении, надо исповедовать концепцию единого психоза. Я с большим уважением отношусь к Андрею Владимировичу Снежневскому, и тем более к Анатолию Кузьмичу Ануфриеву, нашему соратнику, но Снежневский и Ануфриев — это большая разница, и я мог в этом неоднократно убедиться. Вы совершенно правы, что надо плясать от фактологии. Мы постоянно силами нашей ассоциации проторяем путь феноменологической, т.е. непредвзятой фактологии. Но д-р Т. так задавал здесь вопросы больному, что я вначале подумал, что он хочет проверить внушающий характер: пойдет или не пойдет за ним больной. В императивном стиле. Да вы так у доброй половины людей найдете псевдогаллюцинации. Почему вы не интегрировали в свое выступление данные электроэнцефалографии, данные МРТ, ЯМР? Теста Роршаха? Психологического исследования? Или можно брать только то, что Вам подходит? Здесь произошло то же, что с институтом А. В. Снежневского, который занимался одной шизофренией. Московский НИИ психиатрии, в котором в ту пору работало созвездие замечательных специалистов, издал тогда том “Шизофрения” под редакцией Леона Лазаревича Рохлина, где было представлено все разнообразие мнений. А когда занимаешься чем-то одним, то поневоле во всем это и видишь. Это неизбежно, без всякой сознательной преднамеренности. Я хотел обратить ваше внимание на простую вещь. Вот больной, у которого есть все. Наследственность со склонностью к пароксизмальности, хронический алкоголизм, черепно-мозговые травмы, эпилептиформные припадки, органика по всем параклиническим методам исследования, истерический радикал и т.д. Так вот вернемся к фактологии. Здесь важно быть психоневрологом, быть немножко грамотным в неврологии. Эпилепсию сейчас в МКБ-10 забрали себе невропатологи, это промежуточная сфера. В 2007 г. вышел 500 страничный том “Клиническая нейропсихология” проф. Иосифа Мои-

сеевича Тонконового, теперь уже из Бостона, совместно с проф. Антонио Пуанте из Северной Каролины. Треть тома посвящена агностическим расстройствам. Самым разнообразным. Огромный раздел по просопагнозии, т.е. агнозии на лица. Бесчисленное число тщательных исследований показали, что просопагнозия имеет два варианта: апперцептивный и семантический. При апперцептивном имеются первичные нарушения сложных глобальных целостных признаков, а вот при семантической форме нарушается соотношение лица с его значением как родственника. Таким образом, речь идет только об агнозии на лица близких и самого себя. В том числе в зеркале. Это филигранно изучено, отточено, и это на уровне феноменов, фактологии. Показано, что имеется совершенно четкая локализация: височная и нижнетеменная. В зависимости от заинтересованности затылочных или фронтальных областей — с дополнительной симптоматикой. Клинически с давних пор хорошо известно, что раздражение интерпариетальной и височной областей дает деперсонализацию, весь ее букет, самые причудливые формы, всевозможные метаморфозы, искажения. А психосенсорные расстройства, которые так замечательно описал Михаил Осипович Гуревич? Вы о них забыли или не берете в счет? Хорошо известно, что височные нарушения дают шизофреноподобную симптоматику. Почему Вы все это списываете со счета? Когда все складывается удивительным образом естественно и клинически, и по инструментальным методам исследования. Может быть, такую энцефаллограмму можно симулировать? Или это бывает у шизофреников? Пик-волна? Это же нонсенс, не учитывать таких вещей. Это же киты. При судебно-психиатрической экспертизе потребовались бы четкие стандарты диагностики. В том-то и сложность нашего предмета, что понятие специфического давно кануло в Лету. Синдром Кандинского-Клерамбо также бывает органического происхождения. Но это не основание для релятивизации. Если мы будем релятивизировать, то для нас будет все равно, 20 % вероятность или 80 %, а если вы введете квантификацию на уровне экспертных оценок с 4-х мерной шкалой, а не пяти, чтобы не было болота середины, то в данном случае здесь редкая однозначность, а вы тем не менее говорите о шизофрении. Я напому, что Виктор Миронович Гиндилис, ведущий специалист по психиатрической генетике, работавший в Институте Снежневского, представил исследование, которое было опубликовано в нашем первом сборнике 1990 года “Пути обновления психиатрии”, где показал, что школа Снежневского ставила шизофрению в три раза чаще, чем где бы то ни было в мире. Это не просто академический спор, это имело социальные последствия. Конечно, любая болезнь имеет вялотекущие, латентные, ларвированные формы, но такие формы качественно отличны, так же как МДП и циклотимия. Я думаю, что в некоторых экспертных ко-

миссиях был бы очень полезен непрофессионал, человек с улицы, человек со здравым смыслом, от которого ученых мужей может уносить очень далеко. Симптоматика у представленного больного полностью соответствует *семантической просопагнозии, которая связана с поражением вентральной поверхности затылочно-височных долей правого полушария головного мозга*, иногда с присоединением поражения задненижней префронтальной области. А при поражении фронтально-височной области очень часто отмечается иллюзия двойника. И многие другие, казалось бы, необычные причудливые фантастические шизофренические симптомы. Старые авторы выделяли агнозию Шарко-Вильбранта, это значит неспособность представить себе что-либо в воображении, в представлении в зрительной модальности. Последующие исследования, которые обобщил еще Николай Александрович Бернштейн, показали, что здесь два явления. Может не быть агнозии, а такая неспособность сохраняется, и в современной научной неврологической литературе называется “слабостью зрительных образов”. Я столкнулся с этим при исследовании психотической тревоги, которая тоже дает эти феномены. Когда мы видим такую картину, которая легко и целостно выводится из имеющихся данных... Кстати, у большинства людей зрительная модальность доминирует над всеми остальными. Иначе у слепых, глухих и т.д. Когда возникает слабость зрительных образов, она может быть динамична, тогда автоматически приобретает большое значение слуховая модальность. Такие больные, и это подробно описано, начинают узнавать только по голосу и даже по звуку шагов знакомого человека. Я не хотел бы Вас обидеть, д-р Т., но как можно вести опрос в таком императивном тоне, буквально навязывая собственное мнение? Гениальные экспериментаторы, такие как Адамар Гельб, — феноменологическая выучка высшей школы, и Курт Гольдштейн, крупнейший невролог и психиатр, основоположник патопсихологии и нейропсихологии, даже они, написав целую книгу на одном больном, который прослеживался больше 30 лет, подверглись атакам за то, что его ответы могли быть результатом внушения. Если Вы хотите выяснить, есть или были ли у больного псевдогаллюцинации, надо быть крайне осторожным. Потому что на время, когда зрительная модальность подавлена, автоматически верх берет слуховая модальность. Все через нее как под увеличительным стеклом. Поэтому вопросы, выясняющие псевдогаллюцинаторный характер слуховых восприятий, в таких случаях требуют точной фиксации. Никто из врачей отделения не отметил ничего похожего. Поэтому я согласен с диагнозом отделения.

**В. Г. Остроглазов:** *Вот семантическая просопагнозия органического генеза, нейроорганического. Но почему он избирательно не помнит только то, что относится к его личности или его семье? А Ири-*

ну Петровну он все время узнает. Он Вас узнал. — Так в этом же смысл этого симптома. Семантическая просопогнозия распространяется на близких родственников и самого себя, и даже на личные вещи, но не на посторонних. Меня он узнавал с самого начала и все время. Здесь нет никаких противоречий. И еще я не сказал о лечении. Я хотел напомнить совет д-ра Калына Ярослава Богдановича, который разбирал больного с Альцгеймером. Он сделал очень важное замечание, связанное с тем, что повсеместно, особенно в общесоматических больницах, пожилым людям дают большие нейролептики. Он подробно обосновал, что нужно пользоваться атипичными нейролептиками, чтобы уровень ацетилхолина оставался полноценным, и рекомендовал тиапридал, как наиболее подходящее средство в тех случаях, когда есть к этому показания, а из приводящихся сонопаков.

**И. С. Павлов:** Уважаемые коллеги! У нас на кафедре Рожнов читал специально две или три лекции по истерии. И он всегда говорил, что истерия это обезьяна всех болезней. Это мнение старых авторов. Такие больные что видят, то и моделируют. Они прекрасно моделируют. Он на первом разборе не говорил о галлюцинациях или о каких-то психиатрических штучках. Полежав три недели в психиатрическом отделении среди больных, он стал говорить об этом. Был бы в неврологическом отделении, у него был бы паралич... Истеричка изменила мужу. Она жалуется: муж деспот, довел до астазии-абазии. Утром она лежит на обходе, она не ходит, к обеду она как моль ходит по стенке. Вечером, когда больница закрыта и муж уже не сможет прийти, она выплясывает на данс-терапии. У нашего больного есть истерические проявления. Такие больные не помнят, тем более алкоголики, то, что им претит, то что им неприятно. Он запутался в жизни. Он посмотрелся “Жди меня” и пошел по такому пути самоутверждения. Он и деньги пропил, у него здесь и дама сердца есть, оказывается. Чем лечить? Истерия без органики не бывает. У него органика — предпосылка к истерическим реакциям. Он актер, все говорят, родственники говорят. Он играет. Большие психиатры говорят, что неврозов нет. Они не разделяют неврозы и реактивные состояния. Это потому, что они не видят неврозов, к ним невротики не приходят. Я здесь в больнице редко вижу невротиков и для курсантов не могу найти. Они сюда не приходят, они в салонах магии и гипноза, они у психологов, у целителей. Когда я работал у Гальперина Якова Григорьевича, мой напарник сказал: “Давайте мы будем лечить невротиков как психотерапевты. Гальперин ответил: “Нет, с невротиками целители справляются.” Я понимаю, что Вы не видите в своей клинике невротиков, не видите истерию. Хотя Крепелин сказал: “Когда много истерии, это не истерия”. Но тут много нету. Это рентное поведение. Человек запутался. Мы плохо знаем истерию. Важно изучать психосоматические соотношения. Он находится сре-

ди психически больных. Он еще не то выдаст через две недели. Я у него не увидел ни амбивалентности, ни амбитендентности. Это истерическое установочное поведение на фоне органики. Лечение ноотропами. Надо лечить почву и на этом фоне его восстанавливать. Нужно вскрыть его проблему. У больного кроме болезни есть еще жизнь. Нужно лечить не болезнь, а человека. У него сложное положение. Он пропил деньги, потерял инструмент в пьяном виде. Как он вернется домой?

**К. Е. Горелов (психиатр, психотерапевт):** **Нельзя отметать живой,** я бы даже сказал, животрепещущий **контекст ситуации:**

— Наш больной перед обращением в милицию, перед госпитализацией потерял сумку с личными рабочими инструментами... (а лишит инструментом строителя, всё равно, что лишит преподавателя, профессионального исполнителя, лектора голоса!)

— Потерял во время очередного запоя... и отравления...

— Запой, во время которого потратил последние деньги...

— Из объективного анамнеза, со слов родственников, со слов сослуживцев известно, что склонен к лжи, легковесен, что “артист ещё тот”, безответственен, не выполняет взятых обязательств, неоднократно замечен в случаях взятия денег в долг... без отдачи...

Одна из важных здесь деталей. Больной, как мы уже знаем из объективного анамнеза, всегда остро и живо интересовался просмотром передачи “Жди меня”. А, следовательно, у него имелись и имеются вполне чёткие представления о том, как должен выглядеть отравленный и “потерявший память человек”.

Надо сказать, что во время проведения конференции зал — врачи были настроены скептически по отношению к предполагаемому диагнозу — шизофреническому расстройству... Слышались даже полшутливо — полусерьёзные предложения: “да ему (надо) просто один раз выпить предложить (предложить), быстро он покажет себя — настоящего”, или “вот если бы сделать диагностическую амитал-кофеиновую растормаживающую инъекцию...”

**А вот назначение препаратов нейролептического ряда с получением положительного эффекта будет в обоих случаях. А значит, не должно приниматься во внимание (как диагностический критерий).**

Положительный эффект будет и в случае наличия шизофренического расстройства, и в случае истерического — т.к. свойственная здесь внутренняя “психологическая взвинченность”, которая питает, заряжает эмоциональной силой, наполняет эмоциональным смыслом — содержанием демонстративные симптомы, страдания больного истерией, значительно тускнеет, “сдувается” на нейролептической терапии, а вместе с тем послабляется всё расстройство.

Вопрос дифференцировки имеющихся судорожных явлений у больного не представляется особенно загадочным. Имеются специфические данные ЭЭГ в виде пароксизмальной активности, пиков, острых волн, чётко определяемых как эпилептический тип активности. Грамотный подбор противосудорожной терапии, совместно с неврологом, сулит благоприятный результат лечения этого расстройства... При условии, если наш пациент будет вести более здоровый образ жизни в дальнейшем..

А вот с вопросом — шизофренический процесс или **F44.0 Диссоциативная амнезия у больного с F60.2 Диссоциальным расстройством личности...** пока надежда на прояснение ситуации в дальнейшем, как говорят в подобных случаях — катамнез всех рассудит, самый точный диагноз определится в недалёком будущем.

**М. Е. Бурно:** Уважаемые коллеги! Мне осталось тоже сказать свое мнение. Думаю, хорошо, что такие разные мнения. Мне многое созвучно из того, что здесь происходило. Давайте вспомним. В прошлом. Веселый пьянствующий монтажник с кучей анекдотов, в заключении был два раза, и мамаша его в заключении познакомилась с другой алкоголичкой, будущей его женой. Вот такая жизнь. И, конечно же, он не создает впечатление человека, духовно сложного тонкого. Впечатление, психиатрическое впечатление, примитивного врожденного преморбида. И думается, что здесь наличествуют три основных болезненных расстройства, о которых уже говорил. Эти три расстройства переплетаются между собой и друг друга видоизменяют. И все происходит на этой примитивно врожденной личностной почве. Как бы поставил ему диагноз, клинически полный. Конечно, согласен, это органическое поражение мозга сложного генеза, и все-таки, не могу думать и чувствовать иначе, эндогенно-процессуально преломленное. Постараюсь это обосновать. Эндогенно-процессуально преломленное органическое поражение мозга — это нередкое расстройство. Большой шизофренией может быть с органически поврежденным мозгом. И на этой почве возникло психотическое истероидное расстройство, о котором много говорилось, и возникло сообразно сложной почве. Тут перемешиваются и органические мотивы (в том числе сосудистые, алкогольные), и эндогенно-процессуальные, и истероидные. И это психотическое, амнестическое есть, прежде всего, расстройство истероподобное, по-видимому, спровоцированное отравлением. Теперь важные подробности. То, что это органическое поражение мозга, в этом никто не сомневается. Видится здесь и органическая душевная огрубленность, и алкогольный мотив личностный стерто-огрубленный, и симптоматические припадки. Прекрасное неврологическое заключение, за которое мы должны быть благодарны Станиславу Васильевичу. И сами припадки, о которых больной довольно хорошо рассказывает. Конечно, это органиче-

ское поражение сложного генеза. Но вот всматриваясь психопатологически в органическую психопатологию. И видим, по-моему, такую несурязицу, которую можно объяснить только эндогенно-процессуальной преломленностью органики. Этот бывший веселый пьянствующий монтажник сидит перед нами такой беспомощный, однотонный, без типичной органической напряженности, не истощающийся астенически. Для меня это и есть эндогенно-процессуальная преломленность органики. Так же как шизофренический алкоголик не похож на типичного алкоголика, не похож на типичного органика. Он говорит о том, что хочет разобраться в себе для того, чтобы выписаться, чтобы все вспомнить. В то же время, обнаруживается для меня здесь несомненная однотонная тоскливость, гипомимия. Он готов исследоваться, он исследуется с охотой и при этом не истощается. И в самой амнезии, если думать о ней психогенно и даже если думать о ней чисто органически, здесь много всякой несурязицы, здесь многое невозможно в случае психогенного толкования этой амнезии, многое невозможно психологически понятно объяснить. Он что-то помнит, а чего-то не помнит. Он помнит, например, эту маленькую иконку с тремя иконами и даже крестик помнит на обложке этой иконки. Он помнит почему-то Валентину Васильевну. И не помнит, вопиюще не помнит, многое другое. Он действительно ригиден, как звучало в неврологическом заключении, и внимателен к отдельным деталям. Он на психологическом исследовании говорит: “А этот отвернулся, чтобы не видеть, как убивают”. “Я их не узнал, и я к ним не поеду”. Это он говорит о своих близких. Это все психологически непонятно. И ко всему этому еще внутренний грубый мужской голос, который толкает его, говорит “вставай”, и как будто бы это предвещает припадок. Я такое видел в органике, такую непонятность, органическую и психогенную непонятность, когда влетается сюда шизофрения и вносит свой схизис, вносит свой разлад непонятности. И вот на этой почве эта белая жидкость, он говорил об этом несколько раз, он три раза нюхал, чтобы убедиться, что это не спиртное. А в то же время, он пьянствовал все это время, как говорят очевидцы, он пил все, что горит. И возникло состояние, о котором, конечно, не зря говорят, что оно похоже на истерическое. Эта истерическая амнезия. Истерическая-то истерическая, но на особой почве, на органически эндогенно-процессуальной для меня почве, и поэтому это все непонятно как типичное истерическое. Конечно, истерическое расстройство, в том числе амнестическое, может возникнуть у кого угодно, на какой угодно почве, потому что у каждого из нас есть подкорка, седалище истерических механизмов. Но сама истерическая картина будет нести в себе эту почву. Почва положит на истерическую картину свою физиономию. Что и видится мне в данном случае. В отношении деперсонализации. Не могу ее здесь увидеть. Классическая истинная



деперсонализация — это тягостное чувство эмоциональной личностной измененности, это неестественность чувствования. И это мы видим главным образом у натур душевно, духовно организованных. Не знаю, возможна ли деперсонализация на такой примитивной огрубленной почве. Я ее тут не вижу. А истерическое может быть на любой почве. Истерическое может быть у дебила, у глубокого олигофрена, истерическое может быть у собаки. Истерический паралич, допустим, после того, как собака потеряла хозяина. Интересно рассказывал Андрей Леонидович о том, как гипнотически помогает больному кое-что вспомнить. В данном случае, конечно, работает не внушение, а само гипнотическое состояние, которое с точки зрения клинической является состоянием раскрепощенности защитно-приспособительных сил организма с буквальных выходом в кровь собственных лекарств. Это достаточно изучено, и в этом состоянии, действительно, наступает улучшение, даже у тяжелых соматических больных. Он начинает вспоминать свое состояние. Я думаю, что память его улучшается. Он сам об этом говорит, он с этим согласен. Ведет он себя не как истерик. Никакой игры. Органически эндогенно-процессуальная однотонность, беспомощность и характерная специфически шизофреническая милота, так что его психиатрически пожалеть хочется. Это не по-органически, не по-невротически. Я бы, как советует Игорь Степанович, давал ему ноотропы, при каких-то волнениях, возбуждениях, как советует Юрий Сергеевич, сонапакс. И думаю, что прогноз не такой плохой, что память будет продолжать улучшаться, и через какое-то время он выплывет с восстановившейся памятью, если это такое неврозоподобное истероподобное состояние, возникшее на сложной почве. И по-моему анализ Юрия Сергеевича, тест Роршаха, по-моему тоже говорит об этой известной раздраженности. Всем спасибо!

**От редактора.** Многие, даже далекие от психиатрии люди, обратили внимание на информационный всплеск в течение последних лет случаев обнаружения людей, забывших все про самих себя — кто они? откуда? где они живут? кто их родные и близкие? Разгорелся спор: что это? Нечто принципиально новое или нередкое и в прошлом, но оказавшееся в поле зрения прессы и ею раскрученное? Или это следствие экологической обстановки, или качества спиртного, или действия каких-то новых психоактивных средств, их утечки или испытания, ведь вещества, стирающие память — мечта не только спецслужб. Спор, и довольно резкий, возник и среди психиатров: либо это психогенная диссоциативная амнезия (А. А. Портнова и др., 2003), либо это “органика” (кандидатская диссертация А. В. Милехиной “Синдром биографической амнезии”, 2009, под руководством З. И. Кекелидзе), либо это тотальная деперсонализация при стертой шизофрении, что на основании тонкого клинико-психопатологического анализа

обосновывал д-р В. Г. Остроглазов (2004), которому удалось на общем с Кекелидзе больном убедительно доказать свою правоту на страницах нашего журнала и на большой клинической конференции, специально посвященной этой проблеме.

Нам с самого начала представлялось очевидным, что такого рода расстройств гетерогенны и в каждом конкретном случае имеют разную природу. Конечно, нельзя было утаить от самого себя определенную пристрастность: тонкий психопатологический анализ д-ра Остроглазова<sup>1</sup> импонирует нам значительно больше как таковой, как соответствующий нашим собственным устремлениям. Но что же произошло на представленном клиническом разборе?

Больной, попавший в реанимационное отделение общей больницы без паспорта и в полном беспомоществе относительно себя, которого спустя неделю после КТ я перевел с его согласия в Преображенскую больницу специально для тщательного исследования и клинического разбора, в результате цепи счастливых случайностей быстро восстановил сведения о своей личности. Эти сведения, благодаря визитам дочери, жены, брата, сослуживца, оказались настолько нелицеприятными (запойный алкоголик, мать и жена которого и дважды он сам отбывали заключение, псевдолог, способный на самое искусное притворство, и т.д.), что он дал на них демонстративную реакцию протеста: замкнулся, перестал принимать пищу, осунулся. Поэтому неслучайно среди пяти выставленных диагнозов, наряду с органикой и шизофренией, фигурировала симуляция. Предположение об этом высказывали и реаниматологи 50-й больницы. Разброс мнений на открытом клиническом разборе принял настолько заостренную форму, что дал нам основание озаглавить его публикацию — “Подарок антипсихиатрам”.

Конечно, можно было бы легко смягчить остроту полемики утверждением, что все правы, что все три версии совместимы, а не альтернативны. Но такая позиция бесплодна в профессиональном плане. Намного продуктивнее проблематизировать тему, тем более что здесь ситуация далека от fifty-fifty. Дело не только в наличии свидетельств о серьезной алкогольной и травматической отягощенности и эпи-припадке в милиции, джексоновских эпи-припадках в отделении и отчетливых эпи-знаках на ЭЭГ, об однозначной органической картине при экспериментальных нейро- и пато-психологических исследованиях, и при экспериментально-психопатологическом исследовании личностным тестом Роршаха, но в отсутствии при этом во всех этих экспериментальных данных какого-либо намека на процессуальный характер

<sup>1</sup> Остроглазов В. Г. — О проблеме “биографической амнезии” // Психиатрия и психофармакотерапия. Журнал им. П. Б. Ганнушкина. 2009, 6, 56 – 61.

имеющихся нарушений. Это противостоит принципиально другому, иначе увиденному д-ром Остроглазовым психическому статусу, как процессуальному, на основании его неоднократных многочасовых бесед с больным.

Но еще до всех психопатологических тонкостей следовало бы учесть давно установленный факт, что локализация мозговых расстройств в правой теменно-височной области коры головного мозга часто связана с шизофреноподобной симптоматикой, включая синдром Кандинского. Это лишает всякой остроты вопрос о наличии или отсутствии этого синдрома у Т. С теменно-височной локализацией связана и семантическая просоп-агнозия, целиком соответствующая симптоматике, отмеченной у Т., и представляющая, конечно, не мнестическое расстройство, а — на психопатологическом языке — деперсонализацию, все виды которой опять-таки отмечаются при той же локализации. Поэтому о шизофрении можно было бы достоверно говорить только при отсутствии каких-либо нарушений в этой области мозга.

Что касается мнестических расстройств, то они не альтернатива деперсонализации и в силу тяжелого алкоголизма и эпи-припадков, у Т., конечно, присутствовали, преобразованные его целенаправленной и вполне понятной рентной установкой. Все же в его случае адекватнее говорить **не об аутоперсонамнезии, а об аутоперсонагнозии**, как синониме се-

мантической агнозии на лица (просоп-агнозии), даже более адекватном, так как речь идет не только о лицах, а о сфере “приватного”. Стоит напомнить, что термин “агнозия” был введен Зигмундом Фрейдом (1891), в тот период крупным невропатологом, вместо термина “асимболия”, в силу нарушения связи не предмета с его знаком (символом), а знака и смысла. Таким образом, зрительное восприятие сохранено, но смысл предмета непонятен. Отсюда старый термин “душевная слепота”. Что касается семантической просопагнозии, то это расстройство не восприятия, и не столько памяти, сколько самосознания.

Описанный казус столь резкого диагностического расхождения связан, прежде всего, со случайным попаданием в психиатрическую клинику больного, совершенно другого профиля, с которым психиатры обычно не сталкиваются и не имеют соответствующего опыта. Риск спроецировать на такого больного тонкие дифференциации другого эмпирического поля, тем более в контексте острой дискуссии, очень велик.

Диагноз отделения, как прежде всего органического расстройства, окончательно закрепила медсестра, которая по оплошности не дала Т. прописанный ему карбамазепин. Ночью (уже после клинического разбора) у него случился развернутый большой эпилептический припадок с упусканьем мочи.

**Рекомендуем!**  
**Начала выходить общероссийская**  
**психиатрическая информационно-аналитическая газета**  
**“НОВАЯ ПСИХИАТРИЯ”**

не похожая на издаваемые, интересная и широкому читателю, и профессионалам, в силу публикации работ известных отечественных и зарубежных психиатров по наиболее актуальным проблемам, их лекций, советов, всевозможных новаций и дискуссий. Публикуются, в частности, материалы Форума с сайта

Независимой психиатрической ассоциации России,  
дающего трибуну обсуждению самых острых вопросов.

Молодые ученые имеют здесь возможность  
заявить о своих замыслах, опытные клиницисты  
и преподаватели — поделиться своим опытом

**Главный редактор О. А. Бухановская**

**344010 — Ростов-на-Дону, Ворошиловский пр., 40/128;**  
**тел. (863) 267-4815; факс (863) 267-3867.**

**Распространяется бесплатно по реестру редакции**

# ИЗ КЛАССИЧЕСКОГО НАСЛЕДИЯ

## Психология шизофрении<sup>1</sup>

Ганс В. Груле (Гейдельберг)

*Расширенный реферат  
ежегодного собрания Немецкого объединения психиатров  
Вена, осень 1927 г.<sup>2</sup>*

В других работах<sup>3</sup> я неоднократно подчеркивал, что при исследовании вторичного мышления и поступков шизофреника следует учитывать три случая. Если мы назовем какое-то действие “В”, а его мотив “А”, то в первом случае действие (или высказывание) “В” само будет аномальным и в данный момент (statisch) непонятным, исследователь здесь не получит никаких результатов. Во втором случае действие “В” само по себе будет правильным и понятным, но мотив его — “А” — кажется непонятным. “В” здесь можно понять только статически, а не генетически, т.к. “А” не имеет понятного смысла. В третьем случае как “А”, так и “В” совершенно понятны, но неясна связь между ними. Функция, связывающая “А” и “В”, качественно аномальна. Непонятна связь А-В. При анализе шизофрении часто встречаются все три случая. Я не знаю, например, откуда у больного бред преследования его сыщиками, но я готов принять это его предположение, т.е. “А”. Вследствие этого “А” больной постоянно затягивает шторы “В”. Из предположения “А”, которое я принял, я понимаю желание больного оставаться для сыщиков невидимым и поэтому затягивать шторы; действие “В” вполне понятно из мотива “А”.

В другом случае больной кладет грязный пучок волос из мусорной корзины на подоконник и объясняет это тем, что делает это назло своим невидимым врагам. То, что преследуемый человек (А) хочет

отомстить своим преследователям (В) или хоть огорчить их, вполне понятно, хотя средство для достижения цели кажется малоподходящим: если бы преследователи действительно появились, они бы не заметили маленький грязный пучок. (Это символическое действие, как это бывает у ребенка, когда он, даже если один в классе, показывает учителю “нос” за его спиной.) Если же больной с бредом преследования сажает в саду руту, которую не выносят кошки, чтобы преследователям досадить тем, что их кошки не могут ходить в сад больного, то непонятным является уже не “В”, а связь между “А” и “В”. Потому что из факта, что меня преследуют, я не могу вывести символическое действие; преследователи вовсе не знают, где бродят их кошки. И, наконец, если “В” невозможно понять, например, при отчуждении мыслей, то вопрос, понятна ли мотивация, вообще невозможно выяснить. (О проблеме аномальных шизофренических мотивов см. позже).

Различные формы, которые может принимать шизофренический бред, в узком смысле не являются личностно обусловленными<sup>4</sup>. (Влияние психической структуры индивидуума определяет лишь содержание бреда и поведение, отношение больного к своим бредовым идеям и к окружающему миру. Различие между содержанием бреда и функцией бреда (Wahnfunktion), к сожалению, еще настолько мало является общим достоянием ученых-психиатров, что при исследовании какого-нибудь случая оба момента часто смешиваются. Что касается интересующей нас функции бреда, то эта тема почти не исследована. Следует различать эгоцентрические и неэгоцентрические идеи, “свободные” бредовые идеи и связанные с восприятием, подкрепленные галлюцинациями и идеями без наглядности (anschaulichkeitsfremd), сис-

<sup>1</sup> 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. МПШИИЯ 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 и инициативу по ее переводу.

<sup>2</sup> Часть 4. Часть 1, 2, 3 — см. НПЖ 2009, 3, 4; 2010, 1.

<sup>3</sup> Груле, “Больные о себе”, “Психология аномального”.

<sup>4</sup> В работах, еще мной не опубликованных, говорится о том, что невозможно определить по характеру личности, будет ли шизофрения протекать по гебефреническому, кататоническому или параноидному типу.

тематизированный бред (universal) и единичные бредовые идеи (singular), эмоционально окрашенные и неокрашенные. Правда, если говорить о различных формах, то только кажется, что здесь имеются большие вариации. При более детальном рассмотрении выясняется, что Paraphrenia expansiva является параноидной деменцией с возбуждением, а Paraphrenia phantastica — бредом с нарушением мышления и легким возбуждением. Нельзя отрицать, что такие комбинации шизофренических основных нарушений (Grundstoerungen) порою дают картину, какое-то время напоминающую состояние паралитиков.

## VI. ТЕОРИЯ ШИЗОФРЕНИИ

Галлюцинации, шизофреническое основное настроение, нарушение импульсов (возбуждение, ступор, амбивалентность), нарушение мышления и бред, по моему мнению, не могут теоретически стоять на одной платформе. Я постарался показать, что каждый из этих основных симптомов является психологически независимым от других и только каузально выводимым (kausal abgeleitet), непонятным с точки зрения логики. Разумеется, существует и другой взгляд на основное нарушение шизофрении. Я нахожу естественным, что мне ставят в вину некоторую оторванность от действительности<sup>5</sup>. В действительности, эти высказывания остаются чисто академическими. Они ничего не дают с точки зрения практического руководства. Крепелин, например, совсем по-другому подходил к этой проблеме. Больного шизофренией он рассматривал как цельную личность и исследовал, какие моменты являются существенными для социальной дезадаптации больного. Этот ученый действовал, скорее, как описатель характеров, который, вычленив определенные черты характера, старается дать по возможности ясную и наглядную картину, неотягощенную всеми научными категориями. Так Крепелин приходит к следующим основным шизофреническим нарушениям: ослабление суждений (Urteil), психической подвижности (Regsamkeit) и способности к творчеству; притупление душевного участия, потеря активности, ослабление внутреннего единства психической жизни. Это Крепелин оперирует широко известными “понятиями”. Эмпирически неверно, что при шизофрении имеет место общее ослабление суждений (т.е. способности рассуждать — Urteilsfunktion). Психическая подвижность, несомненно, нарушается в результате болезненного процесса, но надо выяснить, в чем состоит и чем проявляется это нарушение. Творческие способности — как мало люди могут ими распорядиться — часто угасают (Гельдерлин), в иных случаях они пробуждаются (Стриндберг, Ван Гог — я не согласен с мнением Ризе — Riese, некоторые художни-

ки-шизофреники из Гейдельбергской клиники). Относительно притупления душевного участия: это так лишь в известном смысле, а именно это касается привычных жизненных ценностей, к своим же собственным ценностям больной шизофренией относится с большим интересом. Что касается потери активности, то и это верно в том случае, когда под этим расхожим выражением понимают уверенное и постоянное следование определенной бюргерской цели. Понятие “ослабление внутреннего единства” очень неоднозначно; оно верно для многих случаев, где есть недостаток упорства в достижении цели, для параноидной шизофрении это не характерно.

Все эти термины Крепелина более этические, чем психологические. Шизофреник, действительно, не отвечает существенным этическим требованиям, выдвигаемым Крепелином к себе и другим людям. Но ни одно из этих “невыполнений” само по себе не является специфической шизофренической чертой. Ведь много на свете людей со слабой способностью к суждению, психически мало подвижных, не творческих, душевно тупых, безынициативных, не цельных по натуре, но при этом не больных шизофренией. В то же время под характеристику Крепелина подпадают некоторые имбецилы, даже некоторые страдающие сенильным слабоумием. Как бы странно ни звучал упрек в адрес исследователя, посвятившего всю свою жизнь изучению dementia praecox, но Крепелину так и не удалось описать существенное в шизофрении, но не потому, что он этого существенного не видел, а потому, что он использовал в этом своем описании недостаточные здесь категории популярной психологии<sup>6</sup>. В силу тех же обстоятельств неудовлетворительными являются и теории некоторых других авторов. Все время наблюдаем одну и ту же картину: авторы называют какое-то основное нарушение и не выясняют, встречается ли это нарушение и при других заболеваниях.

Юнг (1907) и Берце (“Неактивность”, 1914) уже сформулировали эти теории. Мы лишь вскользь упомянем, что здесь считается основным нарушением:

Недостаточность внимания (Tschisch, 1886; R. Mas-selon, 1902; Weygandt, 1904; Ziehen, Aschaffenburg; в определенном отношении Stransky).

Ослабление сознания (Freusberg, 1886 — Schuele, 1898).

Пониженная энергия сознания (G. Lehmann, 1898).  
Снижение умственного уровня (Madeleine Pellitier, Janet).

Интрапсихическая атаксия (Stransky, 1905).

Сужение сознания (Ragnar — Vogt, 1902).

<sup>5</sup> Часто формулируют так: я якобы разрываю то, что принадлежит друг другу.

<sup>6</sup> Нейсер уже в 1896 г. выступает с остроумной критикой некоторых построений Крепелина (“Паранойя и слабоумие”, с. 14). Берце тоже оппонирует Крепелину (“Неполноценность”, с. 84).

Отсутствие интенции (Intentionsleere) (Max Loewy, 1910).

Распад сознания с обособлением параллельно протекающих ассоциативных рядов (Otto Gross, 1904).

Общее ослабление ассоциаций с конечным расщеплением личности (Bleuler, 1910).

Связи между симпатией и эгоистическим чувством (Constanza Pascal, 1911).

Паралогическое нарушение активации как особый случай общего нарушения координации (Kleist, 1913).

Недостаточность психической активности (Berze, 1914).

Несоответствие (Discordance)(Chaslin).

Не будем останавливаться на работах тех авторов, которые, как говорилось ранее, очерчивают одним словом существенное в шизофрении<sup>7</sup>. Упомянутые авторы называют, как правило, какое-то одно нарушение, которое каждый признает важным, но это название слишком общо, чтобы подходить только для шизофрении; в действительности такое нарушение встречается и при других заболеваниях. При каком только психическом заболевании не наблюдается ослабление сознания, пониженная энергетика, снижение умственного уровня, сужение, атаксия и т.д. И даже если очень постараться разглядеть за этими общими выражениями что-то конкретное, то эти “основные нарушения” теоретически могут порождать все возможные симптомы, и не только шизофренические. Поэтому не стоит снова рассматривать все эти теории, тем более что Берце это уже сделал в 1914 г. (“Неполноценность”). Только три теории показывают различные научные подходы: теория Блейлера, Берце и Клейста.

Блейлер в своей теории симптомов шизофрении придает большое значение ассоциативным нарушениям<sup>8</sup>. При этом он придает ассоциативному ряду — как мы это делаем по отношению ко времени и месту — своего рода правильность (достоверность — Richtigkeit): пережитое верно на самом деле. Иначе мы вряд ли бы поняли замечание, подобное этому: шизофренические ассоциации не следуют понятной логике, логике пережитых событий (с. 285). Блейлер говорит о полном расщеплении мыслительных операций (Gedankengang), о расплывчатости понятий, о спутанности. Ослабление ассоциаций порождает отход от пережитого опыта, т.е. неверный ход мысли, больной оперирует осколками идей, а отсюда смещения, сгущения (Verdichtungen), путаница понятий (Verwechselung), обобщения, разлаженность, логически неверные соединения (с. 289). Привычные ассо-

циативные следы теряют свою прочность. Привлекается к ассоциации такой материал, который не связан с начальной мыслью. Больше всего страдают логические операции.

Разумеется, речь не о том, чтобы выдвигать возражения против основной психологической позиции Блейлера. Это уже много раз делалось, и Блейлер, с одной стороны, отвечал своим оппонентам, с другой стороны более детально обосновал свою позицию<sup>9</sup>. Нашей задачей является как можно более точно понять позицию Блейлера. Но это нелегко. Если мне на ум при слове “Неаполь” приходит не “Везувий”, как это бывает у многих, а Поццуоли (Pozzuoli), то это, в понимании Блейлера, еще не ослабление ассоциаций, т.к. лично у меня может быть опыт, связавший эти два места. Если же при упоминании Неаполя человек вспоминает имя своего учителя гимназии, рассказывавшего ученикам о греческой колонии Куме am Golf von Puziuoli, то это был бы “неверный ход мысли, соскальзывающий с линии опыта”. Каждая новая необычная концепция, каждое “изобретение” мысли является, по Блейлеру, ослаблением ассоциаций. Верным является то, что у шизофреников часто бывают абсурдные, непонятные идеи, однако это очень трудно объяснить одним лишь “ослаблением” ассоциаций. Ведь даже здоровые люди оперируют иногда “осколками идей”; в рассуждениях они используют обобщения; при создании произведений искусства используют сгущения красок и т.д., не являясь при этом шизофрениками. Наконец, логические операции у шизофреников, о которых так много пишет Блейлер, по моему мнению, почти никогда не нарушаются. Но Блейлер понимает под логическими операциями, наверное, совсем другое. Например, он относит символическое мышление шизофреников к их абберациям. Блейлер считает первичными такие симптомы, как нарушение ассоциаций, определенные состояния помрачения сознания (Benommenheitszustaende), депрессивные (реже) и маниакальные (чаще) состояния, тенденцию к стереотипиям, кататонические моменты. Вторичными (психическими, частично происходящими из первичных симптомов как реактивные моменты) Блейлер считает: использование осколков понятий (Begriffsbruchstuecke) в мышлении, смещение, символизацию, сгущения, расщепленность (возникающую вследствие ослабления ассоциаций). Далее: нарушения аффекта, нарушения памяти и ориентации, автоматизмы, негативизм, наконец, нарушения интеллекта, цельности личности, отношения к действительности (аутизм) и стремлений (непредсказуемость, абулия). Блейлер не выводит все симптомы шизофрении из одного-единственного — ослабления ассоциаций, — но и не создает единой теории шизофрении. Однако, ассоциативное ослабление он

<sup>7</sup> Некоторые авторы использовали образные выражения для описания шизофрении: Крепелин — “оркестр без дирижера”, Хаслин — “машина без горячего”, Anglade — “книга без переплета, перемешанные страницы”, Минковский — “здание с цельми кирпичами и разрушенным раствором”.

<sup>8</sup> См. также Груле “Шизофрения по Блейлеру”, 1913.

<sup>9</sup> Блейлер “Естественная история” — Naturgeschichte.

считает важнейшим первичным симптомом этого заболевания.

Берце постарался создать единую теорию шизофрении (1914). Он является приверженцем динамического взгляда на сознание и говорит в этом понимании о недостаточности сознания или силы сознания при *dementia praecox*. От того, является ли эта недостаточность незначительной — затронуты лишь высшие уровни спонтанности — или настолько грубой, что реакция сведена к минимуму, зависят последствия степени нарушения. Преимущество теории Берце заключается в том, что фактор нарушения, рассматриваемый автором как центральный, и в действительности является очень существенным на всё воздействующим моментом. Другие же авторы брали какое-то специфическое нарушение, более узко описанное (как, например, беспомощность) и пытались с большим трудом вывести из него все прочие нарушения. “Активность” Берце и, разумеется, ее нарушение находят свое выражение на всех душевных и психомоторных уровнях. Так действительно можно вывести разнообразную шизофреническую симптоматику из первичной недостаточности психической активности. И все же, мне кажется, теория Берце имеет один недостаток: она сводит всё к минусу, к недостатку качества. Я убежден, что некоторая чрезмерная подвижность (*Huremotilitaet*), некоторое мыслительное возбуждение (например, шизофреническая художественная гиперпродуктивность) не могут быть объяснены каким-то “типо”, если иницирующим фактором всех прочих энергий рассматривать субактивность. В маниакальной фазе шизофрении<sup>10</sup>, при некоторых формах галлюцинаций, при определенных странностях мне кажется, что недостаточность как минусовой момент не является удовлетворительным объяснением. Какими бы различными ни были научные воззрения Берце и Клейста, я оппонирую обоим, полагая, что многое в шизофрении базируется не на дефекте, бессилии, а на инобытии (*Andersein*). Поскольку Берце излагает в данной книге свою точку зрения на психологию шизофрении, я не могу более останавливаться на его труде о недостаточности, тем более что этому труду уже четырнадцать лет. Даже несмотря на пробелы в его теории и на не всегда неоспоримую непреложность его выводов, следует признать, что Берце представил очень ясное и оригинальное описание этого огромного материала.

О Клейсте, насколько я его понимаю, нельзя сказать, что он, подобно предыдущим авторам, представил свою теорию шизофрении. Его тезисы касаются почти исключительно связи души и тела, симптома и мозга. Он считает важными здесь дисфункции определенных отделов мозга или систем, а

<sup>10</sup> Здесь не имеется в виду Кречмеровское понимание, что присоединение циркулярного момента является причиной таких маниакальных состояний.

причины их видит в наследственной дегенерации (*Heredodegeneration*). Так, он, например, относит акинетически-каталептические проявления к *Pallidum*, а паракинезы и повторы (*Iterationen*) к *Caudatum* и *Putamen*. Однако такие “связи” стоят за пределами психологии и поэтому нашему рассмотрению не подлежат. В том, посвященном шизофрении, настольной книге Бумке, позиция Клейста рассмотрена подробнее. (Ср. также Эвальд — *Ewald*).

Карл Шнейдер (*Carl Schneider*) также пытался создать теорию шизофрении, он считал центром функциональных связей беспомощность (*Ratlosigkeit*) и усталое мышление (засыпающее мышление) [*Muedigkeitsdenken (Einschlafdenken)*]. Но поскольку он собирается опубликовать большой труд, посвященный шизофрении, труд, в котором будут переосмыслены некоторые из его положений, было бы неэтичным останавливаться на взглядах Шнейдера, от которых он сам отошел.

Интересно рассмотреть позицию французских авторов, существует ли у них теория шизофрении. Потребовалось основательное изучение трудов французских исследователей, чтобы составить себе ясное представление о понимании этой немецкой постановки вопроса (Крепелин — Блейлер) романскими коллегами. Насколько могу судить, значительная часть французских психиатров либо не поняла, либо отвергла существенное в учении Крепелина о *dementia praecox*. Мы находим в работах французских авторов нередко описание *dementia praecox* наряду с систематизированным бредом или *paranoia chronica* и т.д. Многие французские авторы гордятся своими тонкими диагностическими различиями так же, как и наше старшее поколение психиатров во второй трети прошлого века (*Прим. перев.: Имеется в виду XIX век.*), и они считают варварством отказ от этих тонких различий в пользу более грубой единой классификации. Они и слышать не хотят о том, чтобы большую часть всех этих тонких форм общего психоза передать в разряд шизофрении. Если же абстрагироваться от этой принципиальной позиции и, независимо от тонкой клинической терминологии, выделить то, что французским психологам кажется шизофренической симптоматикой, то мы увидим, что общим здесь будет понятие автоматизма. Об этом уже говорилось ранее. Он вновь выступает как своего рода основной симптом шизофрении, на котором почти может быть создана теория шизофрении, хотя этого, насколько могу судить, во франкоязычных странах не произошло. Если будет позволена для простоты понимания определенная схематизация, то можно было бы обозначить теоретические воззрения Крепелина и Блейлера на проблему шизофрении как преимущественно рационалистические (интеллектуальные). Взгляды Берце основываются на объективном состоянии психической энергии. Французские же коллеги представляют более субъективную волюнтаристскую точку

зрения. Соответственно, в шизофренической симптоматике существенным является то, что больной не рассматривает чувства, мысли и т.д. как свои собственные, они якобы протекают помимо или против воли больного, они приходят из какой-то другой сферы. Это обозначается как автоматизм. Употребление слова “автомат” в немецком языке склоняет к предположению какого-то регулярно и механически протекающего процесса, французское слово “*automatisme*”, насколько могу судить, более подчеркивает автономность по отношению к “Я”, к личности. В силу этого, для таких исследователей, как упоминалось ранее, истинная галлюцинация является особенно хорошим примером автоматизма: она появляется незваной, самостоятельно, без связи с переживаниями индивида в данную минуту, без связи с окружающим миром. Если исследовать пять основных симптомов на предмет их связи с автоматизмом, то надо признать, хотя они и не являются производными автоматизма, но всё же тесно с ним связаны. Галлюцинации, шизофреническое основное настроение, нарушение “Я”-концепции, нарушения мышления, бредовые идеи являются вполне автохтонными, чуждыми личности больного или, как было сказано ранее, “непроизводными”. Но даже в самом качестве нарушений импульсов можно отыскать момент автоматизма, в особенности, при амбивалентности. К автоматизму, разумеется, нельзя свести лишь увеличение числа импульсов (*Impulszahl*) в состоянии возбуждения и противоположную картину в состоянии ступора. Но может показаться, что автоматизм, понимаемый как “непроизводность, невыводимость из чего бы то ни было”, является базой для общей теории наиболее типичных шизофренических основных симптомов, однако очень быстро выясняется, что как раз типично шизофреническое здесь отсутствует. Непроизводность является, скорее, характерной чертой всех “органических”, т.е. непсихогенных, не обусловленных душевными переживаниями симптомов. Сущностью *automatisme* и является отсутствие психической мотивированности: все процессы психических нарушений как опасность для “Я” (Клерамбо). Леви-Валенси относит к автоматизму и сверхпроизводство идей, сверхзапоминание, спутанность, неспособность сосредоточиться, амнезию, “чужие” мысли, “навязанные” сны, одержимость и т.д. Отчуждение является базой почти всех и нешизофренических симптомов, утрата власти над своим “Я”.

Нигде не выступает так отчетливо субъективная сторона автоматизма, как при шизофрении. Страдающий сенильным психозом жалуется более на “минусовые функции”, депрессивный больной — на подавленность, при маниакальном состоянии человек рад своей высокой продуктивности, у паралитика снижена или отсутствует критика, при отравлении сознание помрачено. Таким образом, никто не воспринимает автоматизм в его разнообразных проявлениях на-

столько чужеродным, “сделанным”, извне навязанным, как шизофреник с ясным сознанием. В этом плане французская психиатрия в какой-то мере обогнала немецкую.

## VII. ПРОБЛЕМА ИНДИВИДУАЛЬНОГО ПРОТЕКАНИЯ

Вопрос, почему заболевание так по-разному протекает у разных людей, не является собственно проблемой шизофрении. Это общая проблема всех душевных и физических заболеваний.

Из учения о шизофрении как аномальном психическом функциональном комплексе следует вывод, что не предполагается исследовать, почему один больной с бредом преследования страдает от “лучей”, другой от телепатии, третий от сексуальных домогательств. Это проблема содержательного детерминирования, выходящая за рамки психологии шизофрении в узком смысле. Почему у одного больного обнаруживаются все пять основных симптомов одновременно, в то время как при гебефрении наблюдаются лишь шизофреническое основное настроение и снижение активности? На этот вопрос в настоящее время еще нет ответа. Одни исследователи полагают, что поражены определенные зоны или слои мозга, или ядра. Это, конечно, можно предположить, но это ничего не дает. Если остановиться на области психики, то мы тоже не видим никаких связей. Нельзя утверждать, что больной шизофренией с пониженной активностью является личностью, имевшей и до заболевания пониженную (конституционально) энергетику, так что заболевание пало на *locus minoris resistentiae*. Далее, речь не идет и о том, что измученный галлюцинациями шизофреник раньше был сензитивным или в понимании нормальной психологии имел визуальный или аудитивный, или кинестетический психический тип. А при описании бреда уже было сказано, что страдающий бредом больной раньше мог вовсе не являться подозрительной личностью<sup>11</sup>. Исследования, проведенные нами, к сожалению, не дают повода предположить, что один из основных симптомов развивается в той области, где была к этому склонность у еще здоровой личности. Нам также не удалось доказать, что специфическая симптоматика индивидуума связана с наследственностью (*familiaer ist*), что и у других членов семьи больного обнаруживалась именно эта симптоматика. Разумеется, в клинике с хорошо собранным семейным анамнезом можно наблюдать отдельные случаи, когда кататонический больной обнаруживал симптомы, очень похожие на симптомы его дяди по отцу. Но, во-первых, это сходство большей частью содержательное, а не функциональное. К тому же существует

<sup>11</sup> В этом мы категорически не согласны с Карлом Шнейдером.

множество других случаев, когда двое больных шизофренией из одной семьи обнаруживают разное протекание этого заболевания, и, наоборот, у совершенно чужих людей заболевание протекает одинаково. Но даже если удастся доказать фактор наследственности в картине или течении шизофрении, что нам это даст? Проблема в этом случае будет звучать так: почему в данной семье (а не у данного индивида) заболевание имеет именно такое течение? Не следует смешивать две проблемы: 1. обусловлена ли характером больного функциональная форма течения заболевания, т.е. характер и следствия симптомов и 2. подвержены ли вообще заболеванию шизофренией личности с определенным типом характера. Первая проблема — это обусловленность формы шизофрении характером, вторая же — это роль характера в качестве причины шизофрении или, во всяком случае, в качестве необходимой почвы для ее развития. Вторая проблема нами рассматриваться не будет. Я ставил себе целью заниматься психологией шизофрении, а не психологической обусловленностью ее<sup>12</sup>. Результаты исследования, которым я посвятил первую проблему, я опубликовал в 1923 г. (преморбидная личность). К сожалению, совершенно неясным остается вопрос, почему в одном случае заболевание медленно прогрессирует, а в другом наблюдаются большие шубы со стойкими ремиссиями. Некоторые исследователи считают, что у них есть основания полагать следующее: процесс, протекающий циркулярно, наблюдается у личностей с маниакально-депрессивной наследственностью. При таких формах прослеживается не только тенденция к периодичности; существуют и такие оттенки симптоматики, которые предполагают нечто среднее из обоих унаследованных компонентов. Однако мои собственные исследования не подтверждают этой концепции. С уверенностью можно утверждать лишь следующее: шизофрения, протекающая циклически, принимает в большинстве случаев острые формы с сильным возбуждением и сильным торможением (Sperrung). Возбуждение обнаруживает подчас симптоматику с небольшой маниакальной окраской (шутки, рифмовки, отвлекаемость и т.п.). Шизофренический ступор может напоминать ступор депрессивной фазы МДП. Исследователь, находящийся в плену предвзятых мнений, часто склоняется к мысли, что цикличность такого рода периодических кататоний определяется этими тремя схожими чертами (периодичность, черты мании и депрессии). Если же у кого-то из предков больного, действительно, был МДП, то это служит для таких исследователей доказательством, что вышеуказанные формы передаются по наследству. Я ни в коем случае не присоединяюсь к подобному мнению. Похожий ход

мысли побудил некоторых ученых искать связь между МДП и состоянием некоторых алкоголиков, пребывающих порой в веселом или в хронически игриво-возбужденном состоянии, а также кверулянтов, чье состояние характеризуется отвлекаемостью, склонностью направлять жалобы в различные инстанции. И эту позицию я считаю методологической ошибкой.

Но даже, не говоря об этих в высшей степени спорных психологических связях между отдельными шизофреническими основными симптомами и чертами преморбидной личности, многие ученые придерживаются мнения (большой частью побуждаемые гипотезами Кречмера) о наличии связи между шизофренической симптоматологией и психической конституцией.

В настоящее время способ анализа психического состояния оставляет желать лучшего. Такие слова, как “целое”, “личность”, “структура” употребляют авторы, в этом не разбирающиеся. Ход мысли этих авторов можно определить следующим образом: шизофренический процесс — это нарушение, охватывающее целостность психических связей<sup>13</sup>. Душа якобы не состоит из частей, по отдельности заболевающих. Даже если порой кажется, что нарушена одна какая-то “часть”, например, настроение при меланхолии, то это только видимость. Каждому специалисту известно, что при меланхолии и интеллектуальные процессы заторможены вплоть до полного паралича в депрессивном ступоре. Но является якобы ошибкой предположить, что эта заторможенность — следствие нарушения настроения. Нельзя сказать, по мнению этих ученых, что что-то одно является следствием другого. Существует единое целое, общая регуляция, которая лишь в какой-то степени нарушена болезнью. Таким образом, было бы логической ошибкой пытаться вычленивать такие-то и такие-то основные нарушения при шизофрении, так или иначе соединяющиеся и воздействующие друг на друга.

В значительной мере здесь речь идет о новой терминологии. С уверенностью можно сказать, что настроение — не какая-то “часть” души, и определенно легкомысленным было бы заявить, например, о влиянии шизофренического основного настроения на мышление и т.д. Имеется в виду, конечно, нарушение общего поведения и что это нарушение наиболее отчетливо проявляется в какой-то одной области. Ошибочно было бы предположить нарушение какого-то одного “качества” (“Vermoegeen”), которое каким-то образом воздействует на другое “качество”. Так называемые основные нарушения являются нарушениями только с той точки зрения, и этот термин употребляют для простоты, когда говорят именно о них. Более кор-

<sup>12</sup> По первой проблеме мы существенно расходимся с Кречмером во взглядах (“Строение тела и характер”).

<sup>13</sup> Вспомним слова Отто Гросса: высшая церебральная функция, высший регуляторный и координационный принцип.



ректной была бы следующая формулировка: нельзя считать, что симптом В понятным образом проистекает из А, а надо считать, что общее состояние (Gesamtlage) — поведение, настроение, установка — больше всего характеризуется качеством В, другое состояние — качеством А. но любое описание стало бы невозможным при отказе от анализа с определенной точки зрения, если говорить только об общей психической ситуации без детального разделения.

Такие рассуждения дают возможность нового осмысления проблемы. Нейсер, а позже и Блейлер выделяли первичное и вторичное. Это разделение симптоматики было важным, однако при таком подходе легко впасть в партикуляризм. Если норму обозначить как А, состоящую из элементов а:в:с и т.д., то в лучшем случае можно проследить, как это А изменяется при шизофреническом изменении. Этот подход нельзя даже упрекнуть в том, что за отдельными элементами не видится целое; этот подход соответствует требованию, например, бихевиористской психологии исследовать реакцию индивида на ситуацию. Но здесь дело осложняется тем, что создана не новая внешняя ситуация, а изменилась внутренняя, порождаемая шизофренией. Получить ответ на вопрос, что изменится во внутренней ситуации, если заменить “а” на “б” можно лишь в том случае, если прочие члены взаимосвязи остаются прежними. Но этого нет! В действительности меняется не только один член, а в большей или меньшей степени модифицируются все пять основных симптомов. И с этих позиций теряет в какой-то мере свое значение разделение на первичное и вторичное.

Если тихий до сих пор гебефреник начинает слышать голоса, изрыгающие ругательства, и становится вследствие этих галлюцинаций возбужденным, то мы говорим: не удивительно, что эти ужасные голоса волнуют его. Мы думаем, как бы мы реагировали на это, и говорим себе: ты бы, наверное, тоже волновался, если бы слышал эти отвратительные голоса. Но если тихий шизофреник остается, напротив, невозмутимым, несмотря на новый симптом — голоса и, в крайнем случае, затыкает уши, то мы говорим: он уже настолько туп и аутичен, что даже ругательства, которые он “слышит”, не выводят его из себя. В первом случае мы хотим видеть в пациенте нормального человека в спокойной ситуации А, попадающего вследствие перемены “а” на “б” в измененную нормальную ситуацию В (=волнение). Во втором случае заранее принимаем шизофреническую ситуацию “α”: “β”: “γ”, при которой ничего не меняется даже с изменением компонента “а” на “α”. Ничто не мешало нам предположить в первом случае, что и возбуждение одновременно с галлюцинациями являются первичными симптомами. С этой точки зрения разделение на первичные и вторичные симптомы, действительно, пред-

ставляется сомнительным. Будет правильнее употреблять эти термины в тех случаях, когда, по словам больных, определенные симптомы являются следствием других. Это касается и здоровых душевных взаимосвязей. Так, например, часто трудно определить, вызывает ли головная боль чувство общего дискомфорта и последнее ведет к снижению работоспособности или головная боль, чувство дискомфорта и сниженная работоспособность являются одновременно следствием физического нездоровья.

Этим кратким замечанием мы хотели бы предостеречь от слишком изолированного понимания некоторых нарушений. Для “понимания” общей картины шизофрении следует иметь в виду общее психическое положение, общую структуру личности<sup>14</sup>. Так называемая производность одного симптома из другого касается существенно не функций, а проявления (Stumpf).

Остается вопросом, существует ли шизофреническая “общая ситуация” (“Gesamtsituation”), базирующаяся на частных структурах (скорее, под-ситуациях). Опытный врач уже при первом разговоре с больным шизофренией предполагает наличие этого диагноза. Но дело не в том, что мы по какому-то одному важному симптому догадываемся об общей ситуации (pars pro toto), а в том, что с течением лет вследствие наблюдения множества случаев вырабатывается понимание своего рода шизофренической “основной формулы”, “основного образа” (“Grundformel”, “Grundgestalt”) или “шизофренической основной схемы”, структурированной и вследствие этого не делимой на части. Очень трудно описать эту формулу, т.к. это знание дается с опытом, каждый исследователь приобретает его с практикой.

И все же я попробую это сделать. Ученые пытались с разных сторон описать общую картину шизофрении. Говорили, подчеркивая субъективную сторону, о шизофреническом мировосприятии. Это действительно так, если обратиться к произведениям шизофреников — писателей или художников<sup>15</sup>. Какими бы различными ни были отдельные проявления шизофренического духа, почти все произведения пронизывает одно трудно поддающееся описанию отношение к миру, для которого существует недостаточно точное выражение “шизофреническое мировосприятие”<sup>16</sup>. Однако, ученые пытались найти характерные моменты и в области психики. Если

<sup>14</sup> “Не старайся вчувствоваться в шизофреника, словно у тебя самого есть шизофренические черты, а думай по-шизофренически”. Груле, “Психология dem.праес.”, 1922, 470.

<sup>15</sup> Меня восхищает кое-что в труде Принцгорна — Prinzhorn, — однако мне кажется, что можно найти более точные слова для описания существа шизофренического искусства.

<sup>16</sup> Вспомним некоторые стихи позднего Гельдерлина.

первым словом здесь будет “странность”, то это означает, что имеется в виду не отдельный симптом, а качество личности, относящееся ко всем областям деятельности. Странными становятся не только мелкие привычки повседневной жизни, но также и устная и письменная речь, вся сфера выражения вообще. Но и идеальное отношение к технике жизни, к науке и искусству своеобразно перевернуты, искажены, вычурны, несвободны, много раз передетерминированы. Чтобы точнее описать странность, вспомним, как дилетант, понятия не имеющий о психиатрии, говорит о странностях поведения старой девы. Такой человек имеет в виду что-то неестественное, деланное, манерное. Для каждой жизненной ситуации существует определенный коридор “нормального” поведения. А любая незначительная чрезмерность воспринимается как странность, например, преувеличенная вежливость. Она может быть раболепной, но не каждое раболепие — странность. Другие виды чрезмерности воспринимаются как экзальтация — так, экспансивность юной девушки будет казаться чрезмерной, но отнюдь не странной. Видимо, странности — это чрезмерности определенного рода, чрезмерности не адекватные ситуации, например, стеснительность молодой девушки, давно вышедшей из возраста стеснительного подростка. Наряду с такими чрезмерностями, количественно не соответствующими ситуации, существует и необычное поведение, качественно не соответствующее ситуации. Пример: человек, употребляющий вежливые, но устаревшие формы языка и при этом одевающийся не просто старомодно, а подчеркнуто вычурно. К чрезмерному, неподходящему, вычурному присоединяется и преднамеренность, в то время как случайное, естественное и “ненарочное” (поведение подростка) не определяется словом “странность”. Так, часто встречается, что пожилые люди считают странным и неестественным, нарочито манерным новое недавно появившееся направление в искусстве, в то время как молодежь воспринимает это направление хотя и как непривычное, но соответствующее духу нового времени и поэтому естественное. Такие случаи служат разумному человеку предупреждением от навешивания ярлыка “странности” всему новому и непривычному. В психологии следует придерживаться терминологии, свободной от оценочного момента. Поэтому не будем останавливаться на отрицательном оценочном значении слова “странность” и будем подразумевать только чрезмерное, необычное не подходящее моменту и нарочитое. А эти качества как нельзя лучше характеризуют шизофреническое поведение (*Gesamthaltung*). По праву можно сказать о шизофренике, что он непредсказуем. В этом слове уже есть намек на необычное: шизофреник придумывает новые слова, своеобразные синтаксические конструкции, оригинальные неологизмы. Своей одеждой, своими

жизненными привычками шизофреник сильно выделяется из окружающей среды. И в этом заключается то оригинальное, изящное, неординарное, что нередко привлекает в шизофренике, в особенности в шизофреническом искусстве<sup>17</sup>. Но чрезмерное и нарочитое часто отталкивает. И если в искусстве, свободном творчестве это “несоответствие” еще допустимо, хотя и с натяжкой, то в повседневной жизни это качество особенно бросается в глаза. Важнейшей составляющей странности является, по всей видимости, нарочито необычное, и в этом, по моему мнению, ключ к пониманию этого качества. Шизофреник хочет оппонировать обществу, он если и не совсем антисоциален, то, во всяком случае, антитрадиционен, антиконвенционален. Даже в непродуктивном гебефреническом течении наблюдается намек на это: необразованный человек пытается выражаться по-латыни, он пишет над строчками, он изъясняется вычурным языком; образованный же украшает завитушками письмо, начинает витиевато выражать свои мысли. Нельзя отрицать, что эта позиция напоминает упрямство. Когда трехлетний ребенок, которому только что что-то запретили, проходя мимо большой курицы, говорит: “Это вовсе не курица, это маленький птенчик”, и когда больная шизофренией, выглядывая в дождливую погоду из окна, говорит: “Солнышко светит и греет”, то это сходное упрямое поведение, хотя и имеющее разное происхождение. Упрямый действует преимущественно назло: если ты мне что-то запрещаешь, то я “превращу” твою большую курицу в маленькую, или, по крайней мере, если ты скажешь “нет”, то и я скажу “нет”. В случае с шизофреником было бы, по моему мнению, абсурдным думать (хотя сегодня многие склонны так думать), что больной шизофренией хочет делать назло всему миру. В этом случае говорят о негативизме, хотя это слово мало что объясняет<sup>18</sup>. В случае, когда шизофреник утверждает что-то противоположное действительности, источник такого поведения, возможно, частично кроется в амбивалентности импульсов, о которых шла речь ранее. Однако, это негативистичное в узком смысле поведение есть лишь частный случай общей странности и “перевернутости” (*Abwegigkeit*). А последняя есть следствие измененного основного чувства (*Grundgefuehl*), шизофренического основного настроения. Итак, я считаю странность шизофреника формой выражения, а именно выражением совершенно другого состояния, замкнутости, одиночества. Добавим, что это не только произвольное выражение, а подчеркнуто другая позиция. Думаю, что шизофреник таким образом делает из нужды добродетель не в целях мести обществу

<sup>17</sup> См. Мэтте и Принцгорн.

<sup>18</sup> “Противодействие” (“*Gegenhalten*”) Клейста — моторный негативизм — не имеет ничего общего с нашим случаем (“Ежемесячное издание”, 65).

ву, не с целью достижения чего-то определенного, а просто чтобы наслаждаться этой обособленностью. И снова в качестве примера приведем шизофреническое искусство<sup>19</sup>. Так же, как некоторые формы негативизма<sup>20</sup> являются частными случаями странности, и то же самое можно сказать и об аутизме. Он тоже “подходит” к основному настроению, хотя и совсем “не подходит” к окружающему миру. Мне никогда не казались убедительными теории, якобы объясняющие цель, смысл аутизма: шизофреник якобы отбрасывает всё, мешающее ему жить в мире своих мыслей, своих бредовых идей; чтобы уйти от конфликта бредовых идей с действительностью; чтобы сэкономить энергию и т.д. Мне кажется, что у аутизма вообще нет рационального объяснения. У аутизма есть лишь повод, движущий мотив, и мотив этот — основное шизофреническое настроение. Как раз бредовый больной (paranoid Demente), имеющий более всех причины в одиночестве охранять свой бред, бывает менее всех странен, менее всех аутичен; там же, где аутизма больше всего — в кататоническом ступоре, — бредовых идей вовсе не обнаруживается, там на первый план выступает шизофреническое основное настроение, нарушение Я-концепции, галлюцинации. Однако, некоторые странности имеют иногда другое происхождение: нарушение мышления. Я ничего не имею против предположения взаимодействия, а именно, что нарушения мышления могут проистекать из странности. Таким образом, получается, что шизофреническое нарушенное мышление — не что иное, как мышление со странностями. Мне видится нарушение мышления постольку элементарным (elementar), поскольку больной не властен над ним, не в состоянии его устранить и часто от этого очень страдает, в то время как странность во всех ее проявлениях — это нечто такое, что больной сам создает, считая своим и адекватным и от чего он может отказаться<sup>21</sup>. Тот факт, что странность появляется в результате различных нарушений и, в свою очередь, влияет на эти нарушения, говорит в пользу того, что следует анализировать общую шизофреническую ситуацию, а не полагать, что при нормальной психике наблюдаются отдельные шизофренические симптомы, с которыми эта здоровая в целом психика должна справиться или смириться.

Странность как симптом (в особенности в сфере представлений и мышления) послужила стимулом

<sup>19</sup> Здесь в теме странностей, мне кажется, мысли Шульце более уместны, чем в теме генезиса паранойи.

<sup>20</sup> Особой темой, не связанной с психологией шизофрении, является вопрос о первичности, непродуцированности соматических механизмов при шизофрении, являющихся следствием органического процесса (например, неподатливый ступор с откинутой головой) Клейста.

<sup>21</sup> Ср. спутанность речи.

для построения гипотезы об ослаблении ассоциаций. За этим стоит популярная в своей наглядности точка зрения, что привычно соединенные представления (например, черное — белое) создают прочные слияния. Если, к примеру, шизофреник на слово “черное” ответит не “белое”, а “круглый камень”, значит, ассоциация “черное-белое” ослаблена. Если принять эту точку зрения (я лично не являюсь ее сторонником), то можно дать убедительное объяснение, почему “черное-белое” не выступают вместе. Почему, например, черное ассоциируется с базальтом, а последний с “круглым камнем” (вблизи которого большой нашел в свое время базальт). Всё это ни в коей мере не объясняется ослаблением ассоциаций. Напротив, такая обстоятельная непрямая и нечастая ассоциативная связь (черное — круглый камень) стала бы ослабленной, если бы больной отреагировал по-другому. Таким образом, ослаблением ассоциаций можно объяснить, в лучшем случае, отсутствие привычного, но не появление нового, а иногда и намеренно противоположного. Эта гипотеза, как уже было сказано ранее, может привести к нежелательному общему выводу, а именно: рассматривать все оригинальное, непривычное, новое как результат ослабления ассоциаций. В этой гипотезе заключается, как и в предположениях Клейста, желание объяснить всё минусом, недостаточностью качества, в то время как наша позиция говорит не о “минусе”, а о “другом подходе”. Так же, как и в вопросе о шизофренических языковых нарушениях, я и здесь оппонирую Клейсту: шизофреник странен не потому, что он по-другому не может (бывает, что в следующую минуту он оставляет свои странности), а потому, что его шизофреническая суть (Gesamtverfassung) этого хочет. Там -предположение одного или нескольких дефектов у нормальной в остальном личности, здесь — видение личности с измененной структурой и без единичных дефектов.

Своеобразная, часто почти оппозиционная установка шизофреника по отношению к миру наводит на мысль, что некоторые личности, не будучи явно душевнобольными, но находящиеся в почти принципиальной оппозиции к окружающему миру, являются скрытыми шизофрениками. Об этом говорил и Крепелин. В прежние времена называли людей определенного поведения “исконно странными” (originaer Verschrobene) и считали их состояние вариантом психопатии. Сегодня же склоняются к тому, чтобы в некоторых из таких своеобразных личностей видеть латентных шизофреников. Много раз было замечено, что шизофреники еще до манифестации своего заболевания кажутся странными, замкнутыми, оппозиционно ко всему настроенными. Я могу доказать, что среди будущих шизофреников наблюдаются следующие характеры:

- одинокие, с переменчивым настроением, раздражительные, со странностями — 27,3 %;

- тугодумы, замкнутые, ворчливые, злобные — 10,8 %;
- податливые, робкие, одинокие, печальные — 25,9 %<sup>22</sup>.

Кречмер (“Строение тела”) представил три группы характеров, предрасположенных, по его мнению, к шизофрении:

- 1) общительные, тихие, сдержанные, серьезные и не склонные к юмору, чудаки;
- 2) робкие, застенчивые, тонко чувствующие, впечатлительные, нервные, возбужденные;
- 3) податливые, добродушные, бравые, хладнокровные, тупые, глупые.

Общее во всех трех группах — неприятие ими общества. Первая группа — из оппозиции, вторая — в силу гиперчувствительности, третья — из-за тупости. Верно подмечена неконтактность шизофреника, однако, по моему мнению, можно лишь характер первой Кречмеровской группы отнести к типично шизофреническому. Вторая группа имеет характер, встречающийся и у многих маниакально-депрессивных и психопатических натур, третья — у имбецилов и даже паралитиков. Кречмер считает эти “темпераменты” (он их так называет) предрасположенными или каузальными, или соответствующими шизофрении. Даже если не разделять этого мнения<sup>23</sup>, то все же можно в описанных ранее характерах (одиноким чудаком или податливо-печальным) увидеть не предрасположенность к шизофрении, а характерологические предвестники (латентные формы) ее. Часто случается, что какой-то мужчина считается в своей деревне своеобразно странноватым и туповатым, но работающим и вообще не сумасшедшим. Вдруг его постигает горе (пожар, смерть жены-хозяйки). И вот оказывается, что он не справляется с новыми заботами (вновь отстраивать дом, взять на себя заботы по хозяйству). Дух этого человека сломлен, случается острый шизофренический шуб. По моему мнению, будет неправильным рассматривать в подобных случаях прежнюю “чудаковатость” как латентную форму шизофрении, а не как предрасположенность. Однако, я далек от мысли в каждом человеке со странностями, нелюдимом, в принципе всем и вся оппонирующем, видеть скрытого шизофреника только благодаря этим качествам<sup>24</sup>. Люди, страдающие “только” психопатией, не имеют особой предрасположенности к шизофрении и в плане наследственности тоже.

Если дать себе труд посмотреть на мир не глазами шизофреника, а, наоборот, посмотреть на шизофреника глазами окружающих его людей, то он покажет-

<sup>22</sup> Числа нельзя суммировать, они перекрывают друг друга. См. Груле “Преморбидная личность”.

<sup>23</sup> Подробное рассмотрение этой теории выходит за рамки данной работы.

<sup>24</sup> Мне кажется, что Блейлер в этом порой заходит слишком далеко.

ся нам поразительно отчужденным, холодным, недоступным (uneinfuehlbar), жестким, скованным и т.п. И такая картина наблюдается вовсе не в случаях выраженного аутизма, негативизма и прочего, а уже в самом начале заболевания, когда еще отсутствует вся грубая симптоматика. Ни один специалист не примет за больного легкой формой шизофрении молодого человека, обратившегося к врачу по поводу чрезмерной стеснительности, нежелания работать, навязчивых мыслей, беспокойства. Напротив, врач применит один из известных подходящих к случаю психотерапевтических методов, предполагая, что имеет дело с психопатией. Но если совсем не получается приблизиться к пациенту, понять его и если приходится признать, что терапия по сути успехов не принесла, то надо думать, что причина не во враче, а в пациенте. Здесь мы имеем дело с вялотекущей шизофренией. Пациент еще не совершает непонятных поступков, его мышление и поведение тоже еще в норме, и все же его нельзя “почувствовать” (sich in ihn einfuehlen). К мироощущению шизофреника (субъективно), к странностям больного (объективно) присоединяется третий признак: невозможность почувствовать больного как признак шизофренической сути. Как и при многих соматических и психических заболеваниях, первые признаки шизофрении тоже субъективные. Больные чувствуют себя в целом изменившимися, и сознание этого мешает им — большей частью образованным пациентам — в их профессиональной деятельности, в тонких взаимоотношениях с близкими, с искусством, с природой. Эти больные с их еще несильно нарушенной личностью отдают себе отчет об изменении своего основного ощущения, следствием чего часто является тяжелейшее недовольство собой, чувство одиночества и как следствие поход к врачу или — что нередко случается — попытка самоубийства. Но так же, как у подростков под натиском просыпающихся новых чувств наступает переориентация по отношению к ценностям их мира, и часто бывает тяжело вжиться в особенности своих реакций пубертатного периода, так и шизофренику приходится в результате появившегося нового шизофренического основного ощущения переориентироваться в жизни, за которой он уже “не успевает”. Параллель между этими двумя состояниями настолько очевидна, что, наблюдая отдельных шизофреников хочется назвать их хроническими подростками<sup>25</sup>. Полушутя называют пубертатный период естественной гебефренической фазой в жизни человека. Общим здесь является, правда, лишь переоценка всех ценностей и связанный с этим странный характер. Через некоторое время молодой человек снова успокаивается, кризис позади,

<sup>25</sup> Хеккер — Hecker — описывал гебефрению как перманентный пубертатный период.

его организм, так сказать, снова оставил его в покое (на новом базисе). Молодой человек может строить новую систему ценностей для жизни. У шизофреника это состояние наступает очень редко или не наступает вовсе. Попытку найти себя сводят на нет всё новые и новые потрясения: растущее нарушение Я-концепции, волна галлюцинаций или возбуждения или нарушения мышления. Из этого проистекает непредсказуемость шизофреника, так называемое ослабление чувств (*Gefuehlsloesung*), нарушение мотивации. А здесь имеет место центральное шизофреническое нарушение, базирующееся на основных нарушениях (о которых говорилось ранее) и являющееся их результатом: ослабление нормальной мотивации. Вживаться в другого человека — означает, по существу, понять его мотивы. Не рассуждая об отдельных мотивах ближнего или о том, из какой цепочки мотивов вырастает то или иное движение его души, мы понимаем побуждения нашего ближнего тем легче, чем ближе он нам по духу, чем он нам симпатичнее, чем более мы разделяем его систему ценностей. Люди неординарные, яркие индивидуальности нам уже менее “близки”, мы их уже “не совсем понимаем”<sup>26</sup>. Шизофреники же кажутся нам непонятными даже тогда, когда собственно психоз еще незаметен. Их решения неожиданны, их беспокойство не имеет видимой причины, их симпатии и антипатии не связаны с их душевной установкой. В большинстве случаев у шизофреников необъяснимы не мотивы отдельных их высказываний и поступков, а вся целостная структура их личности. Об этом принято говорить, что психоз разрушил преморбидную личность. Я придерживаюсь этой позиции, несмотря на несогласие некоторых молодых исследователей. Я придерживаюсь мнения, что у шизофреника вообще отсутствует личность как целостная структура. Предпосылки к этому, по мнению, например, Рибо (*Ribot*) — *UNITE*’, *STABILITE*’ у шизофреника опять таки отсутствуют. И только если наступает стойкая ремиссия, снова появляется подобие стабильной структуры, хотя характер больного при этом значительно отличается от преморбидной личности<sup>27</sup>. К шизофренику скорее подойдет термин “*INSTABLE*”, если под этим понимать не “неустойчивого”, а человека совсем без системы ценностей, создаваемой годами. Такой человек сегодня говорит и поступает так, завтра по-другому, но не из-за страстей и тому подобного, а побуждаемый минутным настроением, какой-то внезапной мыслью, случайностью. К такой шизофренической личности очень подходит слово “шизофрения”, (хотя Блейлер под этим

подразумевал иное), т.к. здесь мы видим общее ослабление всех личностных связей, отделение всего друг от друга. Излишне говорить, что нельзя “вчувствоваться” в такое душевное состояние, что эти личности кажутся непредсказуемыми, холодными, замкнутыми. И этот взгляд на шизофреническую личность не разделяют некоторые психологи Фрейдовской школы. По их мнению, такой подход к психическому механизму шизофрении характерен для поверхностной психологии. Глубинная же психология полагает, что всё это ослабление мотивации и тому подобное — одна только видимость. Конечно, надо признать, что обычные движущие механизмы, лежащие на поверхности, здесь не действуют, но на их место приходят символические замещения (*Verkleidungen*) из глубин подсознания, которые, в свою очередь, объединившись в систему (комплексов), лишь кажутся аномалиями, на деле же представляют собой образование нового, более глубокого рода. Насколько важны символические связи — правда, иного рода — в проявлении шизофрении, уже описано ранее много раз. Особенно это касается бреда. Уже писали, что шизофреник, страдающий бредовыми идеями, совершает истинные символические действия, метафорические действия. Но распространять этот факт на общую мотивацию (*Motivzusam*

Как часто и справедливо было замечено исследователями, при параноидной форме течения шизофрении не наблюдается описанного изменения, распада личности. Однако я наблюдал острые периоды с интенсивными галлюцинациями, эти периоды быстро проходили, не затрагивая личность больного<sup>28</sup>. Мне известны даже случаи шизофренического исхода, когда заболевание отмечалось в течение двух — трех десятков лет, после многочисленных обострений всё же была вновь создана своего рода личность.

В особенности в начале заболевания мы уподобляемся взволнованным зрителям, наблюдающим, как пока еще не поврежденная личность сживаетея душевно и духовно с шизофренической симптоматикой, и как затем шизофреническое изменение постепенно проскальзывает в личность больного. Понятие “шизофреническая реакция” имеет смысл лишь в том случае, если подразумевается, что на какую-то жизненную ситуацию субъект реагирует не нормально, а качественно по-другому, а именно: выдает шизофреническую реакцию<sup>29</sup>... И эти реакции тем страннее (*Absonderlich*), чем сильнее изменена личность больного.

<sup>28</sup> Особенно на это указывает Берце. См. также Мейер-Гросс “Моя позиция”.

<sup>29</sup> Под “шизофренической реакцией” ни в коем случае не следует понимать шизофрению как реакцию. Ср. по этой проблеме высказывания Мейер-Гросс, Ланге, Якоби-Колле, Поппер — *Lange, Jacobi-Kolle, Popper*.

<sup>26</sup> Ср. Груле “Пациенты о себе”, “Психология аномального, особенно с. 123ff и “Ценность автобиографии”.

<sup>27</sup> Особенно на это указывает Берце. См. также Мейер-Гросс “Моя позиция”.

Вопрос детерминирования индивидуального протекания шизофренического процесса — это вопрос о происхождении содержания шизофренической симптоматики. Разумеется, у образованного больного иное содержание психоза, чем у крестьянина. К тому же, интеллигентный человек по-другому справляется со своей симптоматикой, чем малоразвитый, да и сама симптоматика получает другое оформление. Но на вопрос об обусловленности различной функциональной симптоматики и течения заболевания мы почти совсем не найдем ответа. Как упоминалось ранее, ни внешние, ни психические факторы нельзя признать причинами или мотивами того, почему в одном случае мы имеем дело с вялотекущим процессом, в другом — со стремительным, в третьем — с шубообразным. Еще никто не смог объяснить, почему у одного больного больше поражена моторика, у другого наблюдается чисто психическая симптоматика и т.д.<sup>30</sup>

Особых характерологических предпосылок здесь не существует. Различные авторы указывали на то, что чисто шизофреническая картина и течение встречаются и при других заболеваниях, причины которых достаточно выяснены. В работах Вильмана — Ранке — Груле (Wilmann — Ranke — Gruhle) описаны сифилитические и паралитические процессы. Форкастнер и Гизе (Vorkastner, Giese) описывали эпилепсию. Бюргер и Мейер-Гросс — энцефалиты с шизофреническим психозом. Достоин особого исследования вопрос, не будут ли различными симптомы этой симптоматической шизофрении, в зависимости от генуинной формы. Разумеется, исследователю, считающему шизофрению каузальной единицей (даже если эта *causa* еще не выяснена), представляется тезис о симптоматической шизофрении малоудачным. И все же, опираясь на современные знания, следует согласиться, что признаки этой симптоматической шизофрении неотличимы от генуинной идиопатической (*idiopathisch*).

<sup>30</sup> Американский читатель не найдет в данном труде более подробного описания моторной симптоматики. Поскольку она отражает стереотипии, мы отсылаем читателя к работе Класа (Klaes). О речевой моторике уже было многое сказано. Большая часть нарушений моторики вызвана плюсом (состояние возбуждения) или минусом (ступор) импульсов, что было описано ранее. О странностях мы уже подробно говорили. Во многих случаях с, казалось бы, нарушенной моторикой мы сталкиваемся лишь с выражением нарушения области идей (импульсивные действия, самоискажение — *Selbstverstummelung* — и т.п.) или с качественным нарушением импульсов (амбивалентность, экосимптомы). Мне представляются моторные симптомы в большинстве случаев вторичными. Немногие первичные объединены уже с пятью основными симптомами, если не включать в эту группу первичные соматические. А. Гомбургер (Homburger) дал более подробное описание шизофренической моторики в “Руководстве” Бумке.

## VIII. ПСИХОЛОГИЯ САМОВЫРАЖЕНИЯ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ

Выше были описаны многочисленные моменты самовыражения при шизофрении. Сейчас подведем итог.

Мимику и жестикуляцию шизофреников нельзя считать аномальной постольку, поскольку при возбужденном или депрессивном состоянии, при мучительных галлюцинациях и т.п. их мимика ничем не отличается от мимики нормального человека, у которого появляются сходные единичные симптомы. Однако шизофреники обладают и специфическими механизмами самовыражения. К ним относятся, к примеру, лицевая судорога (*Schnauzkrampf*) и гримасничество многих больных. Вряд ли можно понять, кроется ли что-нибудь за этими движениями, и, таким образом, можно ли эти движения считать истинными способами самовыражения. Иногда создается впечатление, что больные имеют чрезмерную выразительность. Так, молодая девушка с кататонией, стоя перед врачом, постоянно шевелит губами, всё время меняет позу, постоянно меняется ее мимика. Возможно, в данном случае имеют место внутренние побуждения, едва заметные на лице здорового человека; здесь же они приобретают нарочито чрезмерное проявление. Но существует и противоположная теория. Ее представители считают, что дело здесь не в выражении чего-то, а в раздражении ядер в мозговом стволе (*Hirnstamm*), т.е. это движения, лишённые всякого смысла<sup>31</sup>. Это мнение подтверждается тем обстоятельством, что порой имеет место противоположная картина, а именно: мимика блекнет. Бывает, что у больного на лице застывает легкая гримаса. Случается, что лицо становится совершенно пустым, скучным, неподвижным, застывшим (так называемое “сальное лицо”). Часто это ступорозное выражение трудноотлично от похожего при энцефалите, при котором у нас есть все основания диагностировать поражение мозгового ствола. Но и в этом случае существует противоположная теория: больной в состоянии ступора имеет бедную мимику потому, что в его душе действительно ничего не происходит. Душа такого больного, как остановившаяся машина, совершенно ничего не производящая. Лично я убежден, что во многих случаях ступора не только абсолютно ничего не выражается, но и ничего не происходит. Ниже представлен ряд фотоснимков шизофренического ступора, на которых ясно мы видим пустое застывшее

<sup>31</sup> Я не сбрасываю со счетов теорию, что только кортикальные движения могут (но не должны) иметь смысл, в то время как двигательные импульсы, идущие из мозгового ствола, смысла не имеют. При том значении, которое в настоящее время приписывают стволу (в результате исследования энцефалита), некоторые авторы с особо подвижным мышлением объясняют, что кортекс играет второстепенную роль, а ствол является носителем смысла.



Снимок № 1. Каролина Гервиг, 09/115. 35 лет, вдова. Разносчица газет. Очень свежая острая кататония.



Снимок № 2. Ида Церер, 12/157. 30 лет, не замужем. Служанка. Болеет 1 год. Гебефреническое начало.

лицо при напряженной позе (снимки № 1 и № 2 — Е. С.). Следует заметить, что это не моментальные снимки (рассеянный или испуганный здоровый человек может на моментальном снимке иметь тупое выражение лица), это фотографирование с длительной выдержкой, у больных эти позы и мины сохранялись не минуты, а часто часы и дни. Это ничем не было спровоцировано. Больные спонтанно принимали ту или иную позу и сохраняли ее долгое время<sup>32</sup>.

Гримасу трудно бывает запечатлеть. Об этом можно сказать то же, что и о странностях. Прочие телодвижения тоже имеют много странного и много одинаковых повторений (персеверации, стереотипии). Снова и снова напоминают о себе две противоположные

<sup>32</sup> Фотографии были сделаны проф. А. Ветцелем — А. Wetzel — несколько лет назад в Гейдельберге. Теперь профессор работает в Штутгарте.



Снимок № 3. То же самое, что и на снимке № 1, в другой проекции.



Снимок № 4. Альбертина Фриц, 08/221. 15 лет. Не замужем. Учится вести домашнее хозяйство. Три года назад отмечался первый очень краткий кататонический шуб. Сейчас рецидив.

теории. Одна предполагает отсутствие психической основы и видит лишь раздражение каких-то церебральных центров (Кальбаум, Мендель, Ястровиц, Фаузер — Kahlbaum, Mendel, Jastrowitz, Fauser). Другая обнаруживает во всем смысл<sup>33</sup>.

Смысл стереотипий часто понимается следующим образом: речь якобы идет о символических действиях. Ведь, бывает, и здоровый человек сжимает в кармане кулаки или сплевывает за спиной ненавистного человека. Временами эти стереотипии еще полны смысла, например, жесты, защищающие от галлюцинаторных образов (стирание, сдувание и т.д.) или для

<sup>33</sup> Я не вижу конкретного смысла в выражениях, подобных выражениям Шильдера — Schilder — (“Душа”, с. 151), как-то: “обусловленное психикой, но дефинируемое соматикой состояние моторного аппарата”. Так же мало понятно выражение: “Это органическое поражение выражается более как психологическая функция” (с. 150). Или: органическое может отражаться в виде психического. Психическое облачение (Einkleidung) может быть обманчиво. Органическое нарушение вызывает определенную психическую картину (gewisse psychische Haltungen). Я считаю психологическое биологическим фактором. “Органическое” объяснение требует психологического дополнения (с. 153).



Снимок № 5. Катарина Цайдлер, 12/192. 21 год. Замужем. Рабочая. Свежая кататония. (Голова постоянно приподнята).



Снимок № 7. Фрида Мулерт, 12/144. 34 года, не замужем. Домохозяйка. Болеет 14 лет. Медленная депрессивная гебфрения. Свежий кататонический шуб.



Снимок № 6. Катарина Хофрихтер, 08/50. 23 года. Не замужем. Рабочая. Свежая кататония.



Снимок № 8. Анна Шлим. Острая кататония.

каких-то целей, связанных с бредовыми идеями (например, чтобы сохранить Дух Святой на правильном месте. — Пример Клези — Klaesi), или же в качестве культовых действий. Однако с течением лет такие действия становятся все короче, уподобляясь стено-

графии, и становятся в конце концов непонятными, если не знать их генеза и первоначального смысла<sup>34</sup>.

С этих позиций можно многое объяснить. Но формально открытым остается вопрос, почему именно эти редуцированные движения сохраняются годы, а то и десятилетия. Существует формулировка, которую лично я считаю не объяснением, а отговоркой. Она гласит: причина повторений коренится в неясном органическом очаговом или системном симптоме раздражения. Это само по себе необходимое движение имеет форму символического действия (или сокращенную форму этого действия). Это движение якобы

<sup>34</sup> Подобным образом может разве что египтолог, будучи знатоком, определить по форме демотического письма первоначальное иератическое или иероглифическое. Так и исследователь древней истории узнает в орнаменте, с течением времени ставшем более простым, рога оленя. О стереотипах см. прекрасную работу Клези (1922 г.) Гейльброннер (Heilbronner) писал: “Я присоединяюсь к определению Абели (Abe’ly), которое он дает, критически переработав формулировки Каена и Дромара (Cahen, Dromard): “Стереотипиями называются установки, движения, скоординированные действия без признаков судорожности, отмеченные фиксированностью и повторяемостью в неизменном виде; в исходном моменте они преднамеренны, но со склонностью к переходу в автоматизм.” Правда, автор понимает содержание этой дефиниции широко, он имеет в виду не только шизофренические стереотипы, признаком последних он считает странности. Харон — Курбон — Маршан — Фратини — Биндер (Charon — Courbon — Marchand — Fratini — Binder).





Снимок № 9. Леопольд Ноймайер. Острый галлюциноз со ступором.



Снимок № 10. Луиза Зибольд. Острый галлюциноз.

психически обусловлено. О языке как способе самовыражения говорилось достаточно. Почерку шизофреников до сих пор уделялось мало внимания. В учебниках, конечно, отмечается в соответствующей главе манерность, странность письма, часто выписанные буквы (*gemalte Zuege*). Но собственно графологический анализ был предпринят недавно (Люция Полноу — Lucie Pollnow). Автор не делает общего вывода, хотя и приводит множество примеров из собственной практики.

Коллекция Гейдельбергской клиники, собранная Принцгорном, предоставляет нам возможность изучения искусства шизофреников. Возник спор, спровоцированный книгой Арведа Пфейфера (Arwed Pfeifer), можно ли считать эти “художества душевнобольных” вообще искусством. Задачей психологии не является участие в этом споре. Ее задачей является исследовать, насколько в этом занятии проявляются специфические черты шизофрении. Пфейфер считает, что эти шизофреники — художники в душе, и то, что в тишине клиники они начали заниматься творчеством, говорит о том здоровом, что в них осталось и что способно творить. Мне эта позиция представляется обоснованной в том, что больные создают ценные или примитивные произведения в зависимости от своего таланта. Но всё же к творчеству их подталкивает именно психоз. Без шизофрении они продолжали бы заниматься своим ремеслом или стоять у станка и никогда бы не помышляли о творческой деятельности. Не последнюю роль сыграла скука больничной жизни в том, что пациенты, вначале полушутя, стали заниматься творчеством. В обычной жизни каждая такая попытка, буде она предпринята, была бы задушена в зародыше критикой и насмешками окружающих. В больнице эти барьеры исчезают, больные стремятся к творчеству, и уже в этом скрыто указание на то, что именно возбуждающие шизофренические переживания ищут свой выход. Об этом сообщали и сами пациенты, если им предоставляли возможность художественного творчества. Такие пациенты становились



Снимок № 11. Эмма Видемер. Медленно начавшаяся гебефрения, приступ чудаковатого ступорозного поведения.

доступнее и радостнее, терапия шла успешнее (Моргенталер — Morgenthaler).

Одна из важнейших предпосылок художественного творчества есть полнота того, что происходит в душе художника, власть и сила того, что стремится к выражению. И шизофреники имеют эти предпосылки в достаточной мере. Нам нередко приходилось сталкиваться с тем, что даже признанные художники бывали потрясены при осмотре картин нашей Гейдельбергской коллекции. Такие художники говорили: да, эти больные могут много больше нас. Возбуждение, беспокойство, приступы — всё это, переживаемое больными, часто находит отражение в их произведениях. И не только содержание картин волнует зрителя (Ангел смерти, сцены сексуального мучительства и т.п.), но гораздо чаще форма, в которую облекается все происходящее. Необычное и тревожащее расположение плоскостей, тревожащие линии, постоянно повторяющиеся и, вместе с тем, всегда разные орна-

менты без пустот, стремящиеся за края картины, своеобразные пропорции человеческого тела — всё это творения, которые, как и при языковой контаминации, соединяют несколько предметов в одно целое. И все это без барьеров, естественно, без оглядки на традицию, волнуяще самобытно. Многие из этих произведений искусства можно считать шизофреническими откровениями. В других же творениях, созданных, определенно, шизофрениками, не сразу можно распознать шизофренический генез. Утверждению, что существует специфическое шизофреническое самовыражение в искусстве, не противоречит обнаруженный Арведом Пфайфером факт, что такие формы поддаются имитации; таким образом, возможно “сыграть” шизофрению. Всегда были знатоки и фальсификаторы, пытавшиеся искусно имитировать стиль примитивистов, формы барокко и т.д., и даже маститых ученых это порой вводило в заблуждение.

Экспериментальная психология выражения до сих пор мало уделяла внимания шизофрении и, возможно, по праву: ведь можно ожидать, что вряд ли обнаружится что-либо специфически шизофреническое. Вспомним так называемый феномен Бумке, когда какой-нибудь пустой аутист-шизофреник (autistisch leer) или же занятый сам собой больной не обнаруживает психосенсорного зрачкового рефлекса, а другой не аутичный шизофреник реагирует расширением зрачков на боль, прикосновение, душевное волнение и т.д. Аналогичную картину мы увидим при исследовании с помощью точнейших методик: будут самые разнообразные результаты, в зависимости от ситуационного состояния больных. Это было и остается причиной, почему экспериментальная психология вообще при исследовании шизофрении мало чего может достичь. Эксперимент предполагает, что испытуемый не только понимает инструкции исследователя, но и, прежде всего, настроен соблюдать условия эксперимента, он согласен наблюдать за собой и т.д. Этим условиям отвечает больной лишь с очень легкой формой шизофрении. Поэтому опыты с шизофрениками, к которым уже в свое время обращался Крепелин в Гейдельберге (до 1904 г.), потерпели неудачу.

Наконец, подумаем о своеобразном поведении, нередко имеющем место у страдающих шизофренией. То же воздействие на нас, которое мы ощущаем, осматривая произведения искусства шизофреников, мы часто ощущаем и при общении с ними. Исключая

тяжелые случаи с выраженной психотической симптоматикой, речь и всё поведение шизофреников имеет способность воздействовать на широкий круг людей особенной проникновенностью, убедительностью, пленительностью. И в повседневной жизни они не идут на уступки; они сориентированы на себя и презируют условности, традиции и утилитарные соображения. Часто они по праву считаются чистыми идеалистами, “полными дураками”. У них своеобразный огонек, сдержанный фанатизм, заставляющий слушаться их. К тому же здесь склонность к оппозиции, к протесту. Бывает, что они участвуют в различных политических или религиозных движениях и становятся там заметными фигурами. В какой-нибудь религиозной секте они — истинные поборники, самоотверженные, искренние. (Сила их не в организаторском таланте и не в теоретизировании, но они подкупают чистотой помыслов и безграничной самоотдачей.) В небольших группах, объединяющихся вокруг какого-нибудь движения, в особенности оппозиционного, будь то религиозное, педагогическое или политическое, наряду с дебилами, аферистами, психопатами всех сортов найдется и парочка шизофреников.

Криминально-психологическое значение шизофрении невелико. Некоторые необъяснимые особо тяжкие преступления нередко являются первой вспышкой шизофрении, которая дилетанту еще не видится психозом; даже специалист здесь сможет скорее заподозрить шизофрению, но еще не доказать ее наличие (Вильманс — Wilmanns). Лишь какое-то время спустя, уже в заключении психоз манифестирует тюремной кататонией. А. Ветцель (A. Wetzel) приводит в работе о серийных убийцах (Massenmoerder) несколько таких случаев. Среди профессиональных убийц редко встречаются шизофреники. Среди бродяг они часто встречаются, намного чаще, чем знают — или признают это — руководители и врачи исправительно-трудовых колоний. Именно душевный распад, постепенно овладевающий шизофреником, располагает прежде всего к отупению, асоциальному образу жизни, к жизни ваганта. Вильманс уже в 1906 г. убедительно показал эти связи в своем большом труде. В особенности, если среди вагантов находим представителей высших социальных слоев — бывших студентов, теологов, адвокатов, врачей и т.д. — заранее можем предположить, что причиной их социального падения стала шизофрения или пьянство.

Благодаря усилиям нашего зонального представителя в ВПА Армена Сагояна (Ереван, Армения) осуществлен перевод на русский язык журнала ВПА

### **“Всемирная психиатрия”**

читайте на сайте:

[http://www.wpanet.org/uploads/Publications/WPA\\_Journals/  
World\\_Psychiatry/Past\\_Issues/Russian/wpa-02-2009-rus.pdf](http://www.wpanet.org/uploads/Publications/WPA_Journals/World_Psychiatry/Past_Issues/Russian/wpa-02-2009-rus.pdf)

## Доверительное управление имуществом недееспособного подопечного

Ю. Н. Аргунова

Если при учреждении опеки над лицом, признанным судом недееспособным, будет установлено, что в составе его имущества имеется недвижимость или ценное движимое имущество, находящееся, например, в другой местности и требующее специальной заботы и управления, орган опеки и попечительства заключает с определенным им лицом (управляющим) *договор о доверительном управлении* таким имуществом (ст. 38 Гражданского кодекса РФ).

Объем прав доверительного управляющего не может быть шире объема прав опекуна. Имущество, передаваемое в доверительное управление, на время управления обособляется от прочего имущества подопечного. Опекун сохраняет свои полномочия в отношении имущества, не переданного в доверительное управление. По ГК РСФСР функции управляющего выполнял специально назначавшийся опекун над имуществом.

Доверительным управляющим может быть гражданин, не являющийся предпринимателем, или некоммерческая организация (фонд, общественное объединение и т.п.). Имущество не подлежит передаче в доверительное управление государственному органу, органу местного самоуправления или учреждению (ст. 1015 ГК РФ). Управляющий не может быть одновременно выгодоприобретателем по этому же договору.

Закон не предъявляет никаких требований к личности управляющего, однако органу опеки следует принять те же меры, что и при поиске кандидатуры опекуна, убедиться в надежности будущего управляющего, который становится стороной по договору доверительного управления.

К *недвижимому* имуществу относятся земельные участки и все, что прочно связано с землей, т.е. объекты, перемещение которых без несоразмерного ущерба их назначению невозможно, в т.ч. многолетние насаждения, здания, сооружения, объекты незавершенного строительства (п. 1 ст. 130 ГК РФ). Ценность *движимого* имущества определяется органом опеки в зависимости от материального благосостояния подопечного. Вопрос о наличии необходимости постоянного управления имуществом также находится в компетенции органов опеки и решается по их собственному усмотрению. В любом случае независимо от

стоимости в доверительное управление должны передаваться ценные бумаги, транспортные средства, вклады в капитале коммерческих организаций.

*Управление* имуществом означает совершение действий не только по охране, сбережению имущества, продлению срока его службы (присмотр, ремонт, страхование, уплата налога), но и по превращению имущества в иную, более ценную или стабильную товарную форму без риска утраты или порчи этого имущества. Важно поэтому, чтобы управляющий обладал определенными навыками и квалификацией в ведении такого рода дел.

Договору доверительного управления посвящены ст. 1012 – 1026 ГК РФ. Существенными условиями договора являются:

- состав имущества, передаваемого в доверительное управление;
- имя гражданина, находящегося под опекой, в интересах которого осуществляется управление имуществом (выгодоприобретателя);
- наименование учредителя управления — органа опеки и попечительства;
- размер и форма вознаграждения управляющему (если выплата вознаграждения предусмотрена договором);
- срок действия договора.

Договор доверительного управления заключается на срок, не превышающий 5 лет. При отсутствии заявления одной из сторон о прекращении договора по окончании срока его действия он считается продленным на тот же срок и на тех же условиях, какие были предусмотрены договором.

Сторонами могут быть оговорены другие существенные условия договора, без достижения согласия по которым договор не может считаться заключенным (ст. 432 ГК РФ). Договором может быть предусмотрено, что управляющий покрывает понесенные им расходы по управлению имуществом подопечного за счет части поступлений, полученных от использования этого имущества. Договор может содержать условие о необходимости передачи выгодоприобретателю части доходов от управления, устанавливать конкретные способы передачи доходов подопечному: все средства или их часть могут перемещаться во

вклад или передаваться подопечному в виде наличных средств.

В договоре должны быть также указаны срок и порядок представления управляющим отчета о своей деятельности учредителю управления (органу опеки) и выгодоприобретателю (п. 4 ст. 1020 ГК РФ).

Передача недвижимого имущества подопечного в доверительное управление оформляется передаточным актом и подлежит государственной регистрации в том же порядке, что и переход права собственности на это имущество (ст. 1017 и 551 ГК РФ).

Для совершения распорядительных сделок с имуществом подопечного, предусмотренных п. 2 ст. 37 ГК РФ, управляющему необходимо получить предварительное разрешение органа опеки. Управляющий не вправе также совершать сделки с самим подопечным, за исключением дарения подопечному или передачи ему имущества в безвозмездное пользование (п. 3 ст. 37 ГК РФ). В целях защиты имущественных интересов недееспособных и во избежание возможных злоупотреблений со стороны доверительного управляющего, по мнению некоторых юристов, целесообразно было бы также не допускать заключения сделок между доверительным управляющим и опекуном, хотя законодательство такого запрета не предусматривает.

Управляющий может поручить совершать действия, необходимые для управления имуществом, от своего имени третьим лицам, если:

а) осуществление этих действий действительно необходимо для управления имуществом;

б) он уполномочен на это условиями договора либо получил письменное согласие от органа опеки впоследствии;

в) он вынужден к этому в силу обстоятельств для обеспечения интересов выгодоприобретателя (подопечного) и не имеет при этом возможности получить указания органа опеки в разумный срок. В любом случае управляющий отвечает за действия избранного им поверенного как за свои собственные.

Доверительный управляющий, не проявивший при управлении имуществом должной заботливости об интересах выгодоприобретателя, несет ответственность за причинение убытков, если не докажет, что эти убытки произошли вследствие непреодоли-

мой силы либо действий самого выгодоприобретателя (подопечного) или учредителя управления (органа опеки).

Должной считается заботливость, сообразная сложившимся обстоятельствам и требованиям разумного, осмотрительного отношения к имуществу, которую обычно проявляет собственник к своему имуществу. Форма вины управляющего для привлечения его к ответственности значения не имеет: он несет ответственность как при допущении умысла, так и в случаях, когда не должная степень заботливости явилась следствием неосторожности — халатного и небрежного отношения к исполнению обязанностей по договору.

Следует отметить, что в целом нормативно-правовая база института доверительного управления имуществом недееспособного должным образом не сформирована. Отсутствует определенность в порядке заключения договора доверительного управления, передачи имущества управляющему, не выработаны единые подходы относительно содержания договора, а также прав самого недееспособного при заключении договора и контроле деятельности управляющего.

В регулировании отношений по управлению имуществом подопечных законодательство пытается сочетать два способа: 1) на основе конструкции доверительного управления имуществом, не приспособленной, однако, к институту недееспособности и опеки и 2) на основе института опеки. Этот способ не получил развития ни в ГК РФ, ни в новом ФЗ “Об опеке и попечительстве”. Статья 23 данного Федерального закона о доверительном управлении имуществом подопечного носит отсылочный характер к нормам ГК РФ и ст. 19 и 20 самого Федерального закона. Эти две статьи не имеют прямого отношения к вопросам доверительного управления и кроме того весьма ущербны, как это показано нами при анализе законодательных новелл ФЗ “Об опеке и попечительстве”, регулирующих правовой режим имущества недееспособных подопечных<sup>1</sup>.

Намерение Правительства России разработать законопроект “Об управлении имуществом подопечных” осталось не реализованным.

<sup>1</sup> См.: Независимый психиатрический журнал, 2008, III, с. 37 – 42.

## **ПРИНИМАЮТСЯ ЗАКАЗЫ**

Ю. Н. Аргунова

**Права граждан с психическими расстройствами**

**Вопросы и ответы — М., 2010. 410 с.**

*Издание третье, переработанное и дополненное  
(с учетом изменений по июнь 2010 г.)*

# Может ли недееспособный гражданин заключить трудовой договор?

Ю. Н. Аргунова

В законодательстве данный вопрос не урегулирован.

Трудовой кодекс РФ не предусматривает в отношении недееспособных граждан каких-либо ограничений гарантированного ст. 37 Конституции РФ права свободно распоряжаться своими способностями к труду, выбирать род деятельности и профессию. Статья 20 ТК РФ устанавливает лишь одно условие вступления в трудовые отношения в качестве работника — достижение лицом определенного возраста. Согласно ст. 16 ТК РФ трудовые отношения между работником и работодателем возникают на основании заключенного ими трудового договора. Запретов для заключения трудового договора недееспособным лицом норма не содержит. Это означает, что в принципе закон не препятствует недееспособному заключить такой договор и выполнять посильную для себя работу, в т.ч. в соответствии с требованиями к условиям труда инвалидов вследствие психических расстройств.

Трудовой договор не является гражданско-правовой сделкой, совершение которой самим недееспособным прямо запрещено нормами ГК РФ. Однако даже из столь категоричного запрета закон предусматривает исключение: в интересах недееспособного совершенная им сделка может быть признана судом действительной, если она совершена к выгоде этого гражданина (п. 2 ст. 171 ГК РФ).

В качестве «страховочного» варианта, по нашему мнению, можно допустить возможность заключения трудового договора от имени недееспособного его опекуном. В соответствии с п. 2 ст. 31 ГК РФ и ч. 2 ст. 15 ФЗ «Об опеке и попечительстве» опекуны вправе выступать в защиту прав и интересов своих подопечных *в любых отношениях* без специального полномочия.

На то обстоятельство, что опекун вправе не только совершать сделки от имени недееспособного, но и *заключать трудовые договоры* указывает ст. 20 ТК РФ, из которой следует, что *недееспособное лицо может быть работодателем*. Согласно ч. 9 и 11 ст. 20 ТК РФ от имени физических лиц, имеющих самостоятельный доход, достигших возраста 18 лет, но признанных судом недееспособными, их опекунами могут заключаться трудовые договоры с работниками в целях личного обслуживания и помощи по ведению домашнего хозяйства. В этом случае опекуны лиц, выступающих в качестве работодателей, несут дополнительную ответственность по обязательствам, выте-

кающим из трудовых отношений, включая обязательства по выплате заработной платы. Заметим, что опекун заключает такой договор не от своего имени, а от имени подопечного.

Полный запрет заниматься трудовой деятельностью для всех недееспособных граждан только лишь по причине их статуса недееспособного лица, несмотря на то, что у таких граждан может быть сохранена способность принимать участие в данной сфере общественной жизни, противоречит международно-правовым стандартам, в частности ст. 27 Конвенции ООН о правах инвалидов, а также Рекомендации Комитета министров Совета Европы № R (99)4 «О принципах, касающихся правовой защиты недееспособных взрослых» — Принципу 6 (опека должна соответствовать индивидуальным обстоятельствам и потребностям лица), Принципу 3 (опека не должна автоматически лишать недееспособного возможности принимать решения личного характера во время, когда он способен совершать такие действия).

Таким образом, недееспособному гражданину должна быть предоставлена возможность (право) вступать в трудовые отношения при условии, если:

- 1) избранный им вид деятельности не относится к видам профессиональной деятельности, для которых имеются ограничения, связанные с наличием психического расстройства;
- 2) для избранной им должности не установлен запрет на принятие лиц, признанных недееспособными;
- 3) у недееспособного сохранена способность к трудовой деятельности, т.е. он не является инвалидом I группы, при которой МСЭ устанавливает «неспособность к *любой* трудовой деятельности».

В этой связи безусловным нарушением законности является отказ бюро МСЭ в выдаче недееспособным инвалидам индивидуальной программы реабилитации по причине признания их недееспособными.

Вред, который недееспособный может причинить работодателю в процессе выполнения работы, должен возмещаться, очевидно, по правилам ст. 1076 ГК РФ.

Данная формула является попыткой моделирования, заполнения пробела в законодательстве. На практике многие недееспособные граждане, сохранившие способность к трудовой деятельности, вынуждены вступать с работодателем в неофициальные отношения.

## ИЗ ДОСЬЕ ЭКСПЕРТА

### Дело А. А. или что делать в случае диаметрально противоположных версий

Судебно-психиатрическая экспертиза стала расхожим способом отъема квартир и отъема детей. VIP-персоны оставляют жен, забирая у них детей. Мощное социальное давление, неисчислимыми путями и способами действующее на судебных психиатров и судей, очень значительный фактор, который стыдливо замалчивается, тогда как его необходимо постоянно гласно учитывать, отдавая в равновесных ситуациях приоритет слабой стороне.

Пример, который мы приводим, типичен и в то же время во многих отношениях беспрецедентен по своей выразительности и значимости для нашего предмета.

Беспрецедентность описываемого дела

1) в просьбе Центра им. Сербского к суду (перед лицом VIP-персоны) включить в состав экспертной комиссии представителя Московского НИИ психиатрии, “компетентного в практическом применении закона ... при госпитализации в недобровольном порядке”, которым оказался председатель этической комиссии НПА России проф. А. Г. Гофман;

2) в вынесенном решении этой комиссии в пользу слабой стороны;

3) в полноте СПЭ, заключение которой было написано на 40 страницах, — в три раза больше обычного объема;

4) в том, что три профессора, принимавшие участие в СПЭ поехали в Санкт-Петербург на судебное заседание защищать свою позицию;

5) в резком столкновении питерских и московских психиатров, обменявшихся позициями: на этот раз питерские психиатры выступили с позиции, характерной для московских — расширительности диагноза шизофрении.

И еще во многом другом, но прервемся, чтобы очертить саму коллизию и два противоположных взгляда на нее.

Одна версия связана с презумпцией доверия экспертов к показаниям А. А., лица, в отношении которого разбиралось дело о недобровольной госпитализации и лечении в Санкт-Петербургской ПБ № 6, другая версия опирается на презумпцию доверия к показаниям свидетелей, представителей отца детей.

Речь идет о 42-летней женщине из профессорской семьи, которая в 1991 году окончила с красным дипломом технический ВУЗ по специальности инженер-системотехник, работала в НИИ РАН, консалтин-

говой компании, в банковских структурах. С 1996 года состояла в гражданском браке. От брака двое детей: сын, 1997 г.рожд., и дочь, 2004 г.рожд. С 1997 до 2002 года занималась воспитанием сына и получила второе высшее образование. Возобновила работу в банке с 2002 года, с 2006 г. работает преподавателем в ВУЗе и занимается предпринимательской деятельностью. С 2003 г. отношения с мужем стали напряженными, с ноября 2005 г. проживают раздельно. С апреля 2008 г. сын начал жить с отцом. Дочь по взаимному согласию осталась проживать с матерью.

#### Первая версия

(Отрывок из первичной АСПЭ)

*“Посредник от мужа в переговорах по проблемам воспитания и проживания детей Б. Ш. купил ей билет на самолет, на котором она прилетела из Москвы в Санкт-Петербург 4.12.08 г. около 17 часов, в аэропорту ее встретил его водитель и в 18 часов 20 минут привез в ресторан “Арагви”, при этом она обратила внимания, что ресторан был закрыт по техническим причинам, посетителей в нем не было. Она планировала провести в ресторане “час с небольшим”, поскольку в 20 часов 30 минут у нее была встреча с подругой. Б. Ш. хотел обговорить вопросы финансового обеспечения детей, угощал ее, она немного поела и выпила пол бокала шампанского. Затем около 19 часов 30 минут Б. Ш. вышел из зала и через 15–20 минут вернулся “в совершенно другом настроении”, “злобный”, бросил на стол папку и сказал ей: “Хватит дурака валять, отдавайте Машу”; “Довела моего друга, сейчас поедешь в психушку”. Она пыталась выйти, но двое охранников Б. Ш. схватили ее за руки, зажали столом, она стала кричать, а они схватив ее за волосы, запрокинули ей голову и стали ей вливать в рот водку из графина. Указывает, что таким путем они влили около 200–300гр., потом она стала захлебываться, и они заставили под угрозой пить водку из стакана. Отмечает, что она боялась, что они убьют ее, в целом за один час она была вынуждена выпить около 700–800 гр., после чего состояние ее стало ухудшаться — “стала отрешенной от происходящего”, двоилось в глазах, гудело в ушах, старалась не потерять сознание. Сообщает, что помнит как Б. Ш. сначала вытряс все вещи из ее сумки, забрал ее телефон, стал просматривать звон-*

ки и даже ответил на сообщение ее подруги, при этом постоянно звонил по телефону и спрашивал: “Где скорая? Когда будет?”, около 20 часов 50 минут сказали, что “приехала скорая”, она встала и “потеряла память”, около 3 часов ночи, была голая, чувствовала себя пьяной — “соображала туманно”, гудела, болела голова; увидела решетки на окнах, множество кроватей и очень испугалась, встала, шатаясь, пошла на свет, при этом было ощущение беспомощности, незащищенности, “чувствовала себя лишенной свободы”, сразу вспомнила всю ситуацию, испугалась, что могут поместить в больницу и лишиться родительских прав, просила у персонала позвонить родственникам, хотела вызвать милицию, чтобы сообщить о нападении на нее, ее ограблении, ей не давали, и она стала требовать, кричать, угрожать. Считает, что вела себя тогда “не очень адекватно”, поскольку была сильно напугана и еще пьяна, кричала, что ее вещи украли, боялась, что попала “как БОМЖ”, без документов, и никто не знает, где она, стала вырываться, пришел врач и насильно сделал укол, после которого она заснула”.

### Вторая версия

(Отрывок из повторной АСПЭ в суде)

04.12.08 г. А. А. прилетела в Санкт-Петербург. На машине приехала в ресторан на встречу с другом мужа с целью решения вопросов, связанных с детьми. Из сопроводительного листа № 9010 скорой психиатрической помощи (СПП), было отмечено, что со слов знакомого, вела себя в ресторане крайне возбужденно и нелепо, била посуду, кричала, набрасывалась на посетителей, затем забилась в угол, схватила нож, угрожала расправой. Не отрицала, что в течение дня пила. Врачом СПП с диагнозом “психопатоподобное поведение. Алкогольное опьянение” была доставлена в 21.30 в СПб ГУЗ “Городская психиатрическая больница № 6 (стационар с диспансером)” (ГПБ № 6). Из истории болезни № 3363 дежурным врачом отмечено: “В состоянии выраженного алкогольного опьянения, контакту недоступна, на вопросы не отвечает. Временами выкрикивает малопримечательные фразы, бранится.” Диагноз при поступлении “психопатоподобное поведение. Параноидный синдром? Алкогольное опьянение”. В отделение была доставлена в 22.30 с помощью персонала отделения, т.к. “не может держаться на ногах (в опьяненном состоянии с запахом алкоголя изо рта). На вопросы не отвечает. У больной рвота с запахом алкоголя, тщательно осмотреть не удается...”. 05.12.08 в 3 часа была осмотрена дежурным врачом по вызову дежурного медперсонала. По записи дежурного врача: “Больная возбуждена. Выбегает из палаты, пытается ударить медперсонал, словесно не корректируется, возбуждена”. Был назначен сибазон 0,5 – 2,0 в/м. 05.12.08 в 10.00 подэкспертная была ос-

мотрена комиссионно в отделении лечащим врачом и заведующей отделением. Психический статус: “Ориентирована правильно. Крайне напряжена, подозрительна, злобна. Контакт носит малопродуктивный характер. На вопросы отвечает избирательно, интерпретирует их особым образом, считая, что врачи пытаются ее оговорить, задает встречные вопросы. Склонна к диссимуляции переживаний. Высказывания носят нецеленаправленный характер, говорит намеками, фразы часто не завершает. Убеждена в том, что госпитализирована в результате сговора, “кто-то вам обо мне наговорил... вы сделаете все, что вам скажут...все ангажированы”, тут же спрашивает “вы меня что, убьете?”. Видя, что врач делает записи, со злобой требует “все стереть... я придумаю другую версию”. При расспросе повышает голос, озлобляется, кричит “прекратите..., не могу вам ничего сказать, меня замочат..., я знаю, как я сюда попала, люди хотели этого добиться”. Говорит о том, что бывший муж настроен против нее, “ненавидит”, намерен “отобрать” детей, что “люди из окружения мужа” специально создают “тяжелые ситуации”. Утверждает, что накануне “была вынуждена пить..., влили 1 л водки”. Факты неправильного поведения, указанные в направлении, отрицает, выкрикивает “свидетелей нет, там никого не было”, тут же говорит, что “ничего не помнит”, говорит, что у нее было “патологическое опьянение”. На момент осмотра признаков галлюцинирования не выявляется. Эмоциональные реакции однообразны, монотонна. О детях говорит холодно, отстранено. Манерна. Без критики к состоянию. Категорически отказывается от госпитализации, лечения”. Состояние было квалифицировано как “острое шизофреноподобное психотическое расстройство”. 05.12.08 в 11.00 была осмотрена комиссией врачей-психиатров с участием заместителя главного врача на предмет недобровольной госпитализации. Психический статус: “Контакт малопродуктивен. Крайне напряжена, тревожна, злобна, крайне подозрительна. В начале беседы при обращении к ней по имени, отчеству со злобой спрашивает: “Откуда вам известно мое имя..., вы меня знаете?”. На вопросы отвечает избирательно, кратко, уклончиво, интерпретирует их особым образом, задает встречные вопросы, повторяющие вопросы врача. Часто начинает говорить намеками, не завершает фраз. Убеждена в том, что сообщаемая ей информация будет использована против нее — “не знаю, что говорить, может, мне придумать другую версию?”. Переживания диссимилирует. При расспросе повышает голос, переходит на крик, кричит “прекратите..., вы что, меня здесь убить хотите?”. На протяжении беседы повторяет “не понимаю, что происходит..., мне надо понять, почему я здесь нахожусь...”, тут же говорит “боюсь говорить правду, потому что знаю, как я сюда попала..., люди хотели добиться

этого эффекта...". Говорит о том, что у нее "тяжелые отношения" с бывшем мужем, "он меня ненавидит..., хочет отобрать детей". Убеждена в том, что "люди из окружения мужа" умышленно распускают о ней слухи, оговаривают, делают так, чтобы она оказалась "в тяжелой ситуации". Связывает с этим факт настоящей госпитализации, говорит "вам прислали меня определенным образом, сообщили информацию, которая не была подтверждена". Сообщает, что накануне, приехав в СПб, пришла к знакомому, чтобы обсудить "деловые вопросы", неправильное поведение отрицает, говорит, что ее "через силу напоили, влили литр водки..., были ангажированы люди". Говорит "я должна была принять определенные решения, которые не хотела принимать", отказывается обсуждать эту тему — "не могу вам этого сказать..., меня к черту замочат, если я про него говорю...". О последующих событиях "не помнит", говорит, что у нее было патологическое опьянение". Эмоциональные реакции однообразны, монотонны. О детях говорит холодно, отстраненно. Манерна. Без критики к состоянию. Категорически отказывается от лечения". Комиссия пришла к заключению, что "психическое состояние больной определяется наличием бредовых идей преследования, особого значения, сопровождающихся злобно-напряженным аффектом, поведение больной носит грубо неадекватный характер, отмечались эпизоды выраженного психомоторного возбуждения с агрессивными действиями (... находясь в общественном месте, угрожала ножом, в отделении была агрессивна, пыталась драться)... Данное заболевание является тяжелым и обуславливает непосредственную опасность больной для окружающих, а также в случаях неоказания психиатрической помощи повлечет за собой существенный вред здоровью. Диагноз: Острое "шизофреноподобное психотическое расстройство". С учетом характера, тяжести психических расстройств, а также ввиду отсутствия согласия больной на госпитализацию и лечение, был сделан вывод о необходимости госпитализации в недобровольном порядке в соответствии со ст. 29 п.п. "а", "в" Закона РФ "О психиатрической помощи".

В духе второй версии написана вся история болезни А. А. в Санкт-Петербургской ПБ № 6, где она пробыла две недели, с 4 по 19 декабря 2008 г. В связи с отказом от госпитализации и лечения, на следующий день состоялась выездная сессия райсуда, удовлетворившая соответствующее ходатайство больницы по п.п. "а" и "в" ст. 29. А 10, 16 и 17 декабря А. А. и ее представитель подавали кассационные жалобы, в результате чего 25 декабря 2008 г. Санкт-Петербургский городской суд отменил решение райсуда в отношении недобровольной госпитализации и вернул дело на новое рассмотрение.

### "Конечно, шизофрения"

(Из "Выписки из истории болезни в ПБ № 6")

"По имеющимся объективным сведениям, по характеру всегда была вспыльчивой, истеричной, отмечались элементы демонстративности, больной всегда было присуще шантажное, манипулятивное поведение... никогда не уделяла достаточного внимания своей одежде, была небрежна. Около 8 лет назад состояние начало ухудшаться. Стала обращать на себя внимание эмоциональная холодность, проявляющаяся, в частности, в отношении к ребенку (сыну тогда было около 4 лет), со слов, у больной "отсутствовал материнский инстинкт". Так сыну, заболевшему гриппом в 5 лет, в ответ на его жалобы говорила "это твои проблемы"... Утратила прежние знакомства (ранее была общительной, имела широкий круг общения), "поссорилась со всеми", появилась не присущая ей ранее подозрительность. Последние 4 года практически постоянно алкоголизуется, употребляет вина (как минимум бутылку в день), крепкие напитки (виски, водка до 1,5 л в сутки)... Постоянно конфликтовала с сыном, последнее время говорила "я его ненавижу... я его убью". У сына описываются состояния "истерики", "немотивированного плача". Со слов, больная специально доводила сына до слез, после чего хватала его и бросала под душ. С 01.04.08 сын проживает с отцом, со слов, "убежал от больной", так как боялся ее. Этому непосредственно предшествовал разговор сына с больной, в котором та обещала "отрезать ему башку" за полученную накануне "тройку". Последнее время отмечались эпизоды грубо неадекватного поведения, так больная, работая за компьютером, внезапно начинала разговаривать без собеседника, начинала лаять, мяукать. В последнее время неоднократно говорила "наверное, я сошла с ума". Примерно за два-три дня до госпитализации стала говорить, что хочет залезть в чемодан, попросила дочь закрыть ее в чемодане. Подозрительна, незадолго до госпитализации заказала распечатку в телефонной компании с указанием всех телефонных разговоров, номеров. Злобна, неоднократно угрожала близким, обещала "всех замочить"..."

Спрашивается, что это за "объективные данные"? Сама гротескность многих из них обязывает писать, с чьих слов они получены, и в каких отношениях с подэкспертной находятся эти информаторы. Например, в заключении упоминается, что "в марте 2006 г. нанесла мужу удар утюгом в область груди слева, в связи с чем в дальнейшем муж был госпитализирован с расслоением аорты, был оперирован". Пожалуй, только медикам понятно, что расслоение аорты от этого не бывает. Но ведь как раз медики, в том числе члены второй экспертной комиссии, переписали это без всяких комментариев, для суда совершенно необходимых. При этом А. А. этот факт вообще отрицает.



*“В дальнейшем некоторое время психотическая симптоматика сохранялась, сохранялись признаки острого бредового состояния, в структуре которого отмечались бредовой аффект с идеями преследования, особого значения, физического уничтожения, растерянность. Бредовые идеи имели диффузный генерализованный характер, имелась бредовая трактовка окружающего... Говоря о детях, эмоциональной теплоты не обнаруживала, сообщила факты, свидетельствующие о ее действительно холодном отношении к детям. Например, говорила, что сын раздражал своей ленью и истериками, а дочь своими рвотами... На протяжении всего времени обращали на себя внимание нарушения мышления в виде нецеленаправленности, непоследовательности, амбивалентности суждений, склонности к рассуждательству, эмоциональная монотонность, холодность, манерность, поведенчески и конституционально обнаруживались признаки инфантилизма...”*

В выписке говорится, что “около 8 лет назад состояние стало ухудшаться”, но жизненный контекст на этот момент не воссоздан, показаниям няни и др. придан объективный статус. Нет ни слова о царапинах на шее и кровоподтеках на запястьях, отмечено, что “некоторое время психотическая симптоматика сохранялась”, а к моменту выписки “бредовые идеи утратили актуальность”, тогда как потом проф. А. Г. Софронов (без контакта с больной) утверждал, что психотическая симптоматика носила перманентный характер. Уверенность, что бывший муж может похитить дочь в любой момент, была вполне оправданным, естественным и эмоционально насыщенным переживанием. Квалификация “эмоциональной холодности” и “нарушений мышления по эндогенному типу” совершенно некорректна в условиях острого стресса. Множество консультаций на протяжении короткого периода отражало диагностические колебания, необходимость защититься. Вопреки рекомендации профессорского консилиума во главе с главным психиатром Санкт-Петербурга 12.12.08 провести повторный осмотр через три недели, больная была спустя неделю “скоропостижно” выписана со значительным улучшением, явно в связи с предстоящим пересмотром недобровольной госпитализации в горсуде.

Подчеркивая “нарушения мышления по эндогенному типу”, “шизоистероидные” и выраженные “паранойальные” черты личности, возникновение замкнутости и “холодность” с момента разрыва с мужем, произвольно называя ее состояние в ПБ № 6 шизофреноподобным психозом, а состояние при выписке — ремиссией, а не выходом из болезненного состояния, эксперты пытались бросить на А. А. тень диагноза шизофрении. И все это вопреки хорошо известным фактам, что заболевание шизофренией не коррелирует с шизоидной психопатией, что “замкнутость” и “холодность” явно связаны с естественной субдепрессивной реакцией на ситуацию в ее индивидуаль-

ном преображении. Выставленный диагноз “острое полиморфное психотическое расстройство” намеренно зашифрован как F 23, т.е. без последующих знаков, тогда как известно, что F 23.0 и F 23.1 различаются, согласно МКБ-10, отсутствием или наличием симптомов шизофрении. Во время пребывания в ПБ № 6 А. А. получала следующее лечение: галоперидол 15 мг, зипрекса 10 мг, фенозапам 3 мг.

17 февраля 2009 г. суд назначил экспертизу в Центре им. Сербского. Спустя два месяца (14.04) Центр Сербского ходатайствовал о включении в состав комиссии сотрудников Московского НИИ психиатрии и спустя неделю возвратил это дело без производства экспертизы! Еще через неделю суд удовлетворил ходатайство. 19.06.2009 состоялась амбулаторная СПЭ в Центре им. Сербского.

### Первичная АСПЭ

**“Выводы экспериментально-психологического исследования:** на фоне повышенного контроля за своими решениями, ориентированности в психологических тестах, стремления давать стандартные ответы отмечается высокий интеллектуальный уровень, доступность абстрагирования, категоризации. Отмечается снижение уровня и качества решений при возникновении субъективно значимых затруднений и при работе со слабоструктурированным стимульным материалом, признаки дезорганизации деятельности с возникновением трудностей смысловых дифференцировок, выделения существенного, а также снижение четкости и целенаправленности усилий, тенденция к разноплановости при группировке объектов. Формулировки носят усложненный, несколько вычурный характер. Отмечается обстоятельность, многословность суждений. Доступность установления формальных логических зависимостей сочетается с некоторой субъективностью интерпретации сюжетных изображений. Темп умственной деятельности высокий. Мнестические функции без снижения. При исследовании отмечается повышенный контроль за своими высказываниями, стремление отрицать наличие каких-либо существенных проблем. Подэкспертную отличает сочетание высокой активности, настойчивости в достижении желаемого и отстаивании собственных интересов, поверхностная общительность с легкостью установления широких социальных контактов, потребность в позитивных внешних оценках, зависимость от позиции референтной группы, приверженность традиционным ценностям и нормам, демонстративность, а порой и некоторая экзальтированность поведенческих проявлений — с одной стороны, и черты аффективной ригидности, тенденция фиксироваться на значимых проблемах, субъективизм ряда оценок, склонность к собственной интерпретации и субъективному пониманию различных событий, категорич-

ность суждений, осторожность, недоверчивость — с другой. В условиях психотравмирующей ситуации обнаруживается охваченность значимыми переживаниями, сочетание спонтанных своеобразных оценок с последующей их рационализацией и сопоставлением с общепринятыми, возникновение аффективно обусловленной дезорганизации деятельности при затруднениях в работе и обсуждении наиболее актуальных для подэкспертной проблем.

Таким образом, комиссия приходит к заключению, что А. А. в период, относящийся к недобровольной госпитализации, а именно 04.12.2008 года, каким-либо психическим расстройством, обуславливавшим по своему характеру и тяжести непосредственную опасность для себя и окружающих, существенный вред здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи, не страдала (ответ на вопрос № 1, часть вопроса № 2). В период поступления в психиатрический стационар 04.12.2008 года у А. А. отмечалось состояние острой алкогольной интоксикации, явившееся следствием употребления алкогольных напитков непосредственно перед поступлением в психиатрический стационар с последующим изменением ее психического состояния и поведения, о чем свидетельствуют, помимо вышесказанного, отраженные в представленной медицинской документации данные об отмечавшихся у нее при поступлении в стационар признаках алкогольного опьянения средней степени в виде заторможенности, затрудненного контакта, нарушений речи, шаткости походки в сочетании с другими нарушениями.

В период поступления в психиатрический стационар состояние острой алкогольной интоксикации не обуславливало по своему характеру и тяжести непосредственную опасность для себя или окружающих, существенный вред здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи, и не является основанием для недобровольной госпитализации в психиатрический стационар. По своему психическому состоянию в госпитализации 04.12.08 и пребывании в стационаре по 18.12.2008 года А. А. не нуждалась, отмеченные в медицинской документации в период недобровольной госпитализации изменения психического состояния А. А. в виде напряженности, недоверчивости, звучавшие в ее высказываниях опасения и страхи (которые были квалифицированы специалистами как “идеи отношения, преследования”) явились следствием реальной объективно сложной и субъективно значимой ситуации, сложившейся к юридически значимому периоду (конфликт с бывшим мужем, спор о месте проживания детей, обстоятельства и факт госпитализации в психиатрический стационар), реакцией А. А. на ситуацию недобровольной госпитализации, в связи с чем не могут быть расценены как симптомы тяжелого психического

расстройства, обуславливающего по своему характеру непосредственную опасность для себя или окружающих, существенный вред здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи, и, соответственно, не являлись основанием для недобровольной госпитализации А. А. (ответ на часть вопроса № 2)”.  
27.10.2009 г. состоялось заседание суда с участием приехавших из Москвы экспертов проф. А. Г. Гофмана, проф. В. В. Вандыш-Бубко, проф. Н. К. Харитоновой и Е. В. Комаровой. Мы приводим распечатку фонограммы выступления проф. А. Г. Гофмана.

#### Ключевые доводы

**А. Г. Гофман:** “Анализ всей жизни этого человека говорит, что никогда не было оснований считать ее психически больной. И ее жизненный путь, получение высшего образования, и занятие преподавательской деятельностью, и воспитание детей, с которыми, кстати, ей позволяли уезжать отдыхать во Францию неоднократно, все говорит о том, что никаких признаков формальных или каких-то иных психического заболевания нет. Я уже не говорю о том, что она никогда не наблюдалась у психиатра, никогда не лечилась в психиатрической больнице.

Что происходило дальше: она была вызвана в Санкт-Петербург для решения вопроса о воспитании детей представителем ее мужа. По дороге, когда она ехала, никаких признаков психического заболевания не было, когда она входила в ресторан, где все произошло, тоже не было никаких признаков психического заболевания. Между тем, если следовать диагнозу больницы, был психоз. Но психозу всегда предшествуют некоторые другие вещи, расстройство настроения. Нельзя лечь спать здоровым, а проснуться сумасшедшим. Этому предшествуют нарушения сна или предшествующие нарушения настроения, как минимум. Она подходит к ресторану, видит, что он закрыт на учет, человек с болезненной подозрительностью сроду бы туда не вошел, она туда спокойно входит, не было даже болезненной подозрительности. Далее, с ее слов, в нее насильно вливали спиртные напитки, насильно или не насильно — сейчас это значения не имеет, с моей точки зрения, она права. Влили 750 мг или около литра водки. После этого почему-то у нее на шее и на запястьях оказались следы насильственных действий. И вызвали скорую помощь. Вот этот вопрос тоже чрезвычайно существенный. Каким образом можно вызвать в ресторан скорую помощь? Если считать, что там А. А. буянила, била вещи, кому-то вилкой или ножом угрожала и так далее, вызывают милицию, и обычная госпитализация человека, который себя так ведет, происходит таким образом: **вызывают милицию, если сотрудники милиции видят, что это поведение душевнобольной, они вызывают дежурного психиатра, или если этот человек состоит на уче-**

те, они вызывают кого-то из диспансера. Ничего этого не было сделано. Приехала в ресторан скорая психиатрическая помощь, которая сроду туда никогда не ездит, это не ее занятие — ездить по ресторанам, разбираться с буянящими, и госпитализировали. Что интересно: сразу госпитализировали с подозрением на психоз, а психоз выразался в том, что она была пьяной, причем настолько, что говорит еле могла и передвигалась с трудом. Все-таки это огромная доза, все равно вопрос почему-то о психозе возник еще до того, как ее госпитализировали. Дальше она попадает в отделение, никакой медицинской помощи человеку, который находится в состоянии интоксикации, не оказывают. Полагается делать хотя бы инфузионную терапию. Вместо этого она там спит, помощи нет. Когда она просыпается и видит, что она оказалась в ситуации, где решетки на окнах, когда она вспомнила, что у нее отобрали вещи, она начала скандалить и кричать, по поводу того, что дайте позвонить в милицию и дайте возможность вообще уйти отсюда. Поведение не бредовое, поведение человека, который протестует против сложившейся ситуации. Все реагируют по-разному: кто-то будет писать жалобу, кто-то заявит протест и будет голодать, это уже зависит от того, какой человек, какой жизненный опыт и какие у него особенности личностные, как сложилась его жизнь. Но в целом, ничего необычного нет. Дальше по истории болезни фигурирует следующее: ей начали вводить галоперидол, препарат, который вызывает сонливость. Может вызвать много другого, но у нее, слава богу, другого осложнения не было. Значит сонливый человек, постоянно спит, а они пишут — “не входит в контакт с другими”. В какой контакт можно входить, когда хочется спать? Мало того, там одна инъекция была и сибазона. Далее происходит следующее: неоднократные комиссии, причем их много. Никогда не бывает так, что человек, просто попавший в больницу и обнаруживший признаки психического расстройства, подвергался многократным консилиумам. Это неспроста, это значит, что происходит что-то необычное. А дальше начинается что-то вообще непонятное. В истории болезни этого нет, это потом появляется в высказываниях врачей. Речь идет о том, что у нее возник бред инсценировки. Что такое бред инсценировки? Это не изолированный симптом. Это когда человеку кажется, что все вокруг инсценировано, специально подделано. Это не бывает изолировано, потому что это входит в понятие острого чувственного бреда, а там должны быть еще и другие симптомы, которых не было. Человеку начинает казаться, что вокруг все какое-то необычное, люди меняются, их выражение лица меняется, то это знакомый, то наоборот незнакомый, но в целом окружающая обстановка воспринимается как иллюзорная. Ничего этого не было. Есть единственное заявление А. А. о том, что “вы все вместе сговорились, и все

что происходит, это вами инсценировано”. Но это не бред инсценировки. Дальше прекращаются инъекции и ей начинают давать таблетки. Она сообразила, что не надо их принимать, она их просто выплевывала. Конечно, сразу стало легче. Далее, когда она выписывается, она идет к независимому врачу<sup>1</sup>, и тот, непредвзятый человек, пишет, что ничего не находит. Такого, чтобы был бред инсценировки, и вдруг вообще ничего нет, не бывает. Значит, была какая-то переоценка. Я должен сказать, что значительная роль в утяжелении состояния принадлежит психологам. Или, точнее, той оценке, которую психиатры давали тем заключениям, которые писали психологи. Есть экспериментально-психологические исследования, которые приняты в психиатрии. Они никогда не могут собой заменить оценку состояния психиатром. Это дополнительные вещи. Причем очень часто бывают казусы. Вот, например, по данным экспериментального психологического обследования были приписаны инцестуозные тенденции, тенденции вступать в интимные отношения с близким родственником. Но это просто абсолютная чепуха, потому что весь тест состоит в том, что показывают рисунки. Но дело не только в этом. Очень часто психологи пишут, что есть опора на так называемые латентные признаки. Это опора не на явные признаки, а на признаки завуалированные, скрытые. Вот это, к сожалению, очень частая ошибка, потому что это можно обнаружить и у людей, которые никогда психически не болели. К примеру, если обследовать родственников людей больных шизофренией, которые не больны шизофренией, мы в определенном проценте можем получить это, но это не значит, что они больны шизофренией или иным психическим расстройством. Более того, иногда это приводит к совершенно комическим вещам в заключениях психологов. Скажем, психолог пишет, что он обнаруживает признаки шизофрении, а клиницист сомневается в этом и делает больному компьютерную томографию, а там огромное кровоизлияние. Поэтому во всех случаях, когда психолог пишет заключение, принимать во внимание его нужно, но диагноз должен основываться не на данных психолога. Что еще можно сказать по поводу оценки того, что было? Меня удивляет следующее: **больная выписана с выписным диагнозом, который вообще ставить нельзя.** С вашего позволения я процитирую это. Ей был поставлен диагноз, который называется “острые и транзиторные психотические расстройства”. Это целая рубрика. Сюда входит и то, что как раз называется “острое полиморфное психотическое расстройство”. Что написано по поводу данных психотических расстройств в МКБ-10, когда можно ставить такой диагноз? **Расстройства F 23 не должны ди-**

<sup>1</sup> Д-р В. П. Ларичев.

**агностироваться при наличии явной интоксикации алкоголем или лекарственными препаратами.**

*Допускается только в случае легкого опьянения или однократного курения анаши. Но она то была не в легком опьянении. Она была в том состоянии, когда передвигаться нельзя. Значит даже по формальным признакам ставить этот диагноз, который дискредитирует человека, и ставит его в совершенно особое положение, права не было. Значит, надо было искать какие-то другие возможности. Но в целом, можно сказать, в результате всех этих действий, которые были предприняты, А. А. лишилась возможности воспитывать своих детей. В результате того, что произошло там, в течение нескольких месяцев она мысленно возвращалась к этой жуткой ситуации, когда ей в ресторане вливали водку, а потом, когда она оказалась в государственном учреждении никакого сочувствия, нарушены были все права: звонить нельзя, и то, и другое нельзя. Ей, человеку, который никогда не обращался к психиатру, надо было несколько месяцев приходиться в себя. И, слава богу, что так все обошлось, потому что после таких травм бывают самые различные состояния, в том числе и затяжные депрессивные, но все обошлось” (лист дела 151, 152 т. 2).*

*На вопрос о том, возможно ли выплюнуть таблетки, которые принимала А. А., Гофман ответил: “Да, по данным исследований около 50 % пациентов не принимают эти таблетки, это доказано лабораторно и опубликовано в литературе. Это очень легко сделать, если, конечно, человек сообразительный. Но отказ от приема таблеток столь частый, что в научной литературе рекомендуется контролировать содержание препарата или в моче или в крови” (лист дела 152 т. 2).*

*На вопрос Емурановой Н. В. о том, на основании чего эксперт делает вывод, что А. А. в результате этих действий лишилась возможности воспитывать детей, Гофман ответил: “На основании того, что поставлен диагноз, на основании того, что суд вынес решение, что дети должны находиться с отцом” (л.д. 153 т. 2).*

*Реплика адвоката А. А. Дуйко Л. В.: “Больница предоставляла анамнез в материалы дела в суд по делам” (л.д. 153 т. 2).*

Но все эти доводы суд проигнорировал.

На этом заседании фигурировало также заключение специалиста проф. А. Г. Софронова с резкой критикой АСПЭ Центра им. Сербского. Суд согласился с этой критикой и назначил стационарную СПЭ в Московской ПКБ им. Н. А. Алексеева, от которой А. А. отказалась, при этом согласившись на проведение амбулаторной экспертизы в этом учреждении. Однако суд назначил повторную амбулаторную СПЭ уже в суде и производство по делу был приостановлено. Весь состав экспертов был предложен одной стороной (ГПБ № 6).

**Повторная АСПЭ в суде**

Экспертиза состоялась 12 февраля 2010 г. в Смольнинском райсуде Санкт-Петербурга. Заключение написано на 19 страницах текста, где полстраницы посвящено описанию того, как подэкспертная зачитала свое заявление об отводе комиссии экспертов (на основании недоверия, так как комиссия была сформирована стороной ответчика) и две страницы — ответам на три заданных экспертам вопроса (при этом вопросы экспертами были переформулированы по своему усмотрению и несли иную смысловую нагрузку): полторы страницы на первый вопрос, четырнадцать строк — на второй вопрос и 6 строк — на третий вопрос. Эти два последние ответа не содержат никакого обоснования, это простые оценочные утверждения.

Описанием того, как подэкспертная зачитывала отвод экспертам, исчерпывается психический статус. Тем не менее, он завершается следующей констатацией: “признаков галлюцинаторных расстройств, интеллектуального снижения не обнаруживает”. Любая квалификация такого рода требует общения с подэкспертной и доказательного обоснования. Перед нами искусственное незаконное и бездоказательное утверждение, с помощью которого эксперты пытались создать видимость экспертизы лица, а не экспертизы документов. Они не включили в описание своих тогдашних заверений, что проведут экспертизу документов, когда даже переспросили, не против ли подэкспертная такой перемены экспертизы, на что получили ответ, что именно на этом она настаивает. Как квалифицировать такое поведение экспертов, как не откровенную тенденциозность? Аналогичный разговор первоначально состоялся и непосредственно с судьей. Но при этом судья не надела мантии, не открыла заседание суда, не уселась на свое место, а стоя в проеме двери судебной комнаты, послала подэкспертную, ее адвокатов и меня, ее представителя, к экспертам огласить им свое заявление. Таким образом, переквалификация экспертизы живого лица на экспертизу документов, каковой она только и являлась, не была судьей официально зафиксирована, хотя подтверждена ею на словах.

Но даже и экспертизой документов ее назвать нельзя, так как за время, которое длилась экспертиза, было физически невозможно ознакомиться и с половиной имеющихся материалов. Случайно ли в тексте экспертизы (стр. 2) в перечне изученных материалов указано “гражданское дело в I томе”, тогда как их на деле было три. Но еще существеннее другое: в тексте СПЭ отсутствует анализ документов как таковой, нет сопоставлений текстов этих документов с изложением их в первичной СПЭ, которая тоже документ, нет ни одного примера разночтений, нет прослеживания того, как документирован каждый шаг процедуры стационарирования (вызов скорой психиатрической помощи, заключение врача скорой психиатрической по-

мощи, заключение врача приемного отделения ПБ № 6). Не обсуждается принципиальное отличие этой процедуры в случае А. А. от общепринятой. Эксперты заполнили текст своего заключения простым повторением ситуации, вдвое менее подробным чем в первой экспертизе с простой переинтерпретацией всей ситуации, увиденной с позиции противоположной стороны, т.е. так же как в истории болезни ПБ № 6.

Таким образом, если первичная СПЭ имела дело непосредственно с живым лицом, то вторая — только с документами, но с претензией быть в этом отношении на равных с первой экспертизой. Все это было сделано с лежащей на поверхности целью: иметь основания противопоставить вторую экспертизу первой, при всей их несопоставимости.

Но как такой замысел, совершенно естественный для адвокатов, стал определяющим и для судьи, и для экспертов? По крайней мере, эксперты, в первую очередь многоопытный в СПЭ и задававший тон проф. Р. М. Войтенко и судебные психиатры из Новгорода, не должны были подставлять репутацию директора института им. Бехтерева, главного психиатра Росздравнадзора, нарушением элементарных этических правил судебных психиатров.

#### Заключение повторной АСПЭ в суде

*“Комиссия приходит к заключению, что в период, относящийся к недобровольной госпитализации, а именно 04.12.08, 18.12.08, — А. А. страдала психическим заболеванием, а именно острым полиморфным психотическим расстройством (ответ на 1-й вопрос). Анализ истории болезни показывает, что у подэкспертной в этот период наблюдалась полиморфная психотическая симптоматика. Различные бредовые опасения персекуторного содержания (физического уничтожения, отравления, обкрадывания, сговора и т.п.) были аффективно насыщены, имели направленность на различных лиц, носили генерализованный характер. При изменчивости содержания патологических высказываний стойкой и некорректируемой была убежденность в недоброжелательстве, “сговоре” против нее, угрозе ее физического уничтожения, что определяло целиком поведение испытуемой. Она испытывала страх, злобно-напряженный аффект, диффузную подозрительность. При усилении страха, тревоги отмечалось выраженное психомоторное возбуждение с агрессивными действиями в адрес окружающих (присутствующих в ресторане сотрудников скорой психиатрической помощи, персонала больницы). Патологическое состояние развилось остро. Об остроте состояния свидетельствовали и симптомы растерянности. Диффузная параноидная настроенность, напряженность, злобность наблюдались и при последующем пребывании подэкспертной в стационаре. Описанный круг патологических расстройств, последующая динамика состоя-*

*ния полностью соответствуют клинко-психопатологическим закономерностям острых полиморфных психотических состояний. Данные, приведенные в истории болезни, в полной мере соответствуют и показаниям свидетелей, наблюдавших испытуемую в острый период заболевания. Так, свидетелями описываются тревожные опасения, подозрительность у подэкспертной по дороге в ресторан, неадекватное, патологическое поведение в ресторане, где больная испытывала убежденность в намерении окружающих ее убить, стала возбужденной, совершила агрессивные действия. Аналогичное поведение отмечалось у испытуемой сотрудниками психиатрической помощи. Выраженное двигательное возбуждение с агрессивными действиями в первые сутки в больнице подтверждали и врачи, и медицинские сестры больницы в своих свидетельских показаниях. Отрицали психические нарушения у подэкспертной свидетели, которые не наблюдали подэкспертную при госпитализации. Следует отметить и единодушные диагностические оценки психотического состояния подэкспертной специалистами-консультантами ведущих научно-практических учреждений города, которые осуществляли консультативные осмотры больной в период ее пребывания в стационаре. Достоверность записей истории болезни подтверждала и сама испытуемая в судебных заседаниях, в которых указывала, что напр., 17.02.09 очнувшись в 3 часа ночи в больнице “испытывала большой страх”, “страх, что эти люди достанут меня и в больнице и что-то со мной сделают”. 28.04.09 в последнем заседании сообщила, что подозревая сотрудников больницы в том, что они могут “что-то подложить в сумочку”, настояла, чтобы адвокат произвел видеосъемку. В своих обращениях в суд подэкспертная настаивала на якобы совершенном над ней насилии в ресторане непосредственно перед госпитализацией, которое не подтверждалось ни показаниями свидетелей, в том числе работников ресторана, ни проверкой, проведенной следственным отделом по Центральному району следственного управления Следственного комитета при прокуратуре РФ по Санкт-Петербургу.*

*Психотическое состояние развилось у подэкспертной, имеющей шизоистероидную структуру личности, о чем свидетельствуют как клинические данные, в том числе результаты и настоящего освидетельствования, так и результаты экспериментально-психологического обследования, которое проводилось в больнице несколькими психологами, затем сходные данные были получены психологами ФГУ “ГНЦССП им. Сербского. Об особенностях эмоционального реагирования, личностных отношений, в том числе с детьми, свидетельствовали как данные медицинской документации, так и показания свидетелей, приведенные в Решении Приморского районного суда, которые отмечали холодность, резкость, раздражительность, порой агрессивность в*

отношениях с детьми. По материалам дела, такие личностные особенности, как ригидность, недоверчивость, подозрительность, конфликтность усилились последние годы.

Различие экспертных оценок комиссий судебно-психиатрических экспертов обусловлено, прежде всего, наличием дополнительных материалов при производстве повторной экспертизы, которые не подтверждали версию А. А. о совершенном над ней насилии непосредственно перед госпитализацией, и которое ранее эксперты оценивали как основную причину “реакции” подэкспертной и последующей госпитализации. Кроме того, показания свидетелей существенным образом дополняли ранее имеющуюся информацию о состоянии подэкспертной и подтверждали данные медицинской документации. Имел значение и ряд других обстоятельств. Структура заключения при проведении первичной СПЭ не позволяла сопоставить выводы экспертов и исследовательскую часть. Не проводя полного сопоставления субъективного и объективного анамнеза, самоотчета испытуемой и данных материалов дела, эксперты строили свои выводы в большей степени на основе версии, излагаемой подэкспертной. Выводы экспертов вступали в определенное противоречие с рядом данных, приведенных в исследовательской части, напр., квалификации экспертами картины опьянения как простого классического опьянения не соответствовали описанию этого состояния, данного врачами скорой психиатрической помощи, специалистами больницы, показаниям свидетелей. Степень выраженности опьянения не соотносилась с дозой принятого алкоголя. Множественные клинические феномены, описанные врачами больницы, подтвержденные показаниями свидетелей, результаты экспериментально-психологических исследований, проведенных как в ГПБ № 6, так и в ФГУ “ГНЦССП им. Сербского”, не нашли должной клинической оценки и отражения в выводах.

**Описанное психотическое состояние, наблюдавшееся у А. А. в период госпитализации, не могло явиться следствием употребления алкогольных напитков (ответ на 3-й вопрос).** Алкогольные психозы имеют другой генез (возникают у лиц, страдающих хроническим алкоголизмом), имеют отличную от наблюдавшейся у подэкспертной клинко-психопатологическую структуру. Психотическое состояние, перенесенное испытуемой, в силу описанных ранее клинических особенностей, не может быть расценено и как вариант алкогольного опьянения, дополнительным подтверждением этого является сохранение психотических расстройств при выходе из состояния алкогольной интоксикации.

**Характер и степень тяжести психотического состояния А. А. обуславливали непосредственную опасность, как для себя, так и для окружающих, существенный вред здоровью вследствие**

**ухудшения состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи и таким образом, требовали госпитализации А. А. в недобровольном порядке 04.12.2008 – 18.12.2008 (ответ на 2-й вопрос).** Такие клинические особенности состояния подэкспертной, как острота состояния, стойкий бредовой аффект, напряженность, чувство страха, бредовые переживания неминуемой расправы, злобность, на высоте сопровождавшиеся состояниями психомоторного возбуждения с совершением агрессивных действий, направленных на разный круг лиц, определяли высокий риск совершения агрессивных действий, в том числе и в ближайшее время. Опасность для окружающих усиливалась при наличии патологических (личностных) особенностей. Кроме того, описанные особенности патологических расстройств предполагали возможность дальнейшего их углубления, усложнения симптоматики”.

На основании своей экспертизы, т.е. **без непосредственного общения с подэкспертной**, эксперты считали возможным диаметрально противоположным образом оценить психическое состояние подэкспертной по сравнению с первой экспертизой, основные доводы которой они не обсуждают, и которая основывалась на непосредственном контакте с подэкспертной, как первом необходимом условии квалификации психопатологических феноменов. Вместо этого эксперты придают совершенно другой смысл описаниям А. А. своих переживаний во время первой экспертизы, относясь с полным доверием к показаниям свидетелей стороны больницы, т.е. заинтересованных лиц, и отдают им приоритет. Таким образом, **эксперты сразу и полностью солидаризировались со второй версией.**

Придание принципиально другого смысла показаниям подэкспертной осуществляется очень просто: ее опасения **без всякого обоснования** называются “бредовыми”, а высказывания и поведение — “патологическими”, содержания — “персекуторными”, настроенность — “параноидной”. Эта процедура дает им возможность утверждать, что состояние А. А. “полностью соответствовало” “острому полиморфному психотическому состоянию”. Если “полностью соответствовало”, то как этого не увидели и не квалифицировали таким образом эксперты, которые непосредственно общались с А. А.? Оказывается, это “полностью соответствовало” и “показаниям свидетелей”.

Здесь важно отметить произведенную экспертами **подмену последовательности собственных действий.** Они подают дело таким образом, что имели место бредовые опасения, патологические высказывания, параноидная настроенность, что “в полной мере соответствовало показаниям свидетелей”, тогда как они с самого начала приняли за единственно верное показания свидетелей, на основании которых заключили о параноидной настроенности. Они пишут:

“аналогичное поведение отмечалось и сотрудниками скорой психиатрической помощи”, что **грубо противоречит документации**, так как скорая психиатрическая помощь квалифицировала “психопатоподобное поведение, алкогольное опьянение”. Эксперты **ско-роговоркой проходят самое ответственное ключевое место** — процедуру стационарирования, которую необходимо исследовать поминутно под увеличительным стеклом.

Кроме непосредственных свидетелей (заинтересованных лиц) эксперты ссылаются на то, что “отрицали психические нарушения у подэкспертной свидетели, которые не наблюдали подэкспертную при госпитализации” и на “единодушные диагностической оценки психотического состояния подэкспертной всеми консультантами”. Но консультанты исходили из презумпции доверия к исходным записям в истории болезни, т.е. показаниям все тех же свидетелей, не будучи посвящены во всеобъемлющий контекст ситуации и следуя позиции, изначально занятой больницей еще на приемном покое, хотя все они лично общались с А. А. и имели возможность узнать ее версию. После этого неизбежно вступают в силу и по ходу дела резко возрастают другие мотивы: честь мундира и т.п. Но эксперты не заметили, что их апелляция к тому, что “отрицали психотические нарушения у подэкспертной свидетели, которые не наблюдали подэкспертную при госпитализации”, противоречит тому, что и после госпитализации она высказывала ту же версию, которая трактуется ими как бредовая. Не смущает экспертов и то, что их не менее опытные коллеги расценивают это отнюдь не как психотическое расстройство, бред инсценировки и т.п. Получается, что им легче представить себе, что ведущий в стране специалист по психическим расстройствам при алкоголизме грубо ошибается в собственной сфере деятельности, чем допустить, что свидетели, явно заинтересованные лица, дали ложные показания. Такого рода перебор — достаточно ясное признание собственной тенденциозности.

Это подтверждает и одно из заключительных положений экспертов: “различие экспертных оценок комиссий СПЭ обусловлено, **прежде всего**, количеством дополнительных материалов при производстве повторной экспертизы...”. Это прямое искажение действительности: и сейчас, узнав об этих дополнительных сведениях, т.е. свидетелей со стороны отца детей (сотрудников ресторана и т.д.), эксперты первой комиссии остаются при своем первоначальном мнении, так как для них приоритетнее результаты непосредственного контакта с подэкспертной, а не свидетельство посторонних лиц, которых легко можно было ввести в заблуждение...

**В этой неравновесности, различной приоритетности имеющихся данных, в их ранжировании по адекватности и надежности, а не в рассмотрении**

**на равных, — выход из таких тупиковых ситуаций.**

### Было ли алкогольное опьянение?!

Третий вопрос суда — “могло ли состояние А. А., установленное при ее госпитализации, явиться следствием употребления спиртных напитков?” — эксперты переинтерпретируют, протаскивая свою диагностическую конструкцию: “описанное психотическое состояние, наблюдавшееся у А. А. в период госпитализации, не могло явиться следствием употребления алкогольных напитков”. Это был, по их мнению, не алкогольный психоз и “не вариант алкогольного опьянения, дополнительным подтверждением этого является сохранение психотических расстройств при выходе из состояния алкогольной интоксикации”. И еще: “Квалификация экспертами картины опьянения как простого классического опьянения не соответствовала описанию этого состояния, данного врачами скорой психиатрической помощи, специалистами больницы, показаниям свидетелей. Степень выраженности опьянения не соотносилась с дозой принятого алкоголя”.

Это безапелляционное радикальное заявление экспертов находится в грубом противоречии с документально зафиксированной квалификацией состояния А. А. при непосредственном контакте с ней в юридически значимый момент и врачом скорой психиатрической помощи, и врачом приемного отделения как “алкогольного опьянения”. Это уже **прямое введение суда в заблуждение**, так как фигурирует в качестве одного из ответов на вопрос суда. Что касается дозы выпитого, то это утверждение из числа затемняющих существо дела: имелась непосредственно воспринимаемая клиническая картина острой алкогольной интоксикации, смягченная тем, что А. А. в приемной покое вырвало. Эксперты первой АСПЭ квалифицировали это состояние намного более точно.

### Апофеоз непонимания или нежелание понимать?

Намного серьезнее критика, которой подверг заключение Центра им. Сербского проф. А. Г. Софронов. Опять-таки 17 страниц текста, тщательно рубрифицированного по всем правилам искусства. Но — по большому счету — это монументальный камуфляж, скрывающий существо дела, по отношению к которому все прочее — только приложение. Это, кстати, редкая по яркости иллюстрация такого рода критики.

Решительно защищая трактовку больницы, делая это на формально очень высоком уровне, автор ускользает от необходимости быть на таком же уровне в сущностном плане. В конце концов, мы же не адвокаты, наша задача — научная, а значит, непредвзятая экспертиза.

Хорошо известно, что труднее всего доказывать, что ты сам — не верблюд. И обычно идет борьба за то, кто кому должен это доказывать... **При научном подходе необходимо на равных рассмотреть обе версии, причем каждый раз в самом трудном для себя виде.** Этот фундаментальный принцип “заключение специалиста” проф. А. Г. Софронова не выдерживает, хотя декларирует “принцип равноправия диагностических гипотез” и даже адресует упрек в его несоблюдении к заключению первичной АСПЭ. Он всецело солидарен со стороной больницы, а позицию А. А. он вообще не рассматривает, а упоминает пренебрежительно, и события, которые она описывает, всякий раз сопровождается определением “якобы”: “якобы насильственные действия, совершенные с нею в ресторане”, “якобы события, предшествующие ее госпитализации”, и т.п. Он игнорирует, что изначально были приняты на веру показания свидетелей, которых А. А. обвиняла в насилии. Важно на равных провести в мысленном эксперименте обе версии до конца. Т.е. попытаться, при сравнительном анализе оценить весь диапазон “за” и “против” всех возможных ошибок, и особенно первую и главную из них — полное недоверие к показаниям А. А. А ведь поместить неговорящую А. А. в ПБ до рассмотрения дела о детях в суде бывшему мужу А. А. было очень выгодно. В потоке подобных дел фальсификации разного рода, в частности подкладывание наркотиков, — обычная история... Если же эксперты Центра им. Сербского проявили такой непрофессионализм, как это преподносит проф. Софронов, то зачем было прибегать к таким недостойным приемам, как скороговорка в отношении процедуры стационарирования и лечения, квалификация сохранения у А. А. до сих пор ее версии как бредовой без каких-либо признаков психоза, нарушение экспертами элементарного правила недоверности квалификации многих показателей в условиях алкогольного опьянения и аффективного возбуждения, как назначение очередных экспертов только с одной стороны, а впоследствии отсутствие переквалификации экспертизы лица на экспертизу документов, кулуарные переговоры представителя больницы Шерстинина С. Л. с судьей в день второй АСПЭ у нас на глазах и т.д. и т.п.

А. А. — человек, действительно, сложный, нестандартный, творческий, с высоким интеллектом, с эксцентричным аффективно-неустойчивым стеничным складом характера. С периода, когда разладились отношения с мужем, она заострилась в этих своих особенностях и была накануне разыгравшихся событий в состоянии длительного стресса.

Описываемая ею коллизия сама по себе вполне вероятна. В нашей практике немало случаев, когда мужья, а тем более их подручные, не брезгают никакими методами. Эти условия давно осложнили хрестоматийные описания психических расстройств. Проф. Софронов приводит множество ссылок на научные

работы, которые могут впечатлить судью, но доказывают лишь факт существования “транзиторных бредовых вспышек” как таковых.

**Из четвертого раздела “Заключения специалиста” проф. А. Г. Софронова:**

*“4. Выводы экспертов являются необоснованными и необъективными”.*

*“4.1....Вопреки существующим нормам производства экспертизы, эксперты игнорируют многочисленные конкретные описания врачами психопатологических феноменов в течение двухнедельного пребывания больной в стационаре, не дают никакой аналитической оценки им, ограничиваясь безапелляционным утверждением своей позиции, не подкрепленной никакими доказательствами”.*

*“4.2. Эксперты, предполагая у А. А. наличие какого-то реактивного состояния, не дают ему четкую и определенную диагностическую оценку. Реакция на ситуацию является диагностической категорией, относящейся к связанным со стрессом расстройством и требует соответствующей диагностической квалификации. Современная классификация психических и поведенческих расстройств МКБ-10 предполагает проведение дифференциального диагноза между острой реакцией на стресс, расстройством адаптации, другими реакциями на тяжелый стресс, посттравматическим стрессовым расстройством и т.д. Обязательным условием диагностики любого реактивного состояния является установление причинно-следственной связи с психотравмирующими обстоятельствами”.*

Заключение СПЭ должно соотноситься с понятностью для суда лексики и меры обобщенности диагноза, которая не меняет юридически значимых характеристик. В данном случае достаточно говорить об острой психогенной реакции в понимании Ясперса, добиваясь ясности, а не сознательно темнить дебрями не имеющих юридического смысла дифференциаций.

*“4.3. Эксперты фактически извращают причинно-следственные связи, декларируя, что все разнообразие поведенческих и психических нарушений, описанное в истории болезни, является реакцией А. А. на обстоятельства, предшествующие госпитализации, и факт госпитализации в ПБ. Нами уже анализировался факт восприятия и интерпретации А. А. ситуации так наз. “насилия в ресторане”. Аналогичным образом подменяются экспертами причинно-следственные связи и в заключении о реакции А. А. на недобровольную госпитализацию. Любой компетентный специалист, сталкивающийся на практике с недобровольной госпитализацией бредовых больных, по личному опыту знает, что возникновение бредовых расстройств создает “реальную объективно-сложную ситуацию”, что эти расстройства и возникающие вследствие них ситуации, в высшей степени субъективно значимы, а госпита-*



лизация и лечение таких больных воспринимается ими “как тяжелый стресс”. Поэтому столь произвольное обращение экспертов с объективными фактами, материалами дела делает их суждения недостоверными и бездоказательными”.

Этот пункт написан довольно мутно. Автор попросту хочет сказать, что любая недобровольная госпитализация воспринимается как тяжелый стресс, а у бредовых больных осложнена их бредовой системой. Но это не имеет никакого отношения к выводу, который он делает. “Объективные факты” приобретают смысл только в конкретном контексте событий. Похоже, что этот пункт написан в расчете на того, кто читает только выделенные жирным шрифтом концовки. Что касается анализа “факта восприятия и интерпретации А. А. ситуации “так наз. “насилия в ресторане”, то этот “анализ” сводится к такого рода комментариям: “давала противоречивые описания (то утверждала, что в нее вливали водку, то говорила, что пила сама под угрозами, то предлагала придумать другую “экстравагантную версию”), “высказывала различные опасения параноидного характера (ее обокрали, отравили, могли что-то подложить в сумочку и т.д.)”. Видно, что психопатологическая квалификация опережает необходимые при этом обоснования (как опасения превратились в бред?), не говоря уже об отсутствии противоречивости в этих примерах.

“4.4. Утверждая ведущее значение так наз. психотравмирующей ситуации (конфликт с бывшим мужем, спор о месте проживания детей), эксперты вместе с тем, эту ситуацию не исследуют, в клиническом интервью не уточняют, не звучат эти обстоятельства как психотравмирующие и при проведении психологического исследования. Следует обратить внимание и на следующий факт. К моменту выписки 18.02.08 “реальная объективно сложная и субъективно значимая ситуация” несколько не изменилась, однако состояние А. А. значительно улучшилось. Если вспомнить третий критерий Ясперса, реактивные образования редуцируются лишь после разрешения психотравмирующей ситуации. В данном случае мы, очевидно, имеем дело с эффектом антипсихотической терапии, что указывает на иную причину болезненных расстройств. Более того, 16.03.09 г. решением Приморского районного суда место жительства несовершеннолетних детей А. А. было определено совместно с отцом, а значит, “субъективно значимая ситуация”, которая, по мнению экспертов, являлась причиной негативного отношения испытуемой к мужу и врачам отделения, заострилась еще больше. Тем не менее, при исследовании психического статуса во время проведения экспертизы обследуемая “держится уверенно, корректно, чувство дистанции соблюдает... становится более спокойной, открытой... улыбается, смеется, шутит”. Эмоционально заряженные параноидные высказывания в адрес врачей и мужа не звучат,

наоборот “пытается найти психологически понятное объяснение его поведению, оправдать его”. Напрашивается естественный вопрос, почему идеи отношения, преследования, явившиеся, по мнению экспертов, “следствием реально объективно сложной и субъективно значимой ситуации”, не звучат на этот раз? Стереотипы личностных реакций не изменились, ситуация тоже. Очевидно, их манифестация в остром периоде, обусловившая необходимость недобровольной госпитализации, имела другие причины, устраненные в процессе антипсихотической терапии”.

Выражение “так называемая психотравмирующая ситуация” (!) больше свидетельствует о самом специалисте, не останавливаемом перед кощунством, а его утверждение, что к моменту выписки 19.12.08 “ситуация несколько не изменилась, однако состояние А. А. значительно улучшилось”, демонстрирует поразительную односторонность автора, так как ситуация решительно изменилась. Отец забрал дочь. Стационарирование в ПБ со всеми вытекающими последствиями уже состоялось, ее репутации, как побывавшей на лечении в ПБ, для Приморского суда о месте проживания детей уже нанесен урон. Общеизвестно, что ожидание негативного события действует сильнее уже совершившегося, и что реакция в первые дни тоже сильнее. Поразительна ссылка на “третий критерий Ясперса”. Больше полувек у нас ниспровергали эти критерии поодиночке, и вот до сих пор невдомек, что триада Ясперса — это система критериев, нелепо говорить о них по отдельности. Инъекционная терапия в первые дни помогла выспаться, а с переходом на таблетки не действовала, так как таблетки выплевывались. Автор даже не видит самого очевидного на переднем плане: А. А. до сих пор высказывает во всей полноте свои “параноидные идеи”, просто в нужные моменты диссимулировала их, что неоднократно отмечалось в истории болезни.

#### Острая психогенная реакция — результат акта насилия и акта стационарирования

Если объединить, а не противопоставлять обе версии, то прорисовывается довольно ясная и нередкая в наше время картина: в результате несговорчивости А. А., организуется ее помещение в ПБ посредством насильственного опаявания и ложных свидетельских показаний. Врач скорой психиатрической помощи квалифицирует ее состояние не более чем “психопатоподобное поведение, алкогольное опьянение”. А врач приемного отделения добавил к этому, опираясь на свидетельские показания: “параноидный синдром под вопросом”, без чего стационарирование было бы невозможным. В этом контексте описываемый А. А. “дикий страх”, пережитый ночью в отделении, когда она пришла в себя, отразил острую психогенную реакцию, которая целиком соответствует

триаде Ясперса (четкое совпадение начала и конца этой реакции с психотравмирующей ситуацией и соответствие ей высказываемых содержаний). Пережитое двойное насилие естественным образом вызывает гиперболическое ожидание очередных подобных действий, т.е. острую психогенную бредоподобную реакцию с паранойяльной трактовкой происходящего, с аффективным сужением сознания на высоте страха, с характерологически преломленными реакциями протеста, тем более, в сочетании в первые сутки с острой алкогольной интоксикацией. Вторичный характер таких реакций всегда на поверхности. Такие реакции всегда длятся ровно столько, сколько длится психотравмирующая ситуация и завершаются полным выздоровлением. В данном случае, психотравмирующим фактором было само содержание в ПБ, а его следствием — непсихотическая острая психогенная реакция, гомономная личности, т.е. вполне соответствующая ей. Как личностная реакция — это не болезненное состояние.

Таким образом, психиатры ПБ № 6 имели дело с симптоматикой, которую сами вызвали, доверившись ложным свидетельским показаниям, и изначально повернув в сторону односторонней версии. Наиболее вероятная диагностическая версия острой психогенной реакции личности даже не рассматривалась, дифференциальный диагноз с ней не проводился, все подозрения А. А. трактовались как параноидный бред, исходя из произвольного допущения, что все излагаемое ею невероятно, хотя это не более чем паранойяльные, правдоподобные содержания. Попытка трактовать отмеченную симптоматику как шизофреноподобную, а состояние после выписки как “качественную ремиссию”, а не выздоровление, совершенно несостоятельны. Описанное состояние А. А. вообще не носило психотического характера, не достигало такого уровня даже в рамках аффективного регистра, не говоря уже о галлюцинаторно-бредовом регистре. На следующее утро после стационарирования А. А. уже давала подробные анамнестические сведения о себе. Перед нами пример юридически (из целей и ценностей)<sup>2</sup> и психологически (из ситуации и характера)<sup>3</sup> понятной выводимости состояния А. А. в период двухнедельного стационарирования в ПБ.

Многочисленные частные придирики проф. Софронова к первому экспертному заключению<sup>4</sup> буквально топят и зашторивают главный вопрос судебного иска — правомерность недобровольной госпитализации

А. А. по пп. “а” и “в” ст. 29. Хорошо видно, что оба основания отсутствовали и были притянуты искусственно в связи с полным игнорированием версии А. А. и полным доверием к показаниям так наз. свидетелей. Никакой непосредственной опасности ни для себя, ни для окружающих А. А. не представляла. Из всех имеющихся описаний видно, что она собиралась защищаться, а не нападать. Надо было оставить ее в покое, предоставить самой себе. Никакая опасность не угрожала ее психическому здоровью. Следовало отвезти ее на ночь в общую больницу для инфузионной терапии, как это обычно повсеместно делается, и отправить утром домой. Но вместо этого, при выставленном диагнозе острой алкогольной интоксикации инфузионная терапия проведена не была. Т.е. риск здоровью создало неадекватное стационарирование в ПБ. Наконец, вызванное принудительной госпитализацией бредоподобное состояние врачи лечили мощными нейролептиками вместо выписки.

“Выздоровление” наступило не столько в результате этого лекарственного курса (таблетки А. А. выплевывала), сколько в силу форсированной выписки, благодаря активной позиции А. А. Чтобы объяснить сохранение у больной ее версии событий, сторонникам второй версии приходится натягивать диагноз шизофрении. Вот только забывается, что даже такой диагноз в данном случае несколько не меняет ответ на основной вопрос суда — недобровольная госпитализация по обоим пунктам “а” и “в” ст. 29 была неадекватна.

**Из заключения комиссии  
специалистов НПА России  
от 16 ноября 2009 года**

**Психическое состояние.** Обследуемая в ясном сознании, полностью ориентирована, контактна. Одежда опрятно, со вкусом, за внешностью следит, но выглядит несколько уставшей, напряженной. Цель обследования понимает правильно, поведение адекватно ситуации. Говорит торопливо, голос хорошо модулирован, интонации яркие, речь сопровождается жестиком, мимика живая, но улыбается редко, фиксирована на психотравмирующей ситуации, фон настроения снижен. На вопросы отвечает по существу, значимые события излагает последовательно, подробно, старается быть понятой, вызвать сочувствие. Категорически отрицает злоупотребление алкоголем.

<sup>2</sup> Ансамбль целей и ценностей адекватен, компактен, активен.

<sup>3</sup> Даже в состоянии тяжелого опьянения, не держась на ногах, с ослабленным контролем, и потом на протяжении всего времени пребывания в больнице А. А. демонстрировала не только целеустремленность, но и способность к диссимуляции, точнее способность войти и исполнить роль здоровой в понимании хозяев положения.

<sup>4</sup> Например, весь первый разгромный, на целую страницу раздел “Процедура производства экспертизы”, посвященный опечатке в дате исследований, предшествующих первой АСПЭ: 2.IV вместо 2.VI. Между тем, это сразу понятный в контексте *larsus linguae*, свое “Заключение специалиста” проф. Софронов вообще не датировал, исследовал один том дела, тогда как их три, и т.п.

Рассказывает, что 4 декабря 2008 г. она вылетела в Санкт-Петербург на переговоры по поводу детей (к этому времени сын проживал у отца, а она жила с дочкой), посредником в переговорах был некто Б. Они встретились в ресторане “Арагви”, который в тот момент был закрыт, как было написано “по техническим причинам”. В ресторане ее насильно, под угрозами напоили водкой и в состоянии тяжелого алкогольного опьянения госпитализировали в недобровольном порядке в ГПБ № 6. В больнице ее продержали две недели и 19.12.2008 г. выписали. В настоящее время продолжается судебное разбирательство по заявлению ГПБ № 6 о принудительной госпитализации. Ей проведена амбулаторная судебно-психиатрическая экспертиза в Центре им. Сербского, был сделан вывод, что недобровольная госпитализация была необоснованной, эксперты подтвердили свое мнение и в суде. Суд не согласился с мнением компетентной комиссии и вынес определение о проведении ей стационарной судебно-психиатрической экспертизы. Говорит, что в настоящее время адвокаты подали жалобу на это решение суда, и вторая экспертиза также, наверное, будет амбулаторной. Говорит, что одновременно у нее идет суд с бывшим мужем по определению проживания и воспитания детей, и другая сторона пытается использовать ее госпитализацию в психиатрическую больницу в этом процессе. Рассказывает, что сын последний год жил с отцом, а пока она была в больнице, бывший муж забрал у нее и дочь. Тяжело переживает разлуку с детьми и невозможность видеться с ними. Рассказывает, как рада она была, когда сын дважды звонил ей, при этом на глазах слезы. Беспокоится, что у сына сейчас переходный возраст, и он нуждается во внимании, а отец очень его балует. О детях говорит тепло, с любовью, беспокоится о них, при этом на глазах появляются слезы, начинает плакать, но быстро берет себя в руки и продолжает беседу. Считает, что если бы она смогла обсудить возникшие проблемы по проживанию, воспитанию и встречам с детьми с их отцом, то они смогли бы прийти к общему мнению. С надеждой говорит о том, что другая сторона в процессе по детям сейчас говорит о возможности мирового соглашения. Обратилась в НПА в связи с процессом по ее недобровольной госпитализации в психиатрическую больницу, но больше обеспокоена ходом судебного дела по детям. Настроение снижено, тревожится в связи со сложившейся ситуацией. Считает, что решающим фактором в решении дел в суде будет высокопоставленное положение ее мужа, чувствует свою незащищенность в этом плане, агрессивных тенденций не выявляет. В беседе постоянно возвращается к детской теме. Невозможность видеть детей, отсутствие информации о них является для нее наиболее значимой и психотравмирующей ситуацией.

Мышление последовательное, логичное, нарушение мышления не выявляет. Интеллект соответствует полученному образованию и образу жизни. Продук-

тивной психотической симптоматики и суицидальных мыслей не обнаруживает.

А. А. проведено **экспериментальное исследование личности тестом Роршаха**. Это исследование выявило *при обычном уровне активности* ( $R_{34}$ ;  $R_{8-10} > 30\%$ ), значительное повышение числа ответов по облегченному типу ( $A\% 45$  вместо не более 30), снижение разнообразия содержательных категорий, в частности, 34 % так называемых “инфантильных” ответов: фантазия, растения, природа, “рисунки”. Выражены снижение ответов по человеческим образам ( $H\% 8$ ), снижение комбинированных и кинестетических ответов ( $1 \text{ комб.} +; 2M+$ ), коартированный (суженный) тип формулы переживания ( $M:C=2:1,5$ ), повышенное число ответов по недифференцированной светотени ( $Ch 4$ ). На 4, 8 и 9 таблицы качество ответов резко падает. Много ответов дается с переводом в условный план и много указаний на симметрию. Такого рода сочетание показателей характерно для *непсихотической депрессии*.

*Уровень категориальной четкости ответов в пределах нормы ( $F\% 66$ ), отчетливо выражен аналитический тип по формуле восприятия ( $W - \underline{D} - DdS$ ). Мышление отличается значительной нестандартностью, высоким категориальным уровнем и высокими потенциальными, особенно аналитическими возможностями. Однако, индекс реалистичности снижен ( $IR 3$  вместо 6 – 7).*

Характерны снижение и непродуктивность контроля эмоций, осуществляемого по непродуктивному типу, и аффективная напряженность ( $1/2 FC < 1 CF$ ;  $F\% 90$ ), а также ответы по белому фону ( $S 3$ ), ахроматическому цвету, большое число отрицательных суждений ( $-Arb. 4$ ) и “инфантильных” ответов, активное манипулирование таблицами. Все это отражает *черты эксцентричной оппозиционной аффективно-неустойчивой инфантильной личности*.

Ответы на цветные таблицы осуществляются легко, быстрее, их больше и они лучше, что свидетельствует о том, что *мотивационный потенциал в пределах нормы*.

Таким образом, исследование наиболее информативным (в силу наличия как познавательных, так и аффективно-мотивационных показателей) и наиболее объективным (в силу непонятности для испытуемого, какой ответ “хороший”, а какой “плохой”) личностным тестом Роршаха выявило **отсутствие клинически значимой дезорганизации психической деятельности**. Отмечены разнообразные признаки субклинической депрессии, что актуально снижает потенциально качественно высокий уровень продуктивности психической деятельности и заостряет характерологические черты эксцентричной оппозиционной аффективно-неустойчивой личности. Однако степень выраженности этих черт не дает возможности говорить о каких-либо

рисках, необходимости терапии или ограничении деятельности.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** В результате проведенного исследования комиссия специалистов НПА приходит к выводу, что А. А. каким-либо психическим заболеванием не страдает, депрессивно-тревожная симптоматика обусловлена реакцией на психотравмирующую ситуацию и не требует недобровольного медицинского вмешательства. Недобровольное стационарирование в ПБ № 6 г. Санкт-Петербурга было необоснованным. Комиссия НПА России согласна с заключением судебно-психиатрических экспертов Центра социальной и судебной психиатрии им. Сербского. По своему психическому состоянию А. А. может понимать значение своих действий и руководить ими, может защищать свои интересы в суде, не представляет опасности для своих детей и может заниматься их воспитанием.

**Члены комиссии:**

врач-психиатр высшей квалификационной категории Г. М. Котиков,  
врач-психиатр высшей квалификационной категории Ю. С. Савенко,  
врач-психиатр Н. В. Спиридонова,  
медицинский психолог Л. Н. Виноградова

Однако, это заключение не было приобщено к материалам дела, так как не понравилось А. А. и ее адвокатам, и они не ходатайствовали о его приобщении.

**Преобразующая нас роль эксперта**

Заключение второй АСПЭ подписано пятью фамилиями, последовательность которых — напказ всем — демонстрирует чисто гримерское устранение фигуры председателя СПЭ. Вместо алфавитного порядка, подчеркивающего равенство мнений экспертов, иерархия которых подчиняется только доказательности этих мнений, перед нами жесткая вертикаль административной табели о рангах, здесь противоестественная: вначале директор, потом два профессора, потом простые эксперты, в свою очередь по должности. Итак, не только неравенство перед законом и правилами честной дискуссии, и даже не экспертный стаж, а должностное положение. Одно это задает казенную атмосферу бюрократического подразделения, а не ту, свободную от всех предвзятостей сосредоточенность на существе дела, те чувства свободы и ответственности, которые преобразуют каждого в роли эксперта, которые, собственно, и состав-

ляют необходимое условие подлинной экспертизы. В данном случае первому лицу — директору — досталась неблагоприятная роль свадебного генерала: располагая наименьшим судебно-психиатрическим экспертным стажем, он согласился нести основную ответственность за эту экспертизу.

**Продолжение следует, а пока...**

17 мая 2010 года усилиями прокурора и адвокатов кассационная жалоба в Санкт-Петербургский городской суд на решение районного суда об удовлетворении заявления ГПБ № 6 о принудительной госпитализации А. А. была удовлетворена, было принято новое решение — в удовлетворении заявления ГПБ № 6 отказать.

**Некоторые уроки**

Описанное дело поучительно во многих отношениях. В нем очень выразительно прозвучала необходимость последовательного введения рассматриваемого психического состояния во все более объемлющий ситуативный контекст в русле всех альтернативных версий. Важно искать возможности совмещения этих версий, критически относиться ко всем косвенным свидетельствам, помнить, что понятие “факт” — многозначный умственный конструкт, и что еще 100 лет назад Вильям Штерн экспериментально показал, чего стоят свидетельские показания...

Отечественным психиатрам важно постоянно анализировать опыт 60 – 80-х гг., перечитывать монографию Н. Г. Шумского “Диагностические ошибки в судебно-психиатрической практике” об этом периоде, не закрывать глаза на то, что современные попытки отрицать имевшие место злоупотребления психиатрией не случайны. Это свидетельство актуальности, неизжитости, более того, повторения того же сценария пока на гражданском поле. Чем восприятие показаний А. А. как параноидного бреда отличается от таких записей в старых историях болезни как “высказывает стойкие бредовые идеи относительно голода 1933 года”? Содержания “бреда” менялись от “контрреволюционного бреда” в начале советской власти до “антисоветского бреда” в период ее стагнации. В нашей недавней практике был случай, когда милиция сумела поместить в московскую психиатрическую больницу генерала МЧС. В истории болезни было записано: “называет себя генералом МЧС”, — и назначен галоперидол.

*Ю. С. Савенко*

## Обзор избранных публикаций Журнала Американской Академии психиатрии и права 2010, № 1

В. В. Мотов (Тамбов)

### Судебный психиатр, испытуемый и Интернет. Эстетика экспертного заключения. Психология “псевдокомандос”-убийства. Судебно-психиатрические аспекты DSM-V

В разделе “Специальные статьи” помещена работа под названием: **“Исследование психического статуса в эпоху Интернета”** (The Mental Status Examination in the Age of the Internet). Автор — Patricia R. Rescigno, JD, MD, клинический профессор психиатрии в медицинской школе университета Браун и бывший (2008 – 2009 гг.) президент Американской академии психиатрии и права.

Как отмечает автор, судебно-психиатрическая экспертиза может потребоваться в делах о преследовании или выслеживании в кибернетическом пространстве (cyberstalking), использовании Интернета на рабочем месте не по назначению (участие в сексуальных чатах, онлайн — играх, аукционах, покупках) и ряде других. Собирая анамнез, целесообразно выяснить, видит ли испытуемый какую-либо связь между тем, как он пользуется Интернетом и своими проблемами в социальной, психологической или профессиональной сферах. Например, за проблемным использованием Интернета (Problematic Internet use), обозначаемым также иногда, как “пристрастие к Интернету” (Internet addiction) или “зависимость от Интернета” (Internet dependence)), может стоять зависимость от психоактивных препаратов, расстройство в виде дефицита внимания с гиперактивностью, расстройство контроля импульсов (например, патологическая страсть к азартным играм), депрессия, тревога, одиночество.

Говоря об оценке соматического состояния испытуемого, автор замечает, что не следует упускать из виду, что проблемное использование Интернета, как это было показано в ряде исследований, может повышать риск развития тромбозов, судорожных припадков, приводить к нарушениям сна, пренебрежению правилами личной гигиены, появлению жалоб со стороны костно-мышечной системы. Физические дефекты и недостатки, способные в реальной жизни вызывать у их обладателя чувства приниженности, смущения, неуверенности в себе, могут иметь гораздо меньшее значение в кибернетическом пространстве и

подталкивать испытуемого к поиску социальных связей в Интернете. При ненормально низкой массе тела обследуемого психиатру, как замечает автор, необходимо выяснить, не является ли испытуемый участником Интернет-форумов, пропагандирующих анорексию. Отсутствие фотографии пользователя на сайте, где наличие фотографии — норма, может наводить на мысль о низкой самооценке, как это имеет место при дисморфомании, депрессии или расстройствах пищевого поведения.

Чрезмерно драматическое самописание или, например, представление себя в социальных сетях моделью для подражания может быть выражением истерических или нарциссических черт характера, а также маниакальной фазы биполярного расстройства.

Манипулятивное или враждебное поведение испытуемого в психиатрической беседе может наводить на мысль об его антисоциальном поведении и в киберпространстве (распространение клеветы, сексуальные домогательства, запугивание, частое посещение сайтов, пропагандирующих насилие и агрессию, поиски информации об изготовлении взрывных устройств или ядов). Тревожные личности, отмечает автор, могут избегать пользоваться Интернетом из-за нереалистичного страха перед хакерами, в то же время испытуемые с социальными фобиями могут предпочесть Интернет из-за возможности общаться, держась вдали от людей и оставаясь анонимным. Лица с обсессивно-компульсивными расстройствами нередко проявляют элементы ритуального поведения онлайн: “Я должен проверить email трижды до того как пойти спать”. “Киберхондрия” (чрезмерная активность онлайн в поисках информации, касающейся собственного здоровья) может в тяжелых случаях быть внешним проявлением имеющейся ипохондрии или другой психопатологии. Актуальные мысли о совершении убийства или самоубийства нередко находят выражение в угрозах, посылаемых на онлайн-форумы, а также в запросах на соответствующие темы в поисковых серверах.

Психозы в эпоху Интернета, как указывает автор, могут включать в себя бредовые идеи, касающиеся киберпространства, такие, например, как патологическое убеждение, что мысли и поступки испытуемого транслируются в Интернете и наблюдаются другими, что партнеры по чату — тайные агенты спецслужб и т.д.

В контексте пользования Интернетом описаны также деперсонализация и дереализация. Дерееализация может выражаться затруднениями в разграничении событий в виртуальном и реальном мире, размыванием границ между смоделированными и реальными переживаниями. Деперсонализация — в чрезмерной идентификации испытуемого с виртуальными характеристиками, такими как аватары (аватар — анимационный объект, представляющий пользователя в виртуальном пространстве). Неадекватное отождествление себя со своим аватаром или онлайн-персоной, как полностью сформированной альтернативной личностью, может появляться у лиц с диссоциативными расстройствами.

Автор обращает внимание на возможную связь непонимания испытуемым неуместности оставления материалов сексуального содержания на доступном детям домашнем компьютере со снижением качества суждений; то же относится и к игнорированию вероятных последствий многочасового участия в онлайн-аукционах с рабочего компьютера в рабочее время. Недостаток рассудительности при регулировании собственного присутствия в Интернете, как отмечает автор, может быть распространенной или даже ожидаемой характеристикой в подростковой среде, однако, подобная беспечность у взрослого может указывать на наличие психопатологии.

Судебному психиатру, обследующему испытуемого с признаками агрессивного поведения в Интернете, может быть задан вопрос, предоставляют ли угрозы, высказываемые в киберпространстве, действительную угрозу совершения насильственного преступления в реальной жизни? По мнению автора, в данном случае важно выяснить, как изменяется внутреннее состояние обследуемого после того, как он выразил свои агрессивные фантазии и намерения онлайн: испытывает ли он психологическое облегчение или усиление агрессии и враждебности? Отмечая, что для некоторых подростков Интернет — особое место, где они могут почувствовать то, чего лишены в реальной жизни — свою силу, уважение к себе и принадлежность к группе, автор обращает внимание, что несовершеннолетние, совершившие массовое убийство в школе в г. Коламбайн (Columbine), были незадолго до того лишены доступа в Интернет.

**“Осмысление судебно-психиатрического экспертного заключения как искусно написанного рассказа”** (Conceptualizing the Forensic Psychiatry Report as Performative Narrative) — одна из наиболее интересных публикаций, помещенных в разделе “Регулярные статьи”. Авторы: Ezra E. H. Griffith, MD,

Aleksandra Stankovic, MA and Madelon Baranoski, PhD (первый — главный редактор Журнала Американской академии психиатрии и права, профессор психиатрии и афроамериканских исследований в Йельском университете; остальные — преподаватели психиатрии в том же университете).

Авторы обращают внимание, что, в отличие от других медицинских специальностей, где письменный документ часто является лишь оформлением конечного результата, в судебной психиатрии письменное экспертное заключение само по себе конечный продукт. Владение мастерством письма фундаментально важно для судебного психиатра. Эксперт, по мнению авторов, должен делать нечто большее, чем аккуратно записывать факты и всесторонне оценивать их, используя научные знания и профессиональные навыки. Ему необходимо умение выражать свои мысли таким образом, чтобы формулировки могли выдержать придирчивый критический анализ, вербальную конфронтацию на перекрестном допросе и исключали возможность неправильного “перевода” с языка психиатрии на язык права.

В судебном процессе по уголовному делу, указывают авторы, обвинение концентрирует внимание на отдельном событии (преступлении), его последствиях, страданиях жертв. Жертва — доказательство преступления. Защита представляет другую перспективу, более богатое нюансами объяснение преступления, рассматривает преступление в контексте жизненного пути обвиняемого, подчеркивает запутанность взаимоотношений между преступником и жертвой и необходимость разделения ответственности и страданий между обоими. Для защиты — горемыка. Задача судебного психиатра — рассмотреть событие в контексте человеческой жизни и выявить его значение, используя психиатрические, психологические, культуральные и социологические конструкции. В конечном итоге такое значение может быть принято как “истинное” всеми действующими лицами правовой драмы: защитой, обвинением, судом, профессиональными коллегами, жюри и самим обвиняемым.

Язык — материал культуры. Об его использовании, замечают авторы, можно рассуждать во многом так же, как мы рассуждаем об использовании художником цвета или музыкантом — нот. Повествуя, рассказчик вовлекается в процесс выбора слов, с помощью которых он создает образы, культуральные формулировки, понятные читающему, поскольку воплощены в культуре, к которой принадлежат и рассказчик, и читатель. Эти образы, если представлены эстетически выразительно, могут быть почти что “видимыми”, “слышимыми”, “ощущаемыми”. С момента, когда судебный психиатр берет за ручку или садится за компьютер, чтобы рассказать историю человека, которого недавно обследовал, он, как пишут авторы, “пускается в смелое языковое предприятие”

— принимается за проект, требующий искусства быть убедительным. Ключевой элемент всякого исполнения — взаимодействие между исполнителем и аудиторией. Рассказ, создаваемый без учета его вероятного влияния на читателей, вряд ли убедит кого-либо в чем-либо. По мнению авторов, судебным психиатрам не следует упускать из виду следующее обстоятельство: судебно-психиатрическое заключение должно быть написано так, чтобы пробудить интерес у тех, кто будет с ним знакомиться, и не оставить у них никакого сомнения в его высоком качестве. Представляется маловероятным, пишут авторы, чтобы кто-то выразил желание платить эксперту за заключение, которое не имеет шанса убедить даже наиболее положительно настроенного читателя.

В связи с этим, напоминают авторы, полезно держать в уме высказывание Hollander о классических элементах риторики: этос (компетенция пишущего), пафос (стиль изложения) и логос (связность аргументов), помогающих рассказчику достичь убедительности изложения. Судебный психиатр обращается к своей профессиональной компетенции, когда утверждает что-либо в своем заключении. Он полагается на пафос, выбирая слова, языковые повторы, сравнения. И, наконец, он понимает, что экспертное заключение, чтобы выдержать скрупулезный критический анализ, должно быть логичным и внутренне согласованным.

В разделе “Анализ и комментарии” представлена статья **“Убийца типа “псевдокоммандос” и массовое убийство: Часть I, психология мести и уничтожения”** (The “Pseudocommando” Mass Murderer: Part I, The Psychology of Revenge and Obliteration). Автор — James L. Knoll, IV, MD — руководитель программы по судебной психиатрии в SUNY Upstate Medical University (штат Нью-Йорк). В данном номере Журнала помещена первая часть статьи.

Термин “псевдокоммандос” (англ. *commando* — член специальной диверсионной группы) был введен в употребление для описания преступника, совершающего заранее подготовленное массовое убийство. “Псевдокоммандос” убивает в дневное время, на виду у всех, не выбирая жертв. Он появляется на месте планируемого преступления часто в камуфляже или военизированной одежде, с мощным арсеналом оружия.

Автор рассматривает “псевдокоммандос-убийство” в качестве разновидности “убийства-самоубийства” (homicide-suicide), т.к. преступник планирует не только убивать, но и быть убитым, иногда собственными руками. Как указывает автор, убийство-самоубийство — особая, редкая категория убийств (часто 0,2 – 0,38 на 100 000 чел. ежегодно), когда убийца затем (обычно в течение 24 часов) совершает суицид. Формально убийство-самоубийство типа “псевдокоммандос” считается массовым, если количество

жертв составляет не менее 4 в одном месте и в одном инциденте.

Автор обращает внимание, что в литературе нет убедительных доказательств связи серьезного психического заболевания и массового убийства. Ретроспективный анализ показывает, что хотя у лиц, его совершающих, может обнаруживаться депрессия, расстройства психотического уровня — редкость. В качестве основного мотивообразующего элемента псевдокоммандос-убийства автор называет месть, отмечая, что с библейских времен почти в каждой культуре “оправданное” отмщение имело “статус священной обязанности” и характеризовалось “карательной функциональной симметрией” (“око за око”).

По мнению автора, на данной ступени нашей эволюции, покушение на чувство собственного достоинства человека вызывает ответ, аналогичный покушению на его жизнь. Наше “я” определяет себя в пространстве, наполненном социальным содержанием. Наша самооценка связана с оценкой нас другими. Человек, чье “я” хрупко или дискредитировано унижением, может “вскармливать в себе” деструктивный гнев против других, который, в конце концов, трансформирует этого человека в мстителя. “Действительно, — замечает автор, — фрустрация потребности сохранения твердого ощущения собственного “я” часто становится источником наиболее фанатичного насилия”. Сильный гнев способен мощно фокусировать внимание человека и затруднять возможность сосредоточиться на чем-либо другом. Как это может иметь место в случае псевдокоммандос, его наполненные гневом мысли генерируют порочный круг: чем больше он думает, тем более наполняется гневом, и чем более разгневан, тем труднее ему думать о чем-то другом. Такого рода особенности мышления псевдокоммандос подрывают его способность неискаженной оценки смысла жизни и сублимации агрессии. По мере приближения к воплощению своих фантазий в реальность, он проходит через процесс признания необходимости пожертвовать своей жизнью. Инстинкт самосохранения легче преодолевается, когда сформировалось убеждение, что

“я” уже мертво и смерть его физического тела — лишь неизбежность, имеющая незначительные последствия. Достигнув этой стадии внутренней готовности пожертвовать собой, он, как водоворот, втягивает в себя и рекомбинирует всю информацию в направлении укрепления мотивов его мстительных фантазий. В определенный момент времени принимается окончательное решение о реализации плана мести и начинается формулировка предсмертного обращения к остающимся жить. Такое обращение имеет для псевдокоммандос важное значение. Он понимает, что его слова могут стать единственным свидетельством, объясняющим мотивы его действий и, возможно,

заставят потрясенных людей оплакивать его “героическое самопожертвование”.

Еще одна статья из раздела “Анализ и комментарии” называется “**Одинокое заключение и психические заболевания в тюрьмах Соединенных Штатов: трудная задача для медицинской этики**”. (Solitary Confinement and Mental Illness in U. S. Prisons: A Challenge for Medical Ethics). Авторы — Jeffrey L. Metzner, MD, клинический профессор психиатрии в медицинской школе университета штата Колорадо и Jamie Fellner, Esq., старший юридический консультант американской программы по контролю за соблюдением прав человека (Human Rights Watch).

Как отмечают авторы, психиатры, работающие в американских тюрьмах, сталкиваются с трудностями, связанными с субстандартными условиями труда, двойной ответственностью (перед пациентами и работодателем) и несоответствием требований рациональной медицинской практики режиму и культуре тюрьмы. В последние годы тюремные врачи все чаще встречаются с новой проблемой — длительной одиночной изоляцией заключенных с психическими заболеваниями.

Одинокое заключение труднопереносимо и, как указывают авторы, может причинять страдания, сопоставимые с возникающими при физических пытках. Неблагоприятные последствия такой изоляции в особенности значительны для лиц с психотическими симптомами и/или значительными функциональными нарушениями. Стресс, отсутствие значимых социальных контактов, неструктурированный день могут усиливать психопатологическую симптоматику или провоцировать рецидив. Суициды в сегрегационных секциях тюрем непропорционально часты.

Авторы обращают внимание, что использование одиночной сегрегации значительно участилось по мере нарастания в пенитенциарных учреждениях количества заключенных с психическими заболеваниями. Изначально предназначенные и ранее функционировавшие как места наказания, тюрьмы к настоящему времени стали *de facto* психиатрическими учреждениями, неспособными, однако, обеспечить своих пациентов адекватной психиатрической помощью. Авторы ссылаются на ряд исследований, показывающих, что от 8 до 19 % заключенных американских тюрем имеют психические расстройства со значительными функциональными нарушениями и еще 15 – 20 % требуют той или иной формы психиатрического лечения. У таких лиц часто нарушена способность справляться со стрессом тюремного заключения, они труднее приспосабливаются к строго регламентированному режиму и чаще нарушают его. Между тем тюремная администрация реагирует на их нарушения, обычно, таким же образом, каким она реагирует на нарушения заключенных, не имеющих психических расстройств: когда нет ожидаемого эффекта от мягких санкций, применяются более жест-

кие, в результате лица с серьезными психическими заболеваниями оказываются в сегрегационной секции тюрьмы в одиночных камерах.

Ссылаясь на исследования международных правозащитных организаций и экспертов по правам человека, авторы указывают, что одинокое заключение может достигать степени жестокого, бесчеловечного и унижительного обращения и нарушать Международную конвенцию по гражданским и политическим правам и Конвенцию против пыток и другого жестокого, бесчеловечного и унижительного обращения или наказания. Рассуждая о том, что в подобной ситуации является этически оправданным для психиатра пенитенциарного учреждения, авторы приходят к следующему выводу. Необходимо: во — первых, оказание психиатрической помощи нуждающимся в ней заключенным, помещенным в одиночные камеры; во-вторых, усилия в направлении изменения политики одиночной сегрегации заключенных с психическими заболеваниями в данном учреждении; в-третьих, при безуспешности таких усилий, обращение к активной публичной защите.

Авторы понимают, что предание гласности фактов злоупотреблений и активное требование изменений опасных тюремных практик может создать для врача серьезные проблемы, угрожать возможности сохранить работу, а потому призывают коллег действовать не в одиночку, но вовлекать в процесс профессиональные медицинские организации. Авторы полагают, что и Американская психиатрическая ассоциация, и Американская медицинская ассоциация, имеющие значительный вес и влияние в обществе, могут сделать больше в деле поддержки психиатров, стремящихся изменить сегрегационную политику и стимулировать переосмысление использования изоляции в американских тюрьмах.

“**Судебные риски DSM-V и как их избежать**” (The Forensic Risks of DSM-V and How to Avoid Them) — одна из двух редакционных статей рассматриваемого номера журнала. Автор — Allen Frances, MD, заслуженный профессор психиатрии в университете Дюка, руководил рабочей группы, готовившей DSM-IV.

Как отмечает автор, всякий пересмотр классификации психических расстройств несет в себе риск создания непредвиденных судебно-психиатрических и юридических проблем. Проблемы возникают от того, что ни одна из трех основных целей создания DSM (улучшение качества клинической, исследовательской и образовательной деятельности) не адресована использованию классификации в судебной ситуации. Озабоченности, связанные с возможным неправильным пониманием психиатрической классификации юристами, не являются приоритетными для рабочей группы. Члены рабочей группы выбираются, благодаря особому вкладу в исследования в их собственной, обычно узкой области и, по мнению автора, как пра-



вило, довольно наивны в вопросах на пересечении психиатрии и права, а потому не предполагают, что интерпретация DSM юристами и психиатрами может существенно различаться. Даже когда набор диагностических критериев и текст классификации сформулированы и изложены с логичностью и связностью, достаточной для клинических, исследовательских или образовательных целей, формулировки не всегда выдерживают строгий юридический анализ — юристы скрупулезно анализируют каждую фразу на наличие значения, никогда не предполагавшегося теми, кто пишет преимущественно для психиатрической аудитории.

Вспоминая процесс подготовки DSM-IV, автор отмечает, что рабочей группе, несмотря на чрезвычайно острожный подход к изменению диагностических критериев и привлечение консультантов по юридическим вопросам для анализа значения каждого слова в каждом наборе предлагаемых диагностических признаков, не удалось избежать ошибок: внешне незначительное редакционное изменение (“или” на “и”) в диагностическом определении парафилии привело к не предполагавшейся авторами возможности интерпретации насильственного полового акта в качестве симптома психического расстройства. Результатом стало облегчение недобровольной психиатрической госпитализации на неопределенный период времени сексуальных насильников сразу после отбывания ими тюремного наказания за изнасилование. “Благовидные аргументы в этом вопросе социальной политики, — пишет автор, — могут быть приведены обеими сторонами. Однако подобный результат никак не имели в виду те, кто осуществлял редакторскую правку. Он представляет собой чрезвычайно нежелательное, случайное, неосторожное и ненамеренное последствие, явившееся незвано и почти по воле случая выпавшее из поля зрения нашего очень тщательного анализа”.

Насколько безопасен в этом смысле готовящийся проект DSM-V?

По мнению автора, члены рабочей группы DSM-V охвачены “нереализуемыми амбициями — произвести смену парадигмы в психиатрической диагностике”. В своем стремлении к переменам они упускают из виду, что “ для всякого нововведения вероятность непредвиденных юридических последствий выше, чем для старого, проверенного практикой”. Автор упрекает разработчиков в создании обстановки секретности, препятствующей “постоянному обмену информацией, который защитил прежние DSM от многих ошибок”. “Я не думаю, — продолжает автор, — что рабочая группа DSM-V включает кого-либо, имеющего достаточный опыт в чрезвычайно деликатном искусстве формулирования [диагностических] критериев. Ставшие известными несколько наборов таких критериев демонстрируют внутреннюю несвязность и внешнюю несообразность... Сбивающие с толку

критерии — рецепт для создания путаницы при их применении в судебной ситуации... Всякий, для кого важна судебная психиатрия, должен попытаться найти пути спасти DSM-V от самой себя”.

Автор указывает на три возможных направления влияния на закрытый процесс формирования DSM-V. Первое — согласованные действия со стороны всех подразделений Американской психиатрической ассоциации (АПА), имеющих отношение к применению классификации в судебных, страховых ситуациях, а также в сфере нетрудоспособности с целью добиться от руководящих структур АПА права систематически просматривать и анализировать все предлагаемые изменения в проект классификации. Далее — формальное давление организаций, не относящихся к АПА, но заинтересованных в получении документа, который бы был безопасен и полезен в судебной системе. Как отмечает автор, АПА лишь по исторической случайности имеет временный контроль над психиатрической классификационной системой в США. И если АПА не сможет произвести на свет качественный документ, замена ей может быть всегда найдена. АПА, по мнению автора, должна быть чувствительна к такого рода риску и относиться серьезно к любому предложению по участию в совершенствовании классификации, исходящему от заинтересованных групп вне АПА. Автор также полагает важным, чтобы возможно большее число судебных экспертов внимательно прочитало каждое предложение рабочей группы, и высказало мнение о том, могут ли, и если да, то каким образом, предложения рабочей группы быть неправильно интерпретированы юридической системой.

Другим фокусом внимания судебно-психиатрического сообщества должно стать, по мнению автора, уточнение формулировок двух предостережений во введении в DSM-IV-TR. Оба касаются практического использования ключевых терминов и возможности расхождения в понимании их психиатрией и правом. Первое предостережение состоит в том, что понятие “психическое расстройство” внутренне неопределенно, размыто, ему никогда не было дано четкого определения ни психиатрами, ни юристами, а потому оно может получить разное значение в разных дисциплинах и юрисдикциях. По мнению автора, чтобы избежать путаницы, подобной той, что возникла с парафилией, необходимо детальное разъяснение терминов с иллюстрацией примерами. Второе предостережение сводится к следующему: наличие психического расстройства само по себе не означает утрату ответственности в юридическом смысле. Автор обращает внимание, что при установлении ответственности за конкретное поведение психическое расстройство принимается во внимание, однако, мера ответственности определяется в большей степени правовыми концепциями. Используемая клиническая терминология в некоторых

наборах критериев и в тексте DSM-IV-TR создает путаницу в отношении ответственности. Например, формулировка DSM-IV-TR для наркотической зависимости включает фразы: “компульсивное употребление наркотиков” и безуспешные усилия “контролировать употребление наркотиков”. По мнению автора, необходимо специально подчеркнуть, что указанная формулировка подразумевает не то же самое, что понимается под утратой контроля или ответственности в правовом смысле. Необходимо выразить более ясно различия в понимании этих терминов в клинической и юридической ситуации.

“Предупреждая о возможности неправильного применения психиатрической классификации, пишет автор, — мы также осознаем, что таким предостережением можно злоупотреблять, в частности, утверждая, как это делают иногда юристы, что психиатрический диагноз не играет никакой роли в правовых решениях. По этой причине мы также указывали, что в судебной ситуации психиатрическая классификация может быть ценна тем, что дает возможность стандартизованного и более надежного метода диагностики психических расстройств, содержит перечень характерных признаков психических расстройств, препятствует появлению необоснованных

умозрительных построений, дает представление о динамике психических расстройств”.

В заключении автор еще раз призывает рабочую группу снять завесу секретности и дать возможность специалистам, знающим судебную систему, тщательно изучить проект: “Одно своевременное исправление сейчас спасет от многих лет судебных кошмаров в будущем”.

От себя замечу, что АПА в последнее время продемонстрировала стремление сделать процесс подготовки DSM-V более прозрачным: в частности, открыла и поддерживает специальный вебсайт ([www.dsm5.org](http://www.dsm5.org)), где любой желающий может ознакомиться с предложениями рабочей группы (до 20 апреля 2010 г. имел возможность также и комментировать, дополнять их, размещать собственные формулировки).

Внимательно просмотрев рекомендуемые изменения (а они значительны, если не сказать, радикальны и касаются как мультиаксиальной системы построения диагноза, так и содержания большинства разделов действующей DSM-IV-TR), трудно не согласиться с тезисом автора, что рабочая группа намеревается “произвести смену парадигмы в психиатрической диагностике” (автор, правда, считает подобные “амбиции” разработчиков “нереализуемыми”).

## **Рекомендуем!**

### **Новый профессиональный журнал НЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ВЕСТНИК (журнал им. В. М. Бехтерева)**

Тем самым возобновляется журнал, основанный В. М. Бехтеревым еще в 1893 году и выходивший до 1918 г. Всего было выпущено 24 тома. Журнал посвящен нейронаукам — психиатрии, неврологии, медицинской психологии, наркологии, психотерапии, нейрофизиологии и др. Планируется превратить новое издание в журнал современного европейского уровня с включением его публикаций в международную систему цитирования: Scopus, Web of Science, Pub Med, Springer и др.

**Главный редактор — Владимир Давыдович Менделевич (Казань)**

**Сайт журнала: <http://www.infamed.com/nb/>**

# ПСИХОТЕРАПИЯ

## XV Консторумские чтения

18 декабря 2009 года в Москве в наркологическом диспансере № 1 состоялась XV-ая ежегодная научно-практическая конференция “Консторумские чтения”. Тема конференции — “трихотомия (дух, душа, тело) в психотерапии”. Конференция, как и прежде, была организована обществом клинических психотерапевтов НПА России (председатель общества — М. Е. Бурно, заместитель председателя — Б. А. Воскресенский). Как обычно, первые два отделения конференции (с перерывом на чай) содержали в себе доклады, обсуждения докладов, дискуссии. В третьем, вечернем, отделении психотерапевтический реалистический театр (НПА России, наркологический диспансер № 1, кафедра психотерапии и сексологии РМАПО) дал традиционный концерт. Как обычно, выступали пациенты и психотерапевты со своими произведениями или исполняя произведения друг друга. Не посвященному в жизнь театра (частицы терапии творческим самовыражением) весьма трудно было определить, кто тут пациент, а кто психотерапевт. Руководитель театра — М. Е. Бурно, художественный руководитель — Инга Юрьевна Калмыкова.

Открывая конференцию, М. Е. Бурно отметил, что одухотворенная клиническая психиатрическая психотерапия (с ее светлыми гранями созвучия с феноменологической психиатрией) уже давно приютилась в Независимой психиатрической ассоциации России среди окружающих клиницизм в психиатрии со всех сторон сегодняшней психологически-ориентированной (в широком смысле) психотерапии и сугубо технической психотерапии. Приютилась в виде наших ежегодных Консторумских чтений, в виде ежемесячных клинко-терапевтических конференций (с подробным разбором больных) в Преображенской больнице на Матросской тишине.

В своем вступительном слове Президент НПА России Юрий Сергеевич Савенко поздравил участников конференции с продолжающимися Консторумскими чтениями под портретом Семена Исидоровича. Ю. С. Савенко отметил, что слово “трихотомия” в названии конференции подчеркивает многослойность психиатрии, психотерапии как части психиатрии. Эта многослойность — не есть амальгама, нечто аморфное. Это — структурированное целое. Сегодня говорят о биопсихосоциальной модели. Социальное здесь имеет место на всех слоях, у него есть даже биологические, генетические корни.

Психиатр, психотерапевт Юрий Иосифович Полищук в докладе “О значении фактора духовности в психиатрии и психотерапии” сказал следующее. “Целост-

ная и всесторонняя оценка личности психически больного человека должна проводиться с учетом состояния его духовной сферы, которая является основным ядром и стержнем всей личности. Однако российскими психиатрами состояние духовной сферы, духовного здоровья в его соотношении с психическим здоровьем почти не изучаются. Не принимается во внимание указание Д. Е. Мелехова на то, что диагноз духовного кризиса личности должен служить дополнением к психиатрическому диагнозу.

Важной составной частью духовной сферы личности является моральное сознание, нравственные идеалы и чувства. Большинство психиатров не интересуется состоянием моральной сферы больных. Моральные травмы не выделяются и не изучаются в контексте психогенеза и персоногенеза психических расстройств, несмотря на указания С. С. Корсакова, Э. Фромма, В. Франкла о важной роли моральных травм в происхождении невротических и депрессивных расстройств. Моральные травмы занимают большое место среди причин самоубийства, которое часто совершается в результате оскорбления и унижения достоинства личности, острых угрызений совести, тягостных переживаний своей вины.

Другой составляющей духовной сферы личности является религиозное сознание, религиозная вера. Нами в результате специальных исследований и наблюдений были установлены многочисленные факты нанесения ущерба психическому здоровью и личности людей, вовлеченных в деструктивные религиозные неокульты. Этот ущерб в форме сверхценных или паранойальных идей, аффективных расстройств и расстройств личности наступал в результате изнурительных “духовных” практик, приводящих к развитию состояний измененного сознания, в частности, экзистенциальных с возникновением зрительных и слуховых галлюцинаций, сенестопатий, деперсонализационных расстройств. В ряде наблюдений наступали обострения и рецидивы эндогенных психических расстройств. Вместе с тем, православная религиозная вера может оказывать благоприятное влияние при депрессиях, патологических реакциях горя, невротических расстройствах. Эффективность разнообразных методов терапии духовной культурой убедительно свидетельствует о важной роли духовной сферы личности в развитии, с одной стороны, и преодолении, с другой стороны, многих психических расстройств”.

Психиатр, психотерапевт Борис Аркадьевич Воскресенский счел необходимым существенно отойти от первоначально подготовленного текста доклада “Ду-

ховные аспекты преподавания психиатрии и психотерапии” и продолжить размышления о трихотомии, духовности и религиозно ориентированной психотерапии (текст заявленного доклада предполагается опубликовать на страницах нашего журнала). Опираясь на известную работу Д. Е. Мелехова (“Психиатрия и проблемы духовной жизни”), Б. А. Воскресенский предложил собственное определение слагаемых трихотомии, охарактеризовав ее в целом, применительно к врачебной деятельности, коллизиям диагностики и лечения как клиническую. Докладчик подчеркнул, что “сфера духовного (ценности, смыслы — религиозные, общечеловеческие-культуральные, научные, общественные, личные, ориентированные или созидательно или разрушительно) не входит в компетенцию врача-психиатра. Психические расстройства — это нарушение (разрушение) душевных процессов (эмоции, воля, мышление и проч.). Духовные и телесные отклонения при них также возможны, но они вторичны. Вторжение врача в духовную сферу пациента легко может превратиться в навязывание последнему личных склонностей и пристрастий, а скорее всего — точки зрения, декларируемой в данный момент государством. Вместе с тем духовно, религиозно ориентированная психотерапия вполне возможна, очень часто она оказывается по-своему эффективной (достигается духовное, но, увы, далеко не всегда душевное и телесное улучшение, выздоровление), однако ведущая роль здесь принадлежит самому пациенту, “преморбидно” предрасположенному к тому или иному ценностному поиску, стремлению, пути”.

Медицинский (клинический) психолог Елена Александровна Добролюбова в докладе “Полифоническая фотография” сообщила следующее. “Практика показывает, что в Терапии творческим самовыражением пациентов с шизотипическим расстройством и больших шизофренией (полифонистов) целесообразнее делать акцент — *при обсуждении их творческих работ* — на ценностях последних, а не на том, как звучат в них душевные расстройства. Ценность видится в принадлежности полифонических художественных произведений к области фантастики в искусстве — не так называемой “научной”, то есть говорящей о том, что *в принципе* может быть, а той, которую словари определяют как повествование *о таинственно-невозможном, загадочно-немыслимом, сверхъестественно-нелогичном*. Определение фантастики, которое предлагаю для обозначения полифонического художественного творчества, шире понятия сказка (прежде писала о ней). Полифониста Босха сказочником не назовешь, но фантаст он — определенно. С другой стороны, сказки (в отличие от фантастики) бывают и синтонные, и аутистические...”

Еще одно уточнение: не любое полифоническое произведение — эмблема, а лишь то, которое — сгущенное страдание, передаваемое, в сущности, универсальными средствами, а потому легко — как обыкновенная эмблема — прочитываемое. И далеко не каждая полифоническая работа — трагична. Возможно, впечатление трагичности возникает у реалистического

зрителя (читателя, слушателя), останавливающегося на “мертвостности” полифонического произведения, но не принимающего во внимание, что эта особенность есть *средство создания фантастического мира*, без нее получится реализм либо идеализм.

Есть реальность — обыденность-действительность, другая — которую считают истинной аутисты — Дух, третья — мир, созданный полифонической душой, а в патологии — всей симптоматикой шизофрении, — “параллельный мир”. Авторами он ощущается и передается либо как не всем доступная реальность, либо как фантазия, но имеющая большее значение, чем действительное.

Фантаста трудно назвать истинным материалистом, потому что для него главное — не вещественное; невозможно назвать его и аутистом, потому что для него первичен не Дух, а душа. Полифонист сосредоточен, если можно так сказать, на *душевном*, на работе своего особого внутреннего мира. Это — фантастический реализм. Для неполифонического восприятия их произведения оказываются и материализмом, и идеализмом одновременно. Так как, с одной стороны, изображают жизнь некоего материального мира (одно из определений которого — “тонкий мир”), а с другой, этот мир, будучи плодом фантазии, есть идеальное. Получается идеальное, объект которого — материальное. Не объективное (в отличие от аутистического Духа), а субъективное. *Полифоническое* произведение — не *духовная*, а *душевная* реальность; автор ее — субъективный *реалист*. Художники-материалисты передают мир через себя, а полифонисты — себя — через мир. Они часто говорят, что фотографируют свое состояние. Реалист же стремится передать прежде всего нечто сущее, материальное, предметное, незаметно для себя окрашивая его своей индивидуальностью, настроением. Для передачи состояния (то есть идеального) необходим символ. Символ, таким образом, может быть не только аутистический, но и полифонический.

Изображения на картинах художников иных характеров мы узнаем, изображения же полифонистов чаще всего узнать невозможно — именно по причине предельной субъективности их содержания”.

Докладчик обосновывала перечисленные положения с помощью сравнения художественных фоторабот авторов разных характеров. Участники конференции рассматривали выразительные слайды фоторабот пациентов на экране.

В докладе психиатра, психотерапевта **Антон Марковича Бурно** “Терапия искренним намерением” рассказывалось о разработанной автором методике, названной им “Терапией искренним намерением”. “Методика предназначена для психотерапевтической помощи тревожным людям, испытывающим трудности в выборе “правильного” поведения в личностно значимых ситуациях”. Анализируя конкретные психотерапевтические случаи, докладчик обнаруживает в переживаниях этих пациентов две душевные тенденции — “принуждающее намерение” (ПН) и “искреннее стремление” (ИС). “Оба намерения не противоположны, то есть не конфликтуют между собой и действуют в од-

ном направлении: успешная реализация ПН облегчила бы реализацию ИС. В то же время они существенно отличаются друг от друга. ИС ясно не осознается, но при возможном осознании имеет четкий алгоритм действий, реализуется спонтанно, как бы само собой, является конституционально-характерологически обусловленным и воспринимается как *естественно-присущее* пациенту душевное движение, проявление его *внутренней природы*. ПН, напротив, находится в центре внимания, не имеет понятного алгоритма действия, требует усилий, связано с субъективным ощущением контроля со стороны “Я”, воспринимается как *самопринуждение, требование* к себе, обусловлено представлением об абстрактной социальной “норме”. Таким образом, в поле сознания оказывается аффективно насыщенное стремление, не имеющее четкой генетической программы исполнения и, стало быть, не способное к успешной реализации”. Докладчик считает, что “причиной того, что искреннее стремление оказывается без внимания, является вера в самоопределение воли вкупе с биологической тревожностью: посредством представления о самоопределении диффузная тревожность опредмечивается в принуждающее намерение”. «Целью терапии является осознание искреннего стремления, то есть превращение последнего в искреннее намерение. Этапами терапии являются идентификация и формулировка ПН, выявление стремлений с ним связанных, поиск среди последних стремления, удовлетворяющего критериям ИС, терапевтическое “прислушивание” к искреннему стремлению, ведущее к спонтанному выбору, происходящему “без усилий”». А. М. Бурно считает, что “Терапия искренним намерением” может использоваться в качестве методики психологического консультирования, а также может служить способом самопознания, самовыявления, самоизучения в личностно-ориентированной клинической психотерапии.

Специалист по социальной работе **Наталья Николаевна Катречко** в докладе “**Особенности социальной реабилитации в общем женском психиатрическом отделении**” сформулировала “основные задачи” реабилитационной работы в указанном выше отделении. Это: 1) познание себя (особенности личности, взаимодействие с другими и реагирования на события в жизни); 2) на основе имеющихся способностей развитие новых; 3) проявление себя — возможность увидеть продукт своей деятельности, что очень важно для людей, которые не работают”. Докладчик перечислила и методы работы: групповая работа — арт-терапевтические группы, группы совместные (несколько отделений), концерты, спортивные мероприятия, экскурсии в музеи; индивидуальная работа — поддерживающие беседы.

Используя, активизируя профессиональный опыт пациентов, Н. Н. Катречко организует лекции по искусствоведению, обучающие курсы по английскому языку и рисованию. Такая работа помогает пациентам увидеть себя в другом контексте и расширяет жизненные перспективы.

Психиатр, психотерапевт **Надежда Леонидовна Зуйкова** в докладе “**О клинической психосоматике и клинической психосоматической психотерапии**” сообщила, что клиническую психотерапию психосоматических расстройств, по ее мнению, следует называть клинической психосоматической психотерапией и разрабатывать, развивать как новое психотерапевтическое направление в медицине, что уже и происходит на руководимой ею клинической кафедре. “Это — область клинической психосоматики, в отличие от западной психосоматической медицины, основанной на психоаналитических и других психологических концепциях. Клиническая психосоматика конкретно опирается не только на соматическую клиническую картину, невротические реакции пациента, но и на конституциональную личностную почву психосоматического больного, с которой тесно связаны отношение больного к болезни, предрасположенность к психосоматическим расстройствам, прогноз и дифференцированная психотерапия. Психотерапия в психосоматической клинике, амбулатории должна проводиться, прежде всего, подготовленными к этому терапевтами (врачами общей практики). Поэтому она должна быть достаточно элементарной, разработанной специально для соматологов, но в то же время разнообразной и отчетливо отвечающей конкретным особенностям личностной почвы, клинической, психосоматической картине вообще. В зависимости от конкретной личностной почвы (замкнуто-углубленной, тревожно-сомневающейся и т.д.) тут могут быть и элементы психоанализа, аналитической психотерапии, элементы когнитивной психотерапии, гипнотической, ауто-суггестивной, терапии творчеством т.д. В полном диагнозе больного должна быть указана и личностная (характерологическая) почва, нацеливающая врача на определенный, соответствующий ей психотерапевтический подход к пациенту (включающий в себя и конкретные психотерапевтические методики). Подобный перелом в развитии клинической психосоматики необходим, поскольку только биологическое лечение психосоматического больного без хотя бы элементов специальной психотерапии сегодня уже нельзя назвать достаточной, квалифицированной помощью больному”. “При этом, — отмечает докладчик, — больной должен быть в руках одного врача-интерниста, владеющего элементами клинической психотерапии, разбирающегося в характерах, способного видеть больного целостно и помогать ему интегративно-клинически”.

Психиатр, психотерапевт **Андрей Аркадьевич Шмилович** в докладе “**Когнитивная психотерапия некомплаенса в амбулаторной психиатрической практике**” сообщил следующее. “Комплаинс — степень, в которой поведение больного согласуется с медицинскими требованиями. Нонкомплаинс — несогласие с важными аспектами лечения психического заболевания или общего состояния больного (DSM-4). Основные причины некомплаенса при шизофрении: 1) психопатологические, 2) психологические, 3) соци-

альные, 4) ятрогенные, 5) психофармакологические, 6) другие.

**Психопатологические** причины некомплайнса: резидуальные психотические расстройства, недостаточность критики, анозогнозия, когнитивные нарушения, сопутствующие заболевания, зависимость от ПАВ. **Психологические** причины некомплайнса: личность, темперамент, характер, внутренняя картина болезни, реакция личности на болезнь (осознанная диссимуляция), избегающие и вытесняющие формы механизмов психологической защиты и совладания, реакции тревожного ожидания побочных эффектов, иррациональные установки в отношении к терапии, отсутствие глубинного (истинного) понимания сути болезни (“insight into illness”). **Социально-экономические** причины некомплайнса: отсутствие или недостаточность социальной поддержки, анозогнозия родственников, активная профессиональная деятельность, вожделение автомобиля, стигма, финансирование психиатрии по остаточному принципу, перегруженность врачей ПНД и ПБ, слабое развитие социальных и реабилитационных служб, формальный подход к сертифицированию врачей и мед. персонала, необеспеченность списков ДЛЮ, отсутствие стандартов, крайне низкий уровень комфорта в отделениях психиатрических больниц и другие. **Ятрогенные** причины некомплайнса: низкая квалификация врачей, использование “шаблонных” лекарственных схем, нерегулярное наблюдение, недостаточное внимание побочным эффектам терапии, неправильное планирование поддерживающей терапии, отсутствие преемственности терапии, неверие врачей в лечение, формальные отношения с пациентом, излишне неформальные отношения с пациентом, отказ от психотерапии и другие. **Психофармакологические** причины некомплайнса: побочные эффекты, недостаточный эффект или его позднее начало, сложные режимы дозирования, вынужденная полипрагмазия, вынужденное использование завышенных или заниженных доз антипсихотиков, необходимость использования парентеральных лекарственных форм.

Некомплайнс при шизофрении — мультифакторная проблема, требующая проведения полипрофессиональных комплексных мероприятий с участием врачей-психиатров, врачей-психотерапевтов, врачей-интернистов, клинических психологов, специалистов по социальной работе, социальных работников, педагогов, тренеров, инструкторов и других профессионалов.

Психотерапия некомплайнса — отдельное звено комплексных мероприятий. Методики психотерапии некомплайнса: психообразовательные программы, поведенческая психотерапия, семейная психотерапия, когнитивная психотерапия — методика комплайнс-терапии. Когнитивная комплайнс-терапия проводится индивидуально. Формат комплайнс-терапии представляет собой краткосрочный вариант интервенции, проводимой в три этапа, каждый из которых предполагает 2 – 3 встречи, длительностью до часа и дважды в неделю. На первом этапе врач и больной совместно обсуждают “историю” заболевания, опыт его лечения. Ос-

новная цель 1 этапа — добиться адекватной оценки пациентом своего заболевания. На втором этапе исследуется двойственное отношение пациента к проводимому лечению, а также обсуждаются побочные эффекты терапии. Основные цели 2 этапа — выявить несоответствие действий, поведения пациента и той части его убеждений, которую можно назвать адаптивной, а также выработать правильные и оптимальные адаптивные установки и стратегии поведения. На третьем этапе обосновывается ошибочность убеждений пациента о нежелательности соблюдения врачебных рекомендаций путем развеивания навязанных стигматизированным обществом антипсихиатрических мифов. Основные цели 3 этапа — преодоление стигматизации и убеждение пациента в необходимости роста качества его жизни, а также в необходимости проявления ответственности за свою судьбу”.

Доклад психиатра, психотерапевта **Валерия Борисовича Гурвича “К истории феномена катарсиса в эллинистически-римский период”** явился продолжением исследования автором феноменологии катарсиса в историческом аспекте. “В рассмотренном эллинистически-римском периоде, философская школа которого в последние 4 века была связана с неоплатонизмом, феномен катарсиса выявлялся в двух, оформившихся ранее в античном периоде, направлениях. Феномен катарсиса выявлялся, с одной стороны, как Аристотелевский трагический катарсис (утешения и послания Цицерона, Сенеки, Плутарха, Панетия), с другой стороны, как синтезированный катарсис Пифагора (философские работы Порфирия, Ямвлиха, Прокла). Наиболее ярко вариант пифагорейского катарсиса проявляется в “Утешении Философией” Бозция и “Исповеди” Августина. Прокл — последний философ этого периода — трактует теорию очищения (катарсиса) посредством триадического метода: один вид очищения считает мистическим, второй — философским, третий вид — диалектическим”.

Профессор-священник **Георгий Кочетков** в докладе “**Различение духа, души и тела в православной традиции**” подчеркнул, что разделение и различение — вещи разные: можно, не разделяя, различать. “Для христианства это принципиально важно”. Так, тело человека может быть душевным или духовным. Умирает только первое, второе может наследовать вечную Жизнь. Душа человека — это ум, чувства и воля. Воля — “это как бы некий вектор движения человека по духовному пути”. А дух человеческий — это “то, что соответствует образу и подобию Божьему в человеке”. И если человек “не подобен Богу и не сообразен Ему, то, вообще говоря, он и не человек”, а робот, животное, и “это принципиально важно”. Речь тут идет не о Божьей благодати, а о человеческом духе, который “позволяет людям быть людьми, куда бы их не унесло в жизни”. Это — любовь, доброта, милосердие, вера, кротость, воздержание, красота, свобода, надежда, свет и т.п. Этот “образ Божий в человеке”, “даже если он (...) совершенно не считает себя верующим, вообще не признает никакого Бога”. “Таким образом, всем нам надо восстанавливать человеческий образ в человеке” (док-

лад профессора-священника Георгия Кочеткова будет полностью опубликован в Независимом психиатрическом журнале — М. Б.).

Психиатр, психотерапевт **Софья Даниловна Левина** и клинический психолог **Людмила Анарбековна Назаренко** в докладе **“Применение гипносуггестивных методик в общепсихиатрическом отделении”** сообщили следующее. “Вопрос о целесообразности гипносуггестивной терапии при эндогенных расстройствах остается дискуссионным до настоящего времени. Однако, опираясь на собственный опыт и ряд литературных данных, мы сочли возможным включить гипносуггестивные элементы в психотерапевтические занятия общепсихиатрического отделения. Терапия проводилась в группе. Занятия проходили с участием врача-психиатра, психолога и социального работника отделения. Такой состав терапевтов позволял свести к минимуму вероятность осложнений, так как социальный работник знал круг общения, микросоциальные связи каждого из больных в отделении, психолог был знаком с особенностями восприятия и мышления пациентов, а врач ориентировался в структуре психопатологических синдромов. Основным принципом формирования группы была ее открытость. Следуя литературным традициям, группу можно было назвать вестибулярной. Показания к занятиям были: негативные эмоционально-волевые проявления; психопатические и псевдопсихопатические расстройства; депрессии любой структуры и генеза; гипоманиакальные расстройства любой структуры и генеза без выраженного возбуждения; смешанные аффективные состояния без выраженного возбуждения; любые подострые и хронические бредовые и галлюцинаторно-бредовые расстройства. Включение в группу пациентов почти со всеми видами психической патологии, в том числе с неполностью редуцировавшимися, резидуальными бредовыми расстройствами, инкапсулированным бредом, недостаточной критикой к болезненным проявлениям, является принципиальной позицией авторов данного сообщения. Изменения мышления и эмоционально-волевые расстройства шизофренического спектра, по нашему мнению, не делают гипносуггестивную психотерапию невозможной, а лишь заставляют искать иные формы проведения занятий и являются скорее показаниями, чем противопоказаниями к данному виду лечения. Противопоказания к психотерапии были сведены к минимуму. Абсолютными противопоказаниями являлись: грубая недоступность больных; острые проявления синдрома Кандинского-Клерамбо; мания с выраженным возбуждением; кататоническая импульсивность. В результате занятий пациенты получали утверждение, образ, который мог быть противопоставлен болезненным переживаниям, а также позитивный эмоциональный опыт. Развивалась способность к рефлексии, ослаблялась алекситимия, уменьшалась аутизация, что приводило к повышению комплаентности. Облегчались депрессии, снижалась интенсивность сенесто-ипохондрических и алгических расстройств. Происходило потенцирование ле-

карственной терапии. Таким образом, в наших наблюдениях гипносуггестивная терапия, даже в простейшем своем варианте, заметно улучшала состояния больных с эндогенными психическими расстройствами. В дальнейшем на основе существующей “вестибулярной” группы планируется формирование одной или двух групп более специализированной направленности”.

В очень интересном докладе психолога, заслуженной артистки РФ **Татьяны Владимировны Куинджи “Некоторые аспекты вокальной терапии с точки зрения телесно-ориентированной терапии и арт-терапии (опыт работы со здоровыми)”**, кроме всего прочего, были перечислены и “терапевтические упования вокальной терапии” Вот они. “1) Дать возможность клиенту прийти в соприкосновение со своим телом, с телесным опытом переживания различных эмоциональных состояний. Развить свою телесную голосовую пластичность и выразительность с помощью освобождения от мышечных зажимов, навыков владения дыхательным и голосовым аппаратом. 2) Получить представление о своих привычных способах выражения своих состояний, переживаний и смыслов в коммуникации. Получить обратную связь о звуке своего голоса, впечатлении, производимом им, сравнить эти данные со своим физическим способом создания такого своего внешнего коммуникационного образа (Как я это делаю? С помощью чего я это делаю? Как это выглядит со стороны?). 3) Получить навыки производного управления своими вокальными возможностями и расширить свои экспрессивные возможности. 4) Научиться более точно и дифференцированно воспринимать эмоционально-смысловую сторону голосовой информации в коммуникации (навыки эмпатии), уметь точно и выразительно передать свои переживания (конгруэнтность). 5) Получить навыки творческого воплощения своих переживаний, соотнесения их с ценностями мировой культуры, творческого подхода к развитию и формированию своего звукового образа. 6) Расширить “репертуар” своих переживаний (с помощью культурных, эстетических), расширить диапазон своих экспрессивных средств, свой интонационный словарь (с помощью музыкальных интонационных средств), повысить качество своих коммуникационных возможностей. 7) Развить навыки рефлексии своего образа, своих переживаний и смыслов”.

Доклады, как обычно, сопровождалась вопросами участников конференции, дискуссиями, обобщениями председателей. Так, Б. А. Воскресенский подчеркнул, заключая второе отделение конференции, что в духовно, религиозно ориентированной психотерапии мы должны быть как можно деликатнее, мягче, мы тут не в праве морализировать, ведущая роль принадлежит здесь самому пациенту, сам пациент должен искать и находить духовные, религиозные ценности, свой путь. Ни в коем случае, например, не следует говорить больной, что ей стало снова душевно плохо, потому что мало молилась.

*М. Е. Бурно*

## Региональный конгресс ВПА впервые в России

Крупнейшим событием, состоявшимся 10–12 июня 2010 года в Санкт-Петербурге, стало проведение – впервые в истории отечественной психиатрии — регионального Конгресса Всемирной психиатрической ассоциации в России. Превосходен был выбор для этого северной столицы — символа окна в Европу, западный мир, мировую психиатрию. Приехали и были достойно встречены многие ведущие психиатры со всех континентов, всего около 1000 участников из 56 стран, из них половина из России. Заседания проходили в гостинице “Прибалтийская” на берегу Финского залива, специально спланированной для проведения подобных форумов.

Организаторы Конгресса — Всемирная психиатрическая ассоциация и Российское общество психиатров — при финансовой поддержке фармфирм, Минздравсоцразвития России и Правительства Санкт-Петербурга усилиями Московского НИИ психиатрии и Психоневрологического института им. В. М. Бехтерева сумели провести Конгресс на должном уровне.

Церемонии открытия и закрытия Конгресса сопровождались концертами ярко индивидуальных музыкальных, вокальных, танцевальных выступлений и презентацией выставки творчества лиц с психическими расстройствами из разных регионов страны. Делегатов принимали очень гостеприимно, на самом высоком уровне, знакомили с достопримечательностями Санкт-Петербурга, возили по Неве, приглашали в театры, щедро угощали и т.д.

В Конгрессе приняли участие нынешний президент ВПА, он же президент Конгресса проф. Марио Май (Италия), экс-президенты ВПА проф. Норман Сарториус (Швейцария), проф. Ахмед Акаша (Египет), проф. Хуан Меззич (США) и будущий президент ВПА проф. Педро Руис (США). Директор Конгресса проф. В. Н. Краснов сумел содержательно и деликатно прокомментировать все возникавшие острые вопросы.

Наибольший интерес вызвали пленарные лекции: “Когда депрессия превращается в психическое расстройство?” — Марио Май; “Российская психиатрия: традиции и современные тенденции” — Валерий Краснов; “Спектр расстройств настроения: от депрессии через биполярное расстройство к мании” — Юлиус Ангст (Швейцария) “Коморбидность психических расстройств и соматических болезней: основные трудности для медицины и психиатрии” — Норман

Сарториус; “Современные гипотезы о нейробиологии шизофрении” — Ганс-Юрген Меллер (Германия); “Биопсихосоциальная модель в психиатрии: проблемы и перспективы” — Николай Незнанов (Россия), а также выступления Ю. Ангста, Алана Свана и Г.-Ю. Меллера на сателлитных симпозиумах.

Из 26 симпозиумов наибольшее внимание привлек симпозиум “Навстречу новой классификации” (проф. Н. Сарториус, В. Краснов, А. Окаша, В. Гельбель, Г. Мелсоп, Н. Андерш). Тематически сюда относился и доклад проф. М. Арагона (Италия) “От DSM-I к DSM-V: история и эпистемология изменений” на симпозиуме “Эпистемология и методология психиатрии”.

Большое внимание было уделено проблемам суицидологии (3 симпозиума), личностно-центрированной психиатрии и медицине и др. Было также проведено 6 сателлитных симпозиумов, организованных 5 фармфирмами, 5 панельных дискуссий, 2 заседания устных презентаций и 4 семинара.

Хотя финансовое положение НПА России не дало ей возможности внести вклад в организацию Конгресса, значение Ассоциации и представленные ею доклады, заданные приоритетами ее деятельности, профессиональными и правовыми новациями, как нельзя лучше подходили под девиз и тематику этого грандиозного форума психиатров — “Традиции и инновации в психиатрии”. Ассоциация организовала в рамках конгресса симпозиум “Защита прав лиц, признанных недееспособными” с международным участием и с обсуждением международного опыта, в частности, близкого нам опыта Эстонии и Венгрии. На симпозиуме были заслушаны следующие доклады: “Применение международных стандартов по недееспособности в Центральной и Восточной Европе” — Д. Бартенев; “Новый закон об опеке и его применение в Эстонии в 2002 – 2009 гг.” — Эве Пилт; “Анализ российского законодательства в сфере недееспособности” — Ю. Аргунова; “Проблемы судебно-психиатрической экспертизы недееспособности” — Л. Виноградова, Ю. Савенко; “Гарантии соблюдения прав человека при оказании психиатрической помощи: применение недобровольных мер” — А. Богданов. Симпозиум сопровождался оживленной дискуссией. Закljučая ее, д-р Ю. Савенко подчеркнул, что лица с психическими расстройствами, признанные недееспособными, в первую очередь становятся жертвами широкомасштабных злоупотреблений, и эта сего-



дняшняя мрачная действительность не что иное, как использование психиатрии в немедицинских целях. Здесь срочно необходимы усовершенствование законодательства, введение института парциальной недееспособности и расширение прав недееспособных, возможность их индивидуализации. Недостаточное внимание к этой теме отражает падение гуманного духа сложившейся у нас системы здравоохранения.

Д-р Ю. Савенко совместно с Д. Бартеневым выступил на панельной дискуссии “Этические и правовые проблемы психиатрической помощи в разные времена” с докладом от НПА России с анализом динамики положения этики и права в российской психиатрии в последние 20 лет и на панельной дискуссии “Личностно-центрированная клиническая коммуникация: пути улучшения психиатрической помощи”, организованной проф. Хуаном Меззичем. Помимо этого наши члены выступали на многих других засе-

даниях. На Конгрессе присутствовали все вице-президенты НПА России Анатолий Богданов (Архангельск), Алексей Перехов (Ростов-на-Дону), проф. Борис Пивень (Барнаул). Роль НПА России была отмечена тем, что на церемонии открытия в почетном Президиуме сидели Майя Кулыгина, Николай Незнанов, Валерий Краснов, Марио Май, Генрих Сафронов, Юрий Савенко, Тарек Окаша, Норман Сарториус.

Конгресс стал крупной вехой развития отечественной психиатрии, а его проведение в России знаком признания выдающихся традиций российской психиатрии. Конгресс существенно укрепил международные связи отечественных психиатров.

Но для значительного числа российских психиатров после первоначального энтузиазма и гордости за высокий класс проведения Конгресса неизбежна горечь: слишком велик контраст с нашей повседневной действительностью.

## Обсуждение МКБ в русскоязычных странах с представителями ВОЗ

Какой должна быть МКБ-11? — Обсуждению этого вопроса были посвящены два предконгрессных дня (8–9.06.2010) в Психоневрологическом институте им. В. М. Бехтерева с участием двух представителей Всемирной организации здравоохранения Джефри Рида и Владимира Поздняка. Заседания начались с их выступлений и предложения заполнить декларацию о наличии конфликта интересов (связь с фармакофирмами). Доктор В. Б. Поздняк обрисовал приоритетные направления для отдела психического здоровья и наркологии ВОЗ, в частности, только что (“за две недели до настоящей встречи”) принятую Декларацию о глобальной стратегии по ликвидации алкогольной зависимости. Д-р Д. Рид остановился на проблемах МКБ-10 с момента ее принятия в 1990 году, отметив, что она просуществовала без пересмотра дольше, чем все предшествующие версии. Но все сильнее и настойчивее звучит настояние пациентских организаций: “ничего о нас без нас”, и, в результате, в дальнейшем реформировании DSM-IV и МКБ-10 они принимают участие на равных! Мы были свидетелями этого на съезде Американской психиатрической ассоциации в 2009 г., и это не вызывало энтузиазма. Но такое же впечатление произвело на нас ВОЗ-овское предложение редуцировать классификацию за счет невосстребуемых кластеров. Это живо и больно напомнило нам варварскую практику наших библиотек с такой же инструкцией в отношении редких книг. Эта глобальная и цельная установка на упрощение, экономии времени, сил, усилий, мышления и, как мы видим, даже профессионализма, проглядывала во мно-

гих других тезисах доклада, очень далекого не только от новой научной парадигмы, но и от установок последней трети XIX века. Д. Рид говорил об электронной версии МКБ. Стоит напомнить, что ее самостоятельно сделал лет 12 назад д-р Ю. Л. Метелица. И все равно разброс диагностики в различных странах очень велик.

Проф. В. Н. Краснов привел результаты анализа литературы (201 источник) за последние 10 лет (с 1999 г.) и мнения врачей-практиков в отношении предпочтения клинико-динамического подхода либо операциональной диагностики. Старшее поколение отдает предпочтение традиционному клинико-динамическому подходу, молодое — второму. Скажем от себя: это — грозное предупреждение. Однако, подавляющее большинство высказалось за фундаментальное разграничение психотического — непсихотического. Даже родственники больных хорошо различают их качественное отличие.

Проф. Р. Б. Евсегнеев отметил, что после принятия в 2002 г. МКБ-10 в Беларуси параноидная шизофрения диагностируется на прежнем уровне (92 %), тогда как новые диагнозы (шизотипические, шизоаффективные, транзиторные, панические, соматоформные расстройства) естественно выросли. На Украине, согласно данным проф. Н. А. Маруты, диагностика шизофрении снизилась на 12 %.

Хотя в программу не было включено выступление д-ра Ю. Савенко, оно, заявленное от имени НПА России, перед лицом представителей ВОЗ не могло не состояться (текст публикуется в данном выпуске

журнала). Предложения, прозвучавшие в этом выступлении, фактически представляли традиционную практику отечественных психиатров, которая в самом деле на много голов превосходит МКБ-10, правда, не располагая тщательной регламентацией последней. Это выступление было поддержано проф. А. О. Бухановским, который резко отрицательно отозвался о заигрывании с терапевтами, которые начали уже самостоятельно ставить психиатрические диагнозы и назначать психотропные средства. Это открывает дорогу фармацевтическим фирмам на новое необъятное поле. Крайне отрицательно оценил подмену традиционной клинической диагностики МКБ-10 проф. В. А. Точилон: “МКБ-10, — по его словам, — представляет полуфабрикат и превращает его в догму без прежних знаний. Необходима диагностика по обеим классификациям”. Д. Рид, ссылаясь на государства, где есть только 1 – 2 психиатра на всю страну, дал понять, что речь может идти только об улучшении МКБ-10. В кулуарах на мою реплику, что мы нужны ВОЗу только для косметики, коллеги выразились еще резче: “Для соблюдения приличий!”.

На следующий день присутствующие (около 32 человек) разбились на 4 группы в соответствии с обсуждаемыми кластерами МКБ-10: аддиктивные расстройства (координатор проф. В. Б. Альтшуллер), аффективные расстройства (проф. Ю. А. Александровский), шизофрения и бредовые расстройства (проф. А. Б. Смудевич), детская и подростковая психиатрия (проф. Семашкова). После довольно жарких дискуссий координаторы групп обобщили результаты, кото-

рые было решено прислать Д. Риду в письменном виде.

Я принял участие в группе, обсуждавшей аффективные расстройства, наряду с Ю. А. Александровским, В. Н. Красновым, Н. Г. Незнановым, Р. Б. Евсегнеевым, Н. А. Марутой, А. Б. Холмогоровой и др. (всего 12 человек) и в результате длительных дискуссий добился принятия общей позиции в отношении понятия психотического для депрессивных расстройств. Но в обобщении проф. Александровского это не прозвучало. Впрочем, сомнительно, что все это обобщение где-нибудь еще прозвучит.

В заключительном выступлении Д. Рид поделился планами на ближайшие два-три года, так как МКБ-11 реально может быть издана только к 2014 году. Оказывается, это будут всевозможные эксперименты по классификации карточек с именованиями различных кластеров. На мой вопрос, какой школы классической таксономии или таксонометрической он придерживается, какой математический аппарат будет использован, математики какого направления являются консультантами МКБ-10, будет ли это направление К. Гемпеля или кого-то другого, Д. Рид затруднился ответить.

Будет непростительно не мобилизовать и не консолидировать усилия всех наших коллег, ревнителей традиций отечественной психиатрии для предотвращения дальнейшего упрощения, вульгаризации, депрофессионализации МКБ, что возможно при дополнении ее синдромологическим подходом.

*Ю. С. Савенко*

## **I Всероссийский конгресс пациентов и пациентских обществ**

28 мая 2010 г. в Москве в зале Центрального дома предпринимателей состоялся I Всероссийский конгресс пациентов и пациентских обществ, организованный Всероссийским союзом общественных объединений пациентов (ВСОО пациентов), созданным в декабре 2009 г. в результате объединения десяти российских организаций пациентов, в которые входят больные муковисцидозом, рассеяным склерозом, гемофилией, болезнью Гоше, онкогематологическими заболеваниями, низкорослостью. Союз видит свою задачу в представлении интересов широкого круга пациентов в процессе выстраивания системы пациентского права в России и, в конечном счете, выстраивания высокого уровня медицинской помощи.

На конгрессе обсуждались проблемы нарушения гарантированного ст. 41 Конституции РФ права граждан на бесплатную медицинскую помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения; доступности лекарственных средств; от-

сутствия открытых процедур взаимодействия экспертов и общественности с госорганами по самым острым проблемам здравоохранения. Рассматривались также проблемы ятрогении, неэффективности средств выявления некоторых видов заболеваний при диспансеризации, вопросы производства медико-социальной экспертизы и процедуры обжалования решения бюро МСЭ, а также изменения, которые вносятся в законодательство об обязательном медицинском страховании.

С докладом о перспективах развития здравоохранения выступила заместитель Министра здравоохранения и социального развития РФ В. И. Скворцова. Данное выступление, несмотря на его обстоятельность, подверглось критике со стороны Вице-президента Российской медицинской ассоциации Г. Г. Кривошеева, а также эксперта Общественной палаты РФ д.м.н. Ю. М. Комарова. По вопросам контроля и надзора в сфере медицинской помощи выступила

временно исполняющая обязанности руководителя Росздравнадзора Е. А. Тельнова. Она указала на значительное число жалоб граждан на качество медицинской помощи. 20 % таких жалоб в ходе проверок признаются полностью обоснованными. Вопрос о роли общественных советов в системе Росздравнадзора (а фактически, судя по докладу, о незначительной их роли) был рассмотрен в докладе Председателя Общественного совета по защите прав пациентов при Росздравнадзоре Я. В. Власова. Опыт защиты прав пациентов в Украине был доложен главой Правления Союза защиты прав пациентов “Здоровье нации” В. Д. Очеретенко (г. Киев).

Основной целью конгресса явилось обсуждение и принятие *Декларации о правах пациентов в России*. По замыслу организаторов конгресса, она должна стать сводом основных прав пациентов, зафиксировать базовые подходы к реализации этих прав, стать единым, консолидирующим руководством для объединения пациентских инициатив с усилиями государства. По мнению одного из авторов документа — Президента “Лиги пациентов”, Сопредседателя Всероссийского союза общественных объединений пациентов А. В. Саверского — Декларация является принципиально новым и жизненно необходимым форматом документа на российском правовом поле в сфере защиты прав пациентов.

Проект Декларации разработан на основе Декларации о политике в области обеспечения прав пациентов в Европе (1994 г.), Европейской хартии прав пациента (2002 г.), Хартии основных прав человека Европейского Союза (в новой версии 2010 г.).

Как указывается в преамбуле документа, к четырнадцати основным правам (на профилактику болезней, доступность медицинской помощи, информацию, информированное согласие, свободу выбора, частную жизнь и конфиденциальность, уважение времени пациента, выполнение стандартов качества медицинской помощи, безопасность, инновации, исключение боли и страданий, индивидуальное лечение, жалобы и компенсации) добавлены еще два права: право родных и близких пациента на информацию и принятие решений в отдельных ситуациях, а также право пациента на защиту. Предлагается, в частности учреждение должности уполномоченного по правам пациента в России при Президенте РФ, а также создание здравоохранной прокуратуры по аналогии с транспортной и природоохранной прокуратурами. Общества пациентов должны быть наделены не меньшим объемом прав, чем общество по защите прав потребителей.

В обсуждении проекта Декларации приняла участие руководитель юридической службы НПА России Ю. Н. Аргунова, обратившая внимание участников конгресса на необходимость учета при составлении Декларации такой категории пациентов, как граждане, страдающие психическим расстройством,

и, в частности недееспособные граждане, правовое положение которых по российскому законодательству не соответствует принципам и нормам международного права. Было отмечено, что право на доступность медицинской помощи, сформулированное в п. 1.2. проекта Декларации, должно включать недопущение дискриминации не только “на почве финансовых средств, места проживания, вида болезни или времени обращения за медицинской помощью”, но и по причине статуса недееспособного лица. Право недееспособных граждан на доступность медицинской помощи, а также право на информацию, право на согласие, свободу выбора нарушаются вследствие применения ч. 2 ст. 31 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан (информация о состоянии здоровья недееспособного гражданина предоставляется законному представителю недееспособного); ч. 3 ст. 32 Основ (согласие на медицинское вмешательство в отношении недееспособных дают их законные представители); ч. 2 ст. 4 Закона о психиатрической помощи (недееспособным лицам психиатрическая помощь оказывается по просьбе или с согласия их законных представителей); ч. 7 ст. 43 ФЗ “Об обращении лекарственных средств” (клинические исследования с участием в качестве пациентов недееспособных лиц проводятся при наличии согласия опять-таки не самих пациентов, а их законных представителей).

В этой связи Ю. Н. Аргуновой было предложено считать категорически неприемлемым и противоречащим международно-правовым стандартам предложение одного из выступивших об исключении из п. 1.4 (“Право на согласие”) правилам о том, что во всех случаях, когда согласие должен дать законный представитель пациента, “следует по возможности привлекать самого пациента к решению, касающемуся его лично, независимо от того, идет ли речь о несовершеннолетнем или о взрослом с ограниченными способностями понимать информацию и принимать решение”. Ссылка выступавшего на то, что это правило усложнит и затруднит работу врача, является несостоятельной.

В своем выступлении Ю. Н. Аргунова указала на оторванность текста проекта Декларации от норм российского законодательства: в проекте документа, в отличие от Основ, в значительно меньшем объеме представлены права пациента, сужено содержание права на конфиденциальность. Пункт 1.15 о правах родственников пациента не в полной мере соответствует правам самого пациента и противоречит институту представительства интересов пациента, т.к. не позволяет пациенту: а) назначить лицо (не обязательно родственника), которому должна предоставляться о нем информация, и б) запретить сообщать такую информацию конкретному лицу, в т.ч. родственникам (ч. 3 ст. 31 Основ, ст. 7 Закона о психиатрической помощи).

Ю. Н. Аргунова предложила вновь образованному Союзу вернуться к вопросу о необходимости принятия ФЗ “О правах пациента”, проект которого обсуждался на Парламентских слушаниях еще 15 лет назад.

Выступление Ю. Н. Аргуновой вызвало живой отклик и одобрение аудитории. Председательствующий на заседании Президент “Лиги пациентов” А. В. Саверский, чья книга “Права пациентов на бумаге и в жизни” (2009 г.) была роздана участникам конгресса, приостановив обсуждение проекта Декларации, обратился к Ю. Н. Аргуновой с интересующими его вопросами о том, как сформировать нормативную базу о производстве независимой медицинской эксперти-

зы в России, т.к., по мнению А. В. Саверского, эта проблема имеет первостепенную важность и при этом чрезвычайно сложна в плане решения. В ответ Ю. Н. Аргунова изложила присутствующим свою позицию по данному вопросу.

Проект Декларации был единогласно принят за основу. По единодушному решению участников конгресса Ю. Н. Аргунова была включена в состав редакционной комиссии по завершению редактирования и утверждению окончательного текста Декларации о правах пациентов в России.

*Ю. Н. Аргунова*

## Сотрудничество с Министерством обороны будет продолжено

Таков итог выступления представителей Независимой психиатрической ассоциации России и Союза комитетов солдатских матерей России перед командирами всех родов войск, съехавшимися на сборы в Москву.

Тема сотрудничества — предотвращение суицидов в армии — не нова. В декабре 2007 года НПА России организовала двухдневный семинар “Первая помощь при угрозе суицида”. Семинар провели врач-психиатр Анатолий Богданов и специалист по социальному менеджменту Игорь Назарьин, получившие специальную подготовку по программе, разработанной канадской неправительственной организацией. 28 военных психологов, участвовавших в семинаре, получили практические навыки первой помощи при угрозе суицида, научились оценивать риск суицидальных действий и проводить эффективное вмешательство. Присутствовавший на семинаре представитель учебно-воспитательного департамента Министерства обороны РФ высоко оценил качество обучения, предложил и впредь сотрудничать по этому актуальному для армии вопросу. Весной 2008 года НПА России выпустила научно-практическое руководство “Предотвращение суицидов в армии”, тираж которого был бесплатно передан Министерству обороны для распространения в частях.

И вот по инициативе ответственного секретаря Союза комитетов солдатских матерей России Валентины Мельниковой представители НПА России приняли участие в очередных сборах Министерства обороны РФ.

28 мая 2010 г. вице-президент НПА России д-р А. Богданов выступил перед заместителями командиров по воспитательной работе различных родов войск с презентацией программы “Первая помощь при угрозе суицида”, а 29 мая вместе с медицинским психологом Л. Виноградовой провел занятие для военных

психологов, финалистов всеармейского конкурса. Настороженная позиция руководства помешала провести занятие с психологами в интерактивной форме, однако в процессе изложения материала удалось растопить лед недоверия и присутствующие выразили заинтересованность в представленной программе.

Несмотря на то, что Министерство обороны РФ имеет свою программу по предотвращению суицидальных действий в армии, ситуация продолжает оставаться неудовлетворительной, так что сотрудничество с гражданскими организациями неизбежно. Подтверждением серьезности намерений Министерства и готовности принять предложение НПА России по проведению серии семинаров явился тот факт, что 16 июня Л. Виноградова вместе с В. Мельниковой вновь выступали перед приехавшими в Москву командующими всех родов войск. На этот раз обсуждались уже конкретные планы проведения семинаров, сроки и количество участников, возможности финансирования, график работы.

А НПА тем временем расширяет свои связи с неправительственными организациями, проводящими мониторинг соблюдения прав военнослужащих и занимающихся их защитой. 9 июня 2010 г. сотрудники НПА России Н. В. Спиридонова, Л. Н. Виноградова и Ю. Н. Аргунова совместно с общественной организацией “Солдатские матери Санкт-Петербурга” провели очередной семинар “Как работать с гражданами с психическими расстройствами” для сотрудников неправительственных организаций. Это уже третий семинар в рамках проекта “Как защищать права граждан с психическими расстройствами: сотрудничество психиатров и правозащитников”, направленный на установление взаимопонимания и рабочих контактов между психиатрами и правозащитниками.

Солдатские матери Санкт-Петербурга — хорошо подготовленная аудитория, у них есть постоянные кон-

сультанты психиатры, однако и они, и другие участники семинара с интересом слушали профессиональный рассказ об основных психических расстройствах и правилах поведения с психически неуравновешенными людьми. Руководитель юридической службы НПА России Ю. Н. Аргунова легко нашла общий язык с юристами организации, и заключение семинара превратилось в обмен опытом по особенностям защиты прав граждан с психическими расстройствами в разных ситуациях. Обсуждались также возможные формы сотрудничества, участия в совместных проектах.

Солдатские матери Санкт-Петербурга активно изучают и передают гласности ситуацию в вооруженных силах страны. Они только что выпустили “Черную книгу” о нарушении прав граждан во время призыва и службы в армии. Есть там и глава “Карательная психиатрия”. Необоснованное помещение солдата в психиатрический стационар, установление диагноза и последующий “психиатрический шлейф” с целью игнорирования жалоб военнослужащего на дедовщину, денежные поборы, использование рабского руда и т.п. — вещь вполне вероятная, однако каждый случай

требует внимательного рассмотрения и проверки. В своей совместной деятельности с Союзом комитетов солдатских матерей России НПА привыкла использовать психиатрию исключительно в гуманных целях, отправляя на военно-врачебные комиссии военнослужащих, самовольно оставивших часть в связи с невыносимыми условиями службы и находящихся в ненормальном психическом состоянии. Это позволяет спасти мальчиков от уголовного преследования и прервать их службу в армии, однако издевательства и унижения, о которых они рассказывают, остаются безнаказанными.

Наметившее сотрудничество с Министерством обороны РФ и совместная деятельность по предотвращению насилия и жестокости в армии открывают перспективу открытого обсуждения всех серьезных нарушений прав военнослужащих. Если эти планы удастся реализовать, можно будет забыть, что такое “карательная психиатрия” в армии и не будет материала для написания “Черных книг” в будущем.

*Л. Н. Виноградова*

## Важный почин: семинары для нотариусов

“Как работать с гражданами с психическими расстройствами” — семинар с таким названием был проведен представителями Независимой психиатрической ассоциации России в Иваново 28 мая 2010 г. Семинар был организован в рамках проекта “Как защищать права граждан с психическими расстройствами: сотрудничество психиатров и правозащитников” при финансовой поддержке Европейской комиссии. Информационно-организационную поддержку оказала Комиссия по правам человека при Губернаторе Ивановской области, однако правозащитники на этот раз составили меньшинство аудитории. Основная ее часть — нотариусы, члены Нотариальной палаты Ивановской области. Именно они выступили основными заказчиками заявленной темы, поскольку в своей деятельности сталкиваются с необходимостью удостоверить дееспособность обращающихся к ним лиц.

Руководитель общественной приемной врач-психиатр Н. В. Спиридонова и исполнительный директор медицинский психолог Л. Н. Виноградова познакомили присутствующих с базовыми знаниями об основных психических расстройствах и общих правилах приема лиц с психическими расстройствами. Подробно разбирались вопросы о медицинском и юридическом критериях недееспособности, некоторых простых способах определения способности

лица понимать значение своих действий и руководить ими. Присутствующие согласились, что в сомнительных случаях следует предлагать участникам сделки добровольно пройти освидетельствование психиатра.

Сотрудник юридической службы НПА России А. О. Мартынюк рассказал о правовом положении лиц с психическими расстройствами, особенностях работы с “проблемными” клиентами. Был сделан разбор некоторых случаев оспаривания сделок, заключенных лицами с психическими расстройствами.

Нотариусы оказались внимательной и активной аудиторией, задавали много вопросов, указали на белые пятна в Основах законодательства РФ о нотариате. Одной из проблемных ситуаций для них является запрос на заверение подписи лица, не признанного недееспособным, но фактически в настоящее время не могущего понимать значение своих действий и руководить ими. Например, что делать, если родственники хотят получить пенсию постинсультного больного, который сейчас лежит без движения, но через пару месяцев, вероятно, поправится? Ответы на этот и многие другие вопросы составят корпус рекомендаций методического руководства для работы нотариусов с лицами с психическими расстройствами.

*Любовь Виноградова*

# НЕКРОЛОГ

## Владимир Федорович Войцех

Владимир Федорович Войцех сумел достойно продлить научную и практическую деятельность суицидологического центра, созданного Айной Григорьевной Амбрумовой. Обладая совершенно другим обликом, характером, манерой держаться, стилем личности и поведения, чем яркая острая решительная стеничная Айна Григорьевна, Владимир Федорович существенно укрепил завоеванные позиции, придал деятельности центра присущую ему самому основательность, расширил его связи, а своими многочисленными работами завоевал уважение и расположение коллег.

Владимир Федорович родился в 1941 году в селе Урицкое Кустанайской области, в 1965 году окончил с красным дипломом Карагандинский медицинский институт. До 1968 года работал врачом-ординатором, а затем заведующим отделения Карагандинской областной психиатрической больницы. В 1968 – 1970 гг. — врач-ординатор Московской психиатрической больницы № 5 (Троицкое-Антропово). Осенью 1970 г. поступил в аспирантуру Московского НИИ психиатрии в отдел аффективной патологии Ольги Петровны Вертоградовой, а в 1973 г. защитил кандидатскую диссертацию “Зрительные галлюцинации и нарушение процессов восприятия при них”, работал младшим, а с 1977 года старшим научным сотрудником. В 1990 г. защитил докторскую диссертацию “Прогноз при депрессиях” и стал ведущим научным сотрудником, а с 1995 года — руководителем отдела суицидологии. В 2006 г. получил звание профессора.

Владимир Федорович автор 120 научных работ и ряда монографий, в частности фундаментальной “Клинической суицидологии”. Под его руководством



защищено 5 кандидатских диссертаций и 4 подготовлены к защите.

До конца жизни, мужественно преодолевая тяжелую болезнь, он не оставлял работу.

С Владимиром Федоровичем я близко общался в 1970 – 1974 гг. и позже, уже с 1990 года, вначале помогая ему, тогда начинающему сотруднику Института, в научной работе, заинтересовал перцептивными тестами и пробудил энтузиазм, позволивший ему разработать несколько серий собственных оригинальных рисуночных тестов. Его увлеченность и редкая добросовестность не могли не приносить успеха во всем, за что он брался. Верность друзьям, верность слову, верность своему делу, открытый благо-

родный дружелюбный характер снискали ему всеобщую любовь. На него во всем можно было положиться.

На посту фактического председателя комиссии по рассмотрению жалоб Минздрава России Владимир Федорович безбоязненно принимал на себя ответственность за непопулярные, но справедливые решения. Все чиновничье, казенное, формальное было глубоко чуждо его натуре. Как член этой комиссии, я хорошо помню, как в самых трудных и сложных коллизиях он всегда оставался на высоте положения.

Суицидологическая служба под его началом достигла значительных успехов. В 2008 году мы выпустили совместное методическое руководство для военных психологов “Предотвращение суицидов в армии”. Помимо МВД и Минобороны Владимир Федорович постоянно курировал МГТУ им. Баумана. Он весь отдавался работе — мягкий, вдумчивый, основательный, принципиальный, надежный друг.

*Ю. С. Савенко*

## РЕКОМЕНДАЦИИ

---

Густав Шпет и его философское наследие. У истоков семиотики и структурализма. — М., 2010

Бёдекер Х. Э. (ред.). История понятий, история дискурса, история метафор. — М., 2010

Коэн Моррис, Нагель Эрнст. Введение в логику и научный метод. — Челябинск, 2010

Адорно Теодор. Введение в социологию. — М., 2010

Соломоник А. Б. Язык как знаковая система. — М., 2010

Щур Г. С. Теории поля в лингвистике. — М., 2009

\* \* \*

Его Святейшество Далай-Лама, Лоренс ван ден Майзенберг. Путь истинного лидера. — М., 2010

Кузьмин С. Л. Скрытый Тибет. История независимости и оккупации. — СПб., 2010

\* \* \*

Леонгард Карл. Систематика эндогенных психозов и их дифференциация. — М., 2010

Власова Ольга. Феноменологическая психиатрия и экзистенциальный анализ. История, мыслители, проблемы — М., 2010 (640 стр.).

Жмуров В. А. Большой толковый словарь терминов психиатрии — Элиста, 2010

Добрович А. Б. До-сознательное и психопатология. Очерки расстройств душевной жизни. — Самара, 2010

Копытин А. С. Арт-терапия жертв насилия. — М., 2009

Ласков В. Б., Сумин С. А. Неотложная неврология. — М., 2010

Ньюссбаум Роберт и др. Медицинская генетика. — М., 2010

Леруа Арман Мари. Мутанты. О генетическом разнообразии и человеческом теле. — М., 2010

Лаун Бернард. Дети Гиппократы XXI века — М., 2010

\* \* \*

Ароматы и запахи в культуре (сост. О. Б. Вайнштейн) (в двух книгах). — М., 2010

Лескинен М. В. Поляки и финны в российской науке второй половины XIX века: “другой” сквозь призму идентичности. — М., 2010

\* \* \*

Немецкая историческая школа права. — Челябинск, 2010

Костанов Ю. Стыдливая разнузданность Фемиды. — М., 2010

Слободнюк С. Л. Муза мстительных надежд. Принцип талиона и теократическая утопия в правосознании Серебряного века. — СПб., 2010

\* \* \*

Последняя книга Н. В. Гоголя (сб. ст. и мат.) — М., 2010

Шварц Е. Л. Габриэле Д'Аннунцио. Крылатый циклоп. — М., 2010

Остракизм по-большевистски (Преследования политических оппонентов в 1921 – 1924 гг.) — М., 2010

Берггольц Ольга. Запретный дневник. — СПб., 2010

Брюханов Вл. Учитель и Ученик: супер-агенты Альфред Редль и Адольф Гитлер. — М., 2010

Оуэн Метьюз. Антисоветский роман. — М., 2010

# ABSTRACTS

---

---

## Suggestions for working out ICD-11

Yu. S. Savenko

**Key words:** ICD-10, ICD-11, syndromological approach.

While working out ICD-11 it should be necessary to take into account the following negative results of the application of its previous version: 1) Psychiatrists generally apply only this classification, “that is designed, first of all, for statistical purposes”; 2) The nature of the classification is considered as “closed” (politic) and does not contribute to further development of clinical psychiatry; 3) Due to the usage of this classification, clinical thinking seems regressing to simple checking with the list of symptoms; 4) ICD-10 has lost the most fundamental narrative characteristic of “psychotic level” of mental disorders, which for the register of affective disorders suggests not the degree of clinical presentations of classical symptoms, and not the completeness of the set of these symptoms, but a less differentiated organization of all psychical activities that is regressing to a more primitive level; 5) In ICD-10 are combined and mixed two opposing principles:

atheoreticity that is necessary for the natural classification and commitment to nosology. Implementation of these principles require a two-stage classification. In the first stage it should be narrative, with extensive general syndromological psychopathological qualifications, including indication of psychotic level, in the second stage, the qualification should be nosological, based on complete clinical analysis. ICD-10, specifically brought to nosological certainty, may remain the natural foundation for nosological qualification. Implementation of the syndromic qualification at the first stage will allow to consider nosological features of each syndrome at the second stage and to expand the list of criteria in different clusters. Such a suggestion opens the prospect for subsequent revisions of the ICD and allows to direct the efforts of psychiatrists to the unified channel, where the statistical goals would not be implemented through research goals.

## On alcohol situation in Russia and the ways of improvement of narcological care

A. G. Hofman, T. A. Kozhina, I. V. Yashkin

**Key words:** alcoholism, drugs addiction, legislation, coercive.

The article focuses up on the problem of incidence of alcoholism and drug abuse in Russia, registered by Russian narcological establishments. Measures on reduction of alcoholic beverages' sales, with account of USSR experience in this sphere and their effect on demographic determinants have been suggested. The

drawbacks of current legislation concerning alcohol and drug addicted persons have been represented. Initiation of Law on Narcological Aid and organization of mandatory (coercive) treatment of certain part of alcohol and drugs addicted persons have been proposed.

**ХІІІ съезд НПА России  
“АНТИПСИХИАТРИЯ  
КАК ВЫРАЖЕНИЕ КРИЗИСА ПСИХИАТРИИ  
И ИМПУЛЬС К ЕГО ПРЕОДОЛЕНИЮ”**

*12 ноября 2010 г., Москва*

**E-mail: [info@npar.ru](mailto:info@npar.ru)**