

ISSN 1028-8554

НЕЗАВИСИМАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ АССОЦИАЦИЯ РОССИИ
INDEPENDENT PSYCHIATRIC ASSOCIATION OF RUSSIA

**НЕЗАВИСИМЫЙ
ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ**

**INDEPENDENT
PSYCHIATRIC
JOURNAL**

**ВЕСТНИК НПА
IPA HERALD**

III

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 11.08.2010. Подписано в печать 15.09.2010. Формат 60×84 1/8.
Бумага типографская офсет № 1. Гарнитура “Таймс”. Печать офсетная.
Тираж 1000 экз. Заказ № 2010-03-ИРА.

Цена свободная

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

СОДЕРЖАНИЕ

К 150-ЛЕТИЮ АНТОНА ПАВЛОВИЧА ЧЕХОВА (1860 – 1904)	
А. П. Чехов, психиатрия и тюремная медицина	5
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ	
Право и этика в российской психиатрии в последние 20 лет — Ю. С. Савенко, Д. Г. Бартенев (СПб)	7
К дифференциальной диагностике паранойяльного бреда и параноической психопатии — И. М. Беккер, О. И. Несифорова (Набережные Челны).	9
Некоторые аспекты патоморфоза невротических обсессивно-фобических расстройств — Н. Д. Лакосина, А. В. Павличенко	15
Психопатологизация наркологических расстройств как доминирующая парадигма отечественной наркологии — В. Д. Менделевич (Казань)	21
КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ	
Противоречия традиционного и современного подходов к диагностике — ведущий В. В. Калинин, врач-докладчик Н. В. Правдина	28
ИЗ КЛАССИЧЕСКОГО НАСЛЕДИЯ	
Йозеф Берце (Вена) — Психология шизофрении	40
ПСИХИАТРИЯ И ПРАВО	
Замечания и предложения по проекту федерального закона “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” — Ю. Н. Аргунова	51
С ФОРУМА НПА РОССИИ	
Похищение амбулаторной карты	55
СУДЕБНАЯ ПСИХИАТРИЯ	
Об ответственности экспертов — Б. Н. Пивень (Барнаул).	62
Новый прием удушения состязательности экспертов в суде — Ю. С. Савенко	64
ПСИХОТЕРАПИЯ	
Критическое мышление в теории и практике психотерапии — О. А. Савенков (Сидней, Канада)	66
ИЗ ПРАКТИКИ	
Оценка соблюдения прав стационарных больных с позиций их самих и профессионалов — Н. А. Былим (Ставрополь), Е. Б. Любов (Москва)	69
Психотерапевтическая профилактика постстрессовых состояний у военнослужащих — Е. Ю. Соколов.	71
ОТКЛИКИ И РЕЦЕНЗИИ	
Зачем психиатрам психоаналитическая интерпретация пристрастия к азартным играм? — А. Е. Бобров	77
На те же грабли (вторжение психиатров в религиоведение) — И. Я. Кантеров	79
О статье О. А. Савенкова “К вопросу о концептуальном кризисе психиатрии” — И. С. Павлов.	84
О повышении значимости патопсихологических заключений — Н. А. Шатайло (Днепропетровск, Украина)	86
ХРОНИКА	
Ужесточение Перечня психиатрических противопоказаний к различным профессиям	89
Законопроект “Об обязательном медицинском страховании”	90
Законопроект “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации”	92
Политическое дело аполитичной организации и психиатрия	95
РЕКОМЕНДАЦИИ	96
АННОТАЦИИ	97

CONTENT

TO THE 150-TH JUBILEE OF ANTON PAVLOVITCH CHEKHOV	
A. P. Chekhov, psychiatry and penitentiary medicine	5
URGENT PROBLEMS OF PSYCHIATRY	
Law and ethics in Russian psychiatry for the last 20 years	
— Yu. S. Savenko, D. G. Bartenev (St-Petersburg)	7
To the differentiated diagnostics of overestimated delirium and paranoid schizophrenia	
— I. M. Bekker, O. I. Nesiforova (Naberezhnye Chelny)	9
Some aspects of pathomorphosis of neurotic obsessive-phobic disorders	
— N. D. Lakosina, A. V. Pavlichenko	15
Process of psychopathologisation of narcological symptoms as the dominating paradigm	
of Russian narcology — V. D. Mendelevich (Kazan)	21
DISCUSSION OF A CLINICAL CASE	
Contradiction between traditional and contemporary approaches to diagnostics	
— V. V. Kalinin, N. V. Pravdina	28
FROM THE CLASSIC HERITAGE	
Josef Berze (Wien) — Psychology of schizophrenia	40
PSYCHIATRY AND LAW	
Comments and proposals on the Draft Law “On fundamental principles	
of health problem in Russian Federation” — Yu. N. Argunova	51
FROM THE IPA FORUM	
Snatching of the case history file.	55
FORENSIC PSYCHIATRY	
On the responsibility of experts — B. N. Piven	62
A new way of suppression of experts’ competition in court — Yu. S. Savenko	64
PSYCHOTHERAPY	
Critical thinking in the theory and practice of psychotherapy	
— Oleg Savenkov (Sydney, Canada)	66
FROM PRACTICE	
Evaluation of hospital patients’ rights from their own and professionals perspectives	
— I. A. Byilim (Stavropol), E. B. Lyubov (Moscow)	69
Psychotherapeutic preventive measures for posttraumatic disorders at military servicemen	
— E. Yu. Sokolov	71
COMMENTS AND REVIEW	
Do psychiatrists need psychoanalytical interpretation of dependence on gambling games?	
— A. E. Bobrov	77
The same errors (intrusion of psychiatrists into religious sciences) — I. Ya. Kanterov	79
On Savenkov’s article “On conceptual crisis in psychiatry and its resolution”	
— I. S. Pavlov	84
On the ways of increasing significancy and informativity of psychopathological conclusions	
in psychiatric clinic — N. A. Shatailo (Dnepropetrovsk, Ukraine)	86
CHRONICLE	
Hardening of psychiatric contraindications for different occupations	89
Draft Law “On compulsory medical insurance”	90
Draft Law “On fundamental principles of health problem in Russian Federation”	92
Political case of apolitical organization and psychiatry	95
RECOMENDATIONS.	96
ABSTRACTS	97

К 150-ЛЕТИЮ АНТОНА ПАВЛОВИЧА ЧЕХОВА 1860 – 1904

Пример гражданского и врачебного мужества. А. П. Чехов, психиатрия и тюремная медицина

“... мы сгноили в тюрьмах миллионы людей,
сгноили зря, без рассуждения, варварски...”

(9 марта 1890 г., А. П. Чехов)



А. П. Чехов. Фотография. 1890 г.

В давно востребованную антологию художественной прозы, посвященную психическим расстройствам, буквально просятся многие произведения Антона Павловича Чехова — “Черный монах”, “Палата № 6”, “Смерть чиновника”, “Иванов” и многие другие¹. И как это часто бывает, юморист при ближайшем рассмотрении оказывается отнюдь не веселым человеком.

¹ “Художественная психопатология”. Хрестоматия. Сост. А. В. Голенков. — Чебоксары, 2005.

Грандиозен труд Чехова, уже известного писателя, который, в 1890 г. проделал, по словам А. Ф. Кони, “тяжелое путешествие, сопряженное с массой испытаний, тревог и опасностей, отразившихся губительно на его здоровье. Результат этого путешествия, его книга о Сахалине, носит на себе печать чрезвычайной подготовки и беспощадной траты времени и сил”. Три месяца на острове и пять месяцев в пути (обратно морем). Поездка обострила туберкулезный процесс и, в конечном счете, свела писателя в могилу в 44 года, но она же, как он и рассчитывал, существенно углубила

его мировосприятие. Эта работа явилась прообразом независимого общественного контроля мест заключения в период, когда о них ходили “самые розовые слухи”. Он развенчал их и привлек к этой теме общественное и международное внимание (1895). В 1896 году Пироговский съезд ходатайствовал перед Правительством об отмене телесных наказаний и поручил известным врачам Д. Н. Жбанкову и В. И. Яковенко собрать материалы об этом, и в их исследовании “Телесные наказания в России в настоящее время” (М., 1899) было немало выписок из Чехова. Книга эта была запрещена к обращению в публичных библиотеках и общественных читальнях. Но это инициировало частные реформы: отмену телесных наказаний женщин (1893), выделение из казны средств на содержание детских приютов (1895), отмену вечной ссылки и пожизненной каторги (1899), отмену плетей и бритья головы (1903).

Чехов использовал официальные документы — “Устав о ссыльных”, “Устав о содержании под стражей”, “Урочное положение” — с целью “воевать против пожизненности наказаний и устаревших законов о ссыльных”. Он показал, что на практике даже существующие законы не выполняются и превратно толкуются, ужесточая и без того жестокие законы. Он показал очевидную несостоятельность создания в условиях отсутствия свободного труда земледельческой колонии на Сахалине, состоящей из “фирм” вместо сельскохозяйственных ферм, лживость и безответственность чиновников, рекламировавших заведомо провальное предприятие.

Чехов не пошел по пути увлекательных, порой сенсационных уголовных историй, вопреки их изобилию, он сохранил сдержанность тона и выражения чувств, что углубило и усилило картину обыденности страданий рядовых людей, нередко попадавших на каторгу в результате судебных ошибок и неумения или неспособности внятно объясниться. Даже в лазарете “стол, за которым сидит врач, отгорожен деревянной решеткой, как в банкирской конторе, так что во время приемки больной не подходит близко и врач большею частью исследует его на расстоянии... Я думаю, ни один сифилитик и ни она женщина не решится говорить о своей болезни в присутствии надзирателя с револьвером и мужиков. ... Каторжный или поселенец 40 лет большею частью выглядит уже стариком... Психические больные на Сахалине не имеют отдельного помещения, одни из них помещались вместе с сифилитиками, другие, живя на воле, работали, убежали, были судимы... на острове каждый день и каждый час представляется достаточно причин, чтобы человеку некрепкому, с расшатанными нервами, сойти с ума”. Поставленная Чеховым задача — дать непредвзятую всестороннюю правдивую картину реального положения вещей, независимо от официального освещения, — была им выполнена. Итогом стало заключение, что Сахалин — это “целый ад”, “рабовладельческая колония”, “крепостничество”. “Сахалин — это

место невыносимых страданий, на какие только бывает способен человек, вольный и подневольный... Жалею, что я не сентиментален, а то я сказал бы, что в места, подобные Сахалину, мы должны ездить на поклонение, как турки ездят в Мекку, а моряки и тюрьмоведы должны глядеть, в частности, на Сахалин, как военные на Севастополь”. Цензор писал о предпоследней главе этой книги, что она “посвящена доказательству ... бесчеловечности наших законов и распоряжений правительства относительно содержания на Сахалине каторжников”. “Если бы мы знали, что нам делать, — писал Чехов в одном из писем, — Фофанов не сидел бы в сумасшедшем доме, Гаршин был бы жив до сих пор...”.

“Остров Сахалин” продлил традицию описаний непосредственного знакомства с каторгой “Записок из Мертвого дома” Ф. М. Достоевского, “Сибирь и каторга” С. В. Максимова, “В мире отверженных” П. Ф. Якубовича-Мельшина, традицию, которая стала еще более раскаленной после “Колымских рассказов” Варлама Шаламова и “Архипелага ГУЛАГ” Александра Солженицына.

Что изменилось с этого страшного нечеловеческого времени? Начиная с послесталинских времен, это была тенденция чисто внешних преобразований, режим при этом даже ужесточился, всевозможные “щели”, обеспечивающие некий “люфт свободы”, значительно сузились. Традиция “потемкинских деревень” наиболее прочна: чего стоят биде в женских камерах психиатрического отделения Бутырки.

Наибольшее внимание гуманизации тюремной медицины уделял первый российский министр здравоохранения академик РАН и РАМН А. И. Воробьев. Он в полной мере отдал должное вкладу Антона Павловича Чехова. Но с его уходом и — очень символично — снятием портрета Гааза из приемной министра, все покатило круто под уклон. Это последняя генерация министров, впервые не медиков, с их приоритетной задачей предельной экономии средств, настолько, что не только тяжело больные, но даже пенсионеры почувствовали себя лишними людьми. Поэтому понятно, что новые законопроекты Минздрава, легитимизирующие эту политику, готовятся кулуарно и обсуждаются общественностью постфактум, для проформы, и одобряются карманными организациями. Эта развращающая атмосфера подтачивает этические основы нашей врачебной профессии и наиболее ясно выражена в ведомственной медицине — от поддакивания некоторых суицидологов генеральским объяснениям страха дедовщины проблемой “маменькиных сынков” и вплоть до дела Сергея Магнитского — преступного не оказания медицинской помощи смертельно больному человеку, юристу, вскрывшему хищения из бюджета 5,4 млрд. руб.

Но репрессивной традиции властей всегда противостояла противоположная ей гуманистическая традиция, ярким представителем которой был

Антон Павлович Чехов.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ

Право и этика в российской психиатрии в последние 20 лет¹

Ю. С. Савенко, Д. Г. Бартенев² (СПб)

Показано, что в понимании права и этики в последние 20 лет в России произошли серьезные изменения: полная идеологизация постепенно начала заменяться международным пониманием этих понятий. Однако с 1995 г. реальная траектория этого процесса пошла вспять. Отмечается огромная дистанция между законом и правоприменительной практикой, игнорирование этики, прав человека и Конституции. Руководители российской судебной психиатрии полностью отрицают использование психиатрии в политических целях в Советском Союзе, хотя это было первым из пяти условий возвращения российской психиатрии в ВПА. Усилия НПА России направлены на защиту прав недееспособных, введение института парциальной недееспособности.

Ключевые слова: психиатрия и право, психиатрия и этика, российская психиатрия после 1990 г.

В течение последних 20 лет понимание права и этики в российской психиатрии радикально изменилось. Если в советскую эпоху они были полностью идеологизированы, то с 1989 года эти понятия начали приобретать общепринятый в международной практике смысл. Первыми шагами было открытое одобрение “Положения и взглядов ВПА о правах и юридической защите психически больных”, принятых Генеральной ассамблеей ВПА в Афинах, затем принятие закона “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании” (1992 г.) и Мадридской декларации (1996 г.). Присоединение России к международным конвенциям, к юрисдикции Европейского Суда по правам человека, к Европейскому плану действий в области психического здоровья — все это отражает неуклонный поступательный процесс усвоения международных правовых и этических стандартов, но реальная траектория этого процесса с 1995 г. пошла вспять.

Хотя этическое представляет отдельную предметную область, в реальной действительности все, связанное с человеческой деятельностью, имеет этическую составляющую. Это касается и правоприменительной практики. Взаимоотношение права и этики в современной российской действительности претерпело удивительные метаморфозы. Юридизация отно-

шений в сфере психиатрии, имеющая свои положительные и отрицательные стороны, на нашей почве обернулась заявлением ряда коллег, получивших второе юридическое образование, что этические принципы, которые текстуально полностью вошли в правовые акты, делаются ненужными. Дело здесь не только в том, что этим игнорируется принципиально различные механизмы осуществления этики и права, что исключает тавтологию регулирования, сколько в том, что это отражает действительное положение вещей в современной России. Дистанция между корпусом законодательных актов и правоприменительной практикой никогда не была так велика и продолжает увеличиваться, а этика, права человека, статьи Конституции вовсе не берутся в счет.

Уже 18 лет правительством не исполнена 38 статья закона о создании “службы защиты прав пациентов, находящихся в психиатрических стационарах”, которая является гарантией исполнения всего закона для этой категории пациентов. Работа такой службы позволила бы не только улучшить качество психиатрической помощи, но и существенно повысить значение этико-правовых стандартов ее оказания, выявить системные проблемы и поставить их на обсуждение профессионального сообщества психиатров. Между тем, она не исполнена, вопреки огромным усилиям всех профессиональных и общественных организаций, работающих в этой сфере, усилиям Уполномоченного по правам человека в Российской Федерации и даже несмотря на визу Президента РФ, тогда еще Путина, 3 года назад.

8 лет как не исполнены требования Европейского суда по правам человека по делу Ракевич относительно возможности недобровольно госпитализиро-

¹ Выступление на панельной дискуссии “Этические и правовые проблемы психиатрической помощи в разные времена” на региональном Конгрессе ВПА 12.06.2010 в Санкт-Петербурге.

² Российский представитель Центра правовой помощи людям с психическими расстройствами (Будапешт), канд. юр. наук, адвокат (СПб).

ванного лица самостоятельно обжаловать в суд свою госпитализацию.

В течение пяти лет (с 1998 г.) НПА удалось трижды (1999, 2000, 2003) предотвратить упорные попытки комиссии Минздрава урезать закон о психиатрической помощи, а именно:

- 1) отказаться от ключевого определения в формуле “непосредственная опасность”, главным основанием недобровольной госпитализации;
- 2) лишить общественные организации права защищать интересы больных, в том числе в суде;
- 3) снять санкцию врача на физическое стеснение и изоляцию;
- 4) резко снизить уровень гарантий финансирования психиатрической помощи.

Однако фактическая реализация этих положений была санкционирована правоприменительной практикой. Речь идет, в частности, о расширительной трактовке непосредственной опасности при недобровольной госпитализации, фальсификации подписи о согласии на стационарирование, либо получении ее путем запугивания. В результате, во многих регионах число недобровольных освидетельствований и госпитализаций достигло уровня ниже 1 % и даже нулевого уровня (Республика Марий Эл, Бурятия, Новгородская область и т.д.), тогда как по опыту других стран этот показатель составляет обычно 15 – 20 %.

С 2003 г. административное регулирование фактически вытеснило правовое и этическое. В 2004 г. в законе о психиатрической помощи были сняты государственные гарантии “высокого качества психиатрической помощи” (ст. 17). Это при том, что с 2000 года треть психиатрических стационаров официально признаны негодными к эксплуатации по санитарным нормам.

Ощутимее всего изменения в судебно-психиатрической экспертной практике. **За последние 15 лет начала неуклонно уничтожаться состязательность экспертов разных сторон в суде.**

С конца 90-х годов еще за несколько лет до принятия в 2001 г. закона “О государственной судебно-экспертной деятельности в РФ” специалистов НПА перестали включать в экспертные комиссии государственного Центра социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского.

В 2001 г. Минюст России потребовал от НПА России под угрозой ее ликвидации вычеркнуть из Устава право на проведение судебно-психиатрических экспертиз. В ходе наших попыток оспорить это требование в судебном порядке нас обвиняли в незаконном проведении таких экспертиз, осуществленных по постановлению суда! Несмотря на нелепость этих претензий, мы проиграли суд.

В 2004 – 2005 гг. Центр им. Сербского на страницах своего журнала оспорил негосударственное освидетельствование и попытался обосновать удушение негосударственной экспертизы. В результате, высту-

пления в суде в роли специалистов тех психиатров, которые не являются сотрудниками государственных экспертных учреждений, со временем стали превращаться в необходимость длительного доказывания самого права выступать.

В прошлом году мы столкнулись в Костромском городском суде с прецедентом, когда нас отказались заслушивать по уголовному делу, а наше заключение изъяли из дела. И хотя это было прямым грубым нарушением уголовно-процессуального кодекса, ни одна судебная инстанция, включая Верховный Суд, никак не прореагировала на это. Наконец, неделю назад в одном громком процессе в Таганском суде г. Москвы прокурор и судья заявили, что специалист не вправе критиковать имеющиеся в деле экспертные заключения.

Вопреки провозглашенным в законе и этических декларациях принципам профессиональной независимости и индивидуальной ответственности психиатра, в отечественной практике зачастую подавляется клиническая самостоятельность врача, когда диагнозы искусственно подводятся под заключения экспертизы или указания администрации, даже если это противоречит объективному состоянию пациента, любые сомнения в правильности установленного экспертами диагноза рассматриваются как недопустимое самоуправство. Такая ситуация приводит к снижению профессиональных стандартов в психиатрической практике, когда место корпоративного саморегулирования качества помощи занимает регулирование административное.

В настоящее время, **огосударствление судебно-психиатрической экспертной практики значительно превзошло советское прошлое, а идеологизация заменила коррупция.** Результатом этого стало значительное падение уровня экспертных заключений и размытие этических стандартов судебно-психиатрической деятельности. Государственные эксперты, выступая в суде, часто не стесняются вводить суд в заблуждение сведениями, противоречащими азбучным истинам психиатрии, а отсутствие какой-либо проверки судами обоснованности таких заключений привело к абсолютизации мнения государственной психиатрической экспертизы.

В 2009 г. НПА России подготовила специальный законопроект, позволяющий выправить эту ситуацию, сопроводив его открытым письмом Президенту.

Однако основная опасность состоит в том, что механизмы использования психиатрии в гражданской сфере (с целью отъема квартир, а также ограничения родительских прав в отношении детей в пользу одного из супругов) рискуют легко распространиться для борьбы с протестной частью общества. Как прежде “клевета на советскую власть”, основанием преследований могут служить резиновые формулировки законов об экстремизме (2002 г.) и “профи-

лактике террористической деятельности” (2006 г.), а почвой — проторенная религиозными, а затем кватирными процессами правоприменительная практика. В 2007 году усилиями Уполномоченного по правам человека в РФ несколько случаев такого рода (Мурманское дело и дело в Йошкар-Оле) удалось превратить в показательные примеры недопустимости такой практики. Но в отношении религиозных организаций она сохраняется. В 2008 году мы подвели итоги инициированной нами дискуссии в тезисе: “только психопатологически выводимая общественная опасность — предмет психиатрии”, детально обосновав его.

Особенную настороженность вызывает категорическое отрицание руководителями нашей судебной психиатрии использования психиатрии в политиче-

ских целях в Советском Союзе. Забывается, что первым из пяти условий возвращения российской психиатрии во Всемирную психиатрическую ассоциацию было признание этого факта.

В нынешних условиях мы обратились к защите прав самой уязвимой категории граждан — лиц, признанных недееспособными. В этом году был принят закон об обороте лекарственных средств, который проигнорировал последнюю редакцию (Сеул, 2008) Токийской Декларации, которая подробно оговаривает условия, допускающие проведение клинических исследований лекарственных препаратов на недееспособных. Нашим усилиям защитить права недееспособных, ввести институт парциальной недееспособности был посвящен вчера специальный симпозиум (Симпозиум 3).

К дифференциальной диагностике паранойяльного бреда и параноической психопатии¹

И. М. Беккер, О. И. Несифорова² (Набережные Челны)

Подробно описывается конкретный клинический пример, актуализирующий проблему дифференциации процессуального заболевания (шизофрении) и декомпенсации расстройства личности (патологического развития личности).

Ключевые слова: паранойяльный бред, параноическая психопатия, сверхценные идеи.

С. Александр Аркадьевич, 1955 г.

20.04.09 г. Поступает по направлению участкового психиатра. Госпитализируется по самообращению. Обратился с просьбой провести обследование, чтобы “доказать” своему руководству правоту своих идей и своего поведения.

Из анамнеза: со слов пациента, из Свидетельства о болезни № 264 от 23.04.1977 г., многочисленных письменных обращений известно, что родился в г. Ж. Республики Беларусь, старшим из троих детей в семье рабочих. Раннее развитие проходило без особенностей. Увлекался разнообразными детско-под-

ростковыми занятиями, посещал массу кружков: кукольный, авиамодельный, “умелые руки”, радиотехнический, оркестр народных инструментов. Играл в футбол, занимался шахматами, хорошо рисовал. Кружки посещал по мере их открытия и создания неким фанатично преданным своему делу преподавателем. В школу пошел с 8 лет, учился первые 4 года на “отлично”, 8 классов закончил без троек. По характеру отличался замкнутостью, обидчивостью, долго переживал неприятности, любил фантазировать, жить в мире выдуманных представлений. После окончания художественного училища работал преподавателем рисования в школе. С первых дней пребывания в армии тяготился военной службой, не смог приспособиться к требованиям армейской жизни. Будучи в части, уединялся, часто плакал, отказывался изучать уставы, заниматься спортом. Объяснял это тем, что “художнику это не нужно”. Часто обращался в медпункт. Дважды направлялся в психиатрический стационар. С 19.04.1977 г. по 28.04.1977 г. обследовался в психиатрическом отделении госпиталя, военно-врачебной комиссией в\ч № 2, где была установлена психопатия, истерическая форма. Согласно Представлению-характеристике НТЦ ОАО “КАМАЗ”, с 1977 г.

¹ *От редактора.* Помещая эту статью в раздел “Актуальные проблемы психиатрии”, мы имели в виду не только неизменно клинически актуальное и полемическое звучание ее проблематики, но и восстановление прерванной почти полвека назад традиции — начинать с феноменологически выверенной эмпирии с последующим обсуждением, а не с идей, которые иллюстрируются примерами. В последние десятилетия примеры вообще игнорируются, хотя уровень непредвзятости клинических описаний в нашу эпоху отнюдь не располагает к доверию.

² Набережно-Челнинский ПНД РКПБ им. акад. В. М. Бехтерева.

работал художником-оформителем при парткоме, избирался заместителем секретаря комсомольской организации управления по идеологии. С 1978 г. работал в УКГ НТЦ модельщиком по деревянным моделям, техником художественного проектирования группы художественно-графических работ, художником дизайнером, начальником бюро художественно-графических работ КО ЭТД в службе по агрегатам УГК, начальником КБ художественно-графических работ КО ЭТД, ведущим инженером-конструктором в отделе сертификации и стандартизации, руководителем группы каталогов, плакатов и переводов КО эксплуатационной и ремонтной документации. Шесть раз награждался почетными грамотами, дважды заносился на доску почета УГК, в 1986 и 1988 гг. принимал активное участие в разработке графической части всех эксплуатационно-технических и ремонтных документов автомобилей КАМАЗ: памяток водителю, инструкций по эксплуатации и обслуживанию автомобилей, руководств по устройству и ремонту автомобилей, программ развития НТЦ и КамАЗа до 2000 г. и на перспективу. Являлся автором “Плакатов и Каталогов деталей и сборочных единиц автомобилей КАМАЗ”, изданных в издательствах. В 2001 г. перешел работать в НПО ЧЕЛАЗ на должность главного специалиста по компоновке автобусов. Создал “3D модель” каркаса автобуса. В 2002 г. после перерыва в камазовском и трудовом стаже, был принят на должность инженера-конструктора первой категории. Не женат и никогда не был женат. Детей нет. В 2004 г. на него был наложен штраф по поводу мытья автомобиля в неустановленном месте. Обратился с жалобой в городской суд на действия младшего лейтенанта милиции и заместителя главного государственного инспектора РТ по охране природы по Прикамскому региону. В жалобе писал, что “Перечень установленных и неустановленных мест для моек автомобилей” не разработан и не утвержден. Экологическая милиция, по его мнению, радуется не столько за экологию, сколько за выбивание денег с автовладельцев под угрозой штрафа, что нарушает антимонопольное законодательство. Заявлял, что подход официальных лиц однобокий и отражает интересы владельцев платных стоянок. После отказа в удовлетворении жалобы обратился с кассационной жалобой в Верховный суд РТ. В Кассационной жалобе в Верховный суд РТ сообщал суду, что основной частью жидкостей ходовой части автомобиля является нефть, которая имеет растительное происхождение, ею богата наша земля. Нефть, по его мнению, входит в состав дорожного покрытия, из нее делаются многие товары народного потребления. Основную угрозу экологии, по его мнению, представляют выхлопные газы и пока у нас отсутствуют экологически чистые двигатели, платится транспортный налог. Он заявлял в жалобе, что грязь на кузове не является продуктом хозяйственной деятельности — это грязь с дорог. Индивидуальное смывание грязи с ку-

зова автомобиля не носит агрессивный характер. Своевременное смывание грязи нормализует окружающую среду, снижает количество канцерогенов на дороге и в воздухе, улучшает эстетическое состояние дорог. В кассационной жалобе далее утверждалось, что он предпочитал мыть свой автомобиль в гараже. При этом он старательно фильтровал смываемую грязь через тряпочку, отделяя крупные капли от мелких. “Очищенную воду с любовью возвращал в природу, а пойманные частицы, как вещественное доказательство, вместе с тряпочкой складывал в мусорный бак”. Но однажды его сознание взбунтовалось. “Как же так”, — думал он, — основная же преступная грязь остается на дороге, количество ее не уменьшается!”. Он взял красное ведро и вышел на дорогу. Ждал, когда его заметят. К нему подъехали доблестные сотрудники милиции на грязном автомобиле. Он решил умыть их автомобиль. Действовал при этом из добрых побуждений, с целью привлечения общественного внимания. Его действия попадали, по его мнению, по ст. 2.7 КоАП РФ “Крайняя необходимость”. Он применил доступное для него средство, поскольку каждый сам выбирает себе оружие. Он действительно нарушил “недоразвитую” статью 4.4 КоАП РТ, чтобы не нарушать ст. 12.33 КоАП РФ. Он запретил для себя движение на грязном автомобиле по дороге, так как грязь на дороге представляет опасность для движения автомобилей и здоровья. Обращаясь к Верховному суду, он заявлял, что решение суда вынесено без достаточных оснований, а судебное разбирательство прошло в неполном объеме, так как суд не принял мер к установлению истинных причин, побудивших его к такому поступку. В приложении к кассационной жалобе был представлен проект небольшой статьи, в которой С. писал о грязи на дорогах, о монополии лейтенанта милиции и заместителя главного государственного инспектора РТ по охране природы, в карманы которых потекут “золотые ручейки грязи”. Далее он пишет, что не тут-то было. На их пути встал человек с красным ведром, добрый молодец Александр и сказал: “Кто к нам с грязью придет, тот в грязи и погибнет! На том стояла, стоит и стоять будет Земля Русская!”. Верховный суд РТ отклонил кассацию правдолюбца.

28 ноября 2006 г. на имя заместителя директора — главного конструктора по сертификации и НТД была составлена “Объяснительная записка”, в которой С. объяснял, что такой-то его начальник в очередной раз пытается спровоцировать его на конфликт. В объяснении он указал, что еще в самом начале сотрудничества, начальник завладел его рабочим местом в Архиве, заявив составителю записки, что если он до обеда не освободит территорию, придут его ребята и вынесут его с папками в коридор. Во время его резонных объяснений, начальник доходил до белого каления и заявлял: “Ты хитрый, как моя теща. Ненавижу”. На это составитель объяснительной записки отвечал:

“Виктор Васильевич, дай бог здоровья Вашей теще и долгих лет жизни”. Тот ему затыкал рот и приказывал молчать, на что борец за справедливость отвечал: “А что Вы мне рот затыкаете? Я молчать не буду, теща — наш Человек! Я ее в обиду не дам”. После этого начальник набросился на него, пытаясь избить. Не разобравшись, более высокое начальство объявило ему, что договор с ним возобновляться не будет, он дорабатывал каталог без договора, отчего прервался трудовой стаж. Но, по словам С., “сермяжная правда восторжествовала” и он был восстановлен в должности ведущего инженера конструктора.

4.06.2007 г. им была подготовлена Докладная записка на имя Генерального директора ОАО “Камаз”, директора НТЦ, заместителя директора НТЦ, главного конструктора по сертификации, в которой он от имени Начальника КО эксплуатационно-технической документации, обозначив исполнителем самого себя, сообщал начальству, что ведущий инженер-конструктор С. (то есть, он сам) давно и безнадежно болен. Находясь в плену идеи Анимации всей страны, составитель докладной утверждал, что “Анимация” позволит более успешно продвигать на рынок автомобили. Необходимо, по его мнению, в режиме стоп-кадра останавливаться на существенных моментах и операциях. Применение звукового сопровождения и спецэффектов позволило бы создать запоминающиеся образы и картины, ярко отражающие достоинства и положительные качества товара. Далее исполнитель докладной записки пишет про самого себя, что в связи с невременностью ведущего инженера-конструктора С. и бесперспективностью уговаривания его вернуться в лоно традиционного подхода к разработке ЭТД, что подтверждается его свидетельством о болезни, просит переориентировать его на разработку анимационного проекта. В заключении докладной записки на имя генерального директора ОАО “КАМАЗ”, он пишет, что часть работы, связанной с разработкой традиционных плакатов, он просит переложить на плечи дальтоника — начальника КБ каталогов и плакатов и на пенсионера В.

9 августа 2007 г. за своей подписью он посылает главному конструктору ОАО “КАМАЗ” — директору НТЦ, служебное письмо, начинающееся “простым вопросом”, что первично, яйцо или курица”? Далее в письме описывает два разных подхода к программированию каталогов и файлов в виде двух процессов — восходящего — от яйца к курице и нисходящего от курицы к яйцу. В конце письма, автор в связи со сложившейся ситуацией в ЭА КД НТЦ, просит главного конструктора КАМАЗа объяснить ему и коллективу НТЦ, как им дальше работать: “долго и безнадежно ждать, когда из яйца вылупится синий цыпленок — курица с ножками Буша или разрешить их курице быстро нести золотые яйца”.

В течение полутора последующих лет им проводилась борьба за авторские права по составлению слу-

жебных каталогов, так как его не включили в число авторов новой электронной версии “Каталога”. В Объяснительной записке от 17 апреля 2009 г. указывается, что ведущий инженер С. является заинтересованным лицом. Как автор, он неоднократно проводил презентации “Каталога”, приглашал специалистов, которые могли бы быть причастны к распространению накопленного опыта. Он поднимал вопрос о закупке лицензионных программ и ему обещали... Накануне взлома ПК ntc-ks-r23 неизвестными ему лицами он лично приглашал одного из руководителей подойти к нему и посмотреть, что он наработал, но тот говорил, что ему некогда. В настоящее время он самостоятельно обратился к главному врачу НЧ ПНД с просьбой обследовать его, чтобы доказать его начальникам правоту его идей и разработок.

Психический статус при поступлении: в отделение пришел в назначенное время, попросил разрешения пройти в кабинет. Внешне опрятен, одет в строгий классический костюм, рубашку, галстук. В руках дипломат. С интересом относится к предстоящей беседе, готов поделиться всеми своими размышлениями с любым сотрудником отделения, начиная с врача, заканчивая медицинской сестрой поста. Сообщает, что обратился в учреждение с тем, чтобы получить подтверждение, что его идеи правильные, то есть, полезные для общества. Ориентировка всех видов сохранена. Неоднократно в течение беседы говорит о том, что использует “свидетельство о болезни” как оружие, когда его начинают приглашать в прокуратуру и иные государственные структуры. Защищается диагнозом “психопатия”. Суть своего конфликта с начальством описывает так: “Мне не дают работать, говорят, что я выхожу с предложениями, чем мы тогда будем заниматься?”. С большим воодушевлением рассказывает о предложении изобретения, о том, что предлагает сделать диск технического устройства каждого автомобиля и устанавливать его на основе GPS-навигатора. На каждый вопрос врача достает из своего дипломата ту или иную бумагу, как свидетельство своей правоты. Демонстрирует книгу, ссылаясь на которую утверждает, что он является двоюродным внуком заместителя министра просвещения РФ. К этой же книге отсылает врача, когда отвечает на вопрос о профессии своего отца. На вопрос, был ли женат и имеет ли детей, отвечает, что женат никогда не был. Встречался с одной женщиной, которая была замужем, расстался с ней, в связи с ее отъездом. Об отсутствии семьи и детей говорит спокойно, с удивлением заявляя, что близкие, конечно, есть. Приводит в пример врача, который после разговора с ним стал для него близким человеком. На вопрос о детях отвечает: “Я не женщина, сам не рожаю. Я носитель идей, а идеи правят миром”. При беседе воодушевлен, фон настроения чуть-чуть приподнят, несколько торжественен. При попытках возражения, раздражается, многократно повторяет свою точку зрения, игнорируя до-

воды собеседника. С обидой говорит о начальстве, которое само не работает и заставляет его уходить вовремя с работы. Сообщает, что совместно с юристом разработал схему организации получения образования без образовательного учреждения, которая включает три ступени: обучение, практику и опыт. Опыт, по его мнению, включающий знания, умения и навыки есть замена высшего образования. На основании этой схемы утверждает, что имеет право занимать должность ведущего инженера-конструктора, имея образование учителя рисования и черчения. Сообщает, что после перевода на эту должность ему еженедельно присылают план трудовой недели, на котором он записывает свои комментарии по поводу присланного плана (то есть, комментирует задание руководителя). На предложение возглавить шахматный турнир ответил отказом, но в свою очередь предложил сфотографировать всех больных, играющих в шахматы, поместить их фотографии с помощью фотошопа в новые обложки, и таким образом изменить их жизнь. Сообщает, что в графе «образование» своей анкеты всегда писал фразу: «Дальше некуда».

Осмотр на клиническом разборе 25.04.09 г.

На осмотр подошел в назначенное время, терпеливо ожидал приглашения в кабинет врача. Внешне опрятен, подтянут. В кабинет прошел спокойной походкой, положив свои личные вещи на стул, присел на предложенное место. Сознание не помрачено, ориентирован в полном объеме. В словесный контакт с врачами вступает охотно, заинтересованно, иницируя в большинстве случаев диалог с собеседниками. При установлении словесного контакта сохраняет необходимую общепринятую дистанцию с собеседниками. В ходе беседы сообщает, что «свидетельство о болезни», которое использует как оружие, по его мнению, имеет правильное заключение. Пациент ищет в собеседниках единомышленников, способных разделить с ним «правильность идей»: «Если надо пробить какую-то стену, обращайся. Вашими новыми диагнозами я только усилию свою позицию». Подробно рассказывает собравшимся суть своего конфликта, возникшего при столкновении со служебной машиной начальника ДСК, свою позицию в нем и последовательность действий... «Раскручивая историю, придавая ей красивые оттенки, я подал кассационную жалобу». Сообщает, что после наезда на глубокую яму на дороге, задел служебную автомашину начальника ДСК, в результате чего сработала сигнализация. Через час после этого пациента вызвали к владельцу автомашины и вызвали инспектора ГИБДД. Пациенту был выписан штраф на сумму 650 руб., который он в скором времени оплатил: «Быстренько сбежал и заплатил, был виноват». Несмотря на это, был вызван на разбор в ГИБДД, и на разборе предлагалось принять в отношении С. более серьезные меры за скрытие с места ДТП. В ходе той беседы С. стал предьявлять ответ-

ные претензии за плохое качество дорог, в результате чего на следующий же день все эти крупные ямы были заделаны. Сообщает, что он тогда решил на достигнутом не останавливаться и привлечь к ответственности учебный центр ГИБДД, ДСК и ряд служб за попустительство. Результатом дальнейшей борьбы, описанной С., стал ремонт данной дороги, осуществленный к приезду большого начальника. Мышление последовательное тенденциозное: большой детально, поэтапно излагает последовательность событий и их результаты. Если по какой-то причине отклоняется от нити ответа, то обязательно к ней возвращается. При упоминании о каких-либо фактах или документах, старается предоставить слушателям документальное подтверждение этого: предлагает показать военный билет, свидетельство о болезни и т.д. Убежден, что полученный при обследовании диагноз поможет ему в профессиональной деятельности, т.к. «из-за нахождения в плену своей идеи анимации всей страны», «будучи невменяемым», он уже «не может вернуться в лоно традиционного подхода». В беседе активно излагает свою позицию по всем обсуждаемым темам, вступает в дискуссию, слушает разумные доводы собеседников, но разными путями возвращается к собственному умозаключению. Интерпретирует некоторые события из жизни как результат своей борьбы. Так, например, смену некоторых статей административного кодекса РФ на новые, считает результатом судебного разбирательства по поводу «недоразвитости» ст. 4.4 КоАП РФ. Во время дискуссии по поводу ошибочности своих убеждений начинает менять позу на стуле, активно жестикулировать, эмоционально отстаивать свою точку зрения. Своёобразно, говоря как об одушевленном предмете, трактует постоянство в выборе автомобиля «Ока»: «Зачем, она же меня выручает, если бы у меня «Форд» какой-нибудь был, мне бы не помогали, а так она у меня и так страдала... к тому же, я ее всю сам чиню». Об имеющихся «идейных врагах» говорит довольно спокойно, считая, что они испытывают к нему «черную зависть»: «пусть это будет на совести того человека, который это сделал» (говорит о нарушении его авторских прав). На вопрос об отсутствии семьи заявляет: «Я занят другими более глобальными вещами, глобальными идеями... я иногда слышу дыхание вселенной. Мысли, которые нами владеют, приходят ниоткуда и уходят в никуда. Мы все подключены к единому банку космической информации». Довольно своеобразно высказывается о свойствах своей памяти: «Я сознательно отключаюсь от процесса запоминания, для этого есть компьютер, я лучше буду оперировать ею». Разъясняет собравшимся идею анимации всей страны: «Элемент анимации заложен подсознательно... анимация — это одушевленное движение». Считает, что предложенная им форма хранения информации более доступна для понимания и использования: «Один кодирует, другой перекодирует, ассоциации

разные возникают” (о традиционном способе хранения информации). С интересом воспринимает все предложения по поводу предстоящего пребывания и необходимых методов обследования. Не только не оспаривает установление диагноза психопатии в армейском госпитале, но вполне миролюбиво воспринимает заключение врачей НЧ ПНД и говорит: “Конечно же, особенности характера у меня имеются, хотя в своих мыслях я, как правило, бываю прав”.

В течение месяца пребывания в дневном стационаре на обследовании никакой медикаментозной терапии не получал. После установления клинического диагноза был выписан с рекомендациями трудоустройства на иное место работы.

Катамнез в течение 1 года.

При беседе через год после первой госпитализации Александр Аркадьевич сообщает, что по месту прежней работы больше не ходил, решил не продолжать конфликт, согласиться с предложением врачей и оставить НТЦ: “Пусть сами закончат те дела, от которых меня отстранили”. В течение года сортировал свое творческое наследие — холсты, рисунки, эскизы. Одновременно с этим занятием начал в Интернете играть на валютной бирже. Это занятие очень понравилось, хотя доходы были невелики. Увлекался сам процесс участия в валютных операциях компьютерной биржи. На наш вопрос, продолжал ли свою борьбу за справедливость, охотно поделился “новостью” о том, что выиграл новый бой с ГАИ. Два предыдущих года он оплачивал техосмотр своей автомашины и давал еще “сверх на лапу” по 500 рублей за, якобы, неисправные тормоза. Не желая больше переплачивать, он, удостоверившись в исправности тормозной системы, получив вновь заявку на дополнительные 500 рублей, написал заявление в прокуратуру о поборах в ГАИ. После этого беспрепятственно прошел техосмотр, а трех сотрудников ГАИ, в связи с его заявлением, уволили за поборы. В ходе беседы дважды поблагодарил психиатров за участие в его судьбе, пожелал удачи.

АНАЛИЗ СЛУЧАЯ

Предваряя анализ случая, нам бы хотелось не навязывать свою диагностическую точку зрения, а провести это яркое жизнеописание и не менее яркий психический статус через призмы различных диагностических критериев, чтобы читатель имел возможность выбора.

У пациента в течение многих лет жизни (начиная с детско-юношеского возраста) врачами психиатрами регистрируются различные черты аномального характера. Если не оценивать сразу его феноменологию, то, согласно критериям Ганнушкина и иных ученых, разработанным для диагностирования психопатий, следует отметить, что черты патологии личности прослеживаются с детства, а первая клиническая деком-

пенсация связана со сложными условиями жизни в армейской среде, проявляется разнородными клиническими проявлениями, прежде всего — незрелостью и инфантильностью личности, что и привело, вероятно, к диагностированию истерической психопатии в госпитале. Упоминание о замкнутости характера, обидчивости, детском фантазировании может свидетельствовать на том детско-юношеском этапе и о мозаичности расстройства личности, и о преморбидных особенностях будущего бредового (процессуального) больного. Необходимо отметить, что в длительном временном провале — десятилетиях жизни вне общения с психиатрией, наш пациент прошел весьма своеобразный жизненный путь. С одной стороны, его личная жизнь с общепринятых позиций не удалась. Он не создал семью, у него нет детей. Но это может быть как проявлением особенностей становления аномальной личности, так и следствием процессуального дефекта (никаких иных проявлений которого в те годы как-будто не наблюдалось), а может быть и следствием особого жизненного мировоззрения и отношения к семейной жизни вообще. В профессиональном отношении он добился немалых успехов. Его основное образование — учителя рисования, никак не соответствовало тому сложному инженерному труду, в коем он преуспел. Он добился немалых успехов на стыке инженерии, дизайнерства и конструирования. Успехи фиксировались и служебной карьерой и формальными знаками отличия. Психиатры встречаются с нашим пациентом уже в зрелом возрасте, где на первый план выходит основная патологическая черта личности — склонность к образованию сверхценных идей. Он купается в постоянных конфликтах: и на производстве, и в бытовых ситуациях, и в отношениях с правоохранительными органами. Итак, его идеи формируются всегда на фоне совершенно конкретных конфликтных ситуаций, носят психологически понятный и выводимый из особенностей личности характер, возникают всегда в качестве ответа его личности на “несправедливые”, с его точки зрения, требования и действия окружающих лиц: “несправедливые” требования государственной автоинспекции, ведомства по охране окружающей среды, руководства предприятия, виновника автоаварии, службы технического осмотра автомобилей. По содержанию его сверхценные идеи условно можно поделить на две группы. Первые — отстаивание “попраных прав” и восстановление справедливости в разных сферах его личной жизни. Вторая группа — рационализаторские и реформаторские идеи. На протяжении многих лет жизни не происходит какой-либо динамики и трансформации данных идей, не фиксируется расширение этих идей, не появляется персикурторный компонент. Само содержание и феноменология идей носит психологически понятный и полностью выводимый из структуры личности характер. В его высказываниях, в его поведении все настолько понятно и узнаваемо, настоль-

ко далеко от инобытийного существования бредового больного, что многие из нас, психиатров, участвующих в клиническом разборе, тут же подхватывали, например, тему ГАИ и сообщали почтенной публике о собственных конфликтах со служителями на дорогах. То есть, не меняется структура личности, не происходит снижения уровня личности, не добавляются новые симптомы и синдромы. Еще более важным является то, что по минованию некоторого времени в ряде случаев происходит спонтанный отход пациента от продолжения борьбы за ту или иную идею, она не исчезает совсем, но теряет для его личности свою сиюминутную актуальность и остается только в его личной памяти. Не получив удовлетворения в Верховном суде, он оставляет поле борьбы с ГАИ и переключается на идею реформации производственного процесса. Конечно, содержание реформаторской сверхценной идеи более сложно, сопровождается проявлениями резонерского мышления и речи, вкраплениями литературных штампов и бытующих в обществе парапсихологических и “космических” тем. Но это, на наш взгляд, перепевы особенностей общественного сознания, но никак не проявления фантастических космических идей с парафренизацией. Так же понятно и его отстаивание самой возможности работать по инженерной специальности без соответствующего требуемого в настоящее время образования. Александр Аркадьевич справедливо замечает в беседе с врачами, что в течение многих лет, успешно выполняя работу инженера и дизайнера, он был востребован, поощряем и заслуженно повышаем по служебной лестнице.

Почему же только сейчас, когда он предложил реформировать сам процесс моделирования и каталогизации автомобилей, начальство вспомнило о его образовании. Не добившись результата по месту работы, он (без какого-либо лечения) оставляет трехлетний конфликт на работе и начинает разбираться с вновь появившимися обстоятельствами попирания прав автовладельца при техосмотре. И это — один из моментов истины. Кроме паранойяльного характера симптоматики, отмечается и радикал шизоидности, возникший еще в детстве в виде уединенности, особых увлечений, некоей чужаковатости, самопогруженности и рефлексии. Элемент шизоидности носит экспансивный характер, сопровождается генерацией и добавкой в паранойяльные идеи элемента масштабности наукоподобных поисков и реформаций, особого экзальтированного аспекта аффекта. У пациента отмечаются и некоторые болезненные особенности мышления. Но они могут быть и при процессуальном характере заболевания и при паранойяльной структуре личности, ибо без особенностей мышления не могут формироваться болезненные идеи, которыми являются сверхценные идеи. Окончательное диагностическое суждение автор оставляет читателю. Если большинство коллег диагностирует случай так же, как автор, значит феноменология описания вполне достаточна. Если же мнения разделятся, значит, нам не удалось достоверно описать увиденное и услышанное, не удалось передать то самое интуитивное видение сути душевной патологии пациента, которое возникло у автора.

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

9 – 12 ноября 2010 г., Москва

E-mail: krasnov@mtu-net.ru

Некоторые аспекты патоморфоза невротических обсессивно-фобических расстройств

Н. Д. Лакосина, А. В. Павличенко¹

Цель работы — изучить особенности современного патоморфоза невротических обсессивно-фобических расстройств (ОФР). Проанализированы исследования ОФР за последние 45 лет сотрудниками кафедры психиатрии и медицинской психологии Российского государственного медицинского университета (ранее 2-го МОЛГМИ). К основным признакам невроза навязчивых состояний, наблюдаемого в 60-80-е годы прошлого века, отнесены следующие: манифестации ОФР предшествуют острые психогении; панические атаки представлены вегетативными расстройствами и кардиофобиями; страхи монотематичны и носят навязчивый характер; динамика фобического синдрома происходит в сторону патохарактерологического развития; преимущественно рецидивирующее течение ОФР; активная борьба со страхами; субдепрессии носят вторичный характер, лечение включает фенотиазиновые нейролептики и седативные транквилизаторы. Признаками современных невротических ОФР являются следующие: их возникновению предшествуют факторы патологически измененной биологической “почвы”; структура панических атак представлена вегетативными симптомами, конверсионными расстройствами, социофобиями и разнообразными ипохондрическими страхами; преобладают транспортные полифобии; страхи носят сверхценный характер; динамика фобического синдрома осуществляется за счет расширения агорафобических страхов; непрерывное течение ОФР; пассивно-оборонительные стратегии совладания со страхами; тревожно-депрессивные состояния сопутствуют ОФР, в терапии используют серотонинергические антидепрессанты и транквилизаторы-анксиолитики. Выделено несколько причин патоморфоза невротических ОФР: 1) связанные с болезнью; 2) связанные с лечением; 3) связанные с пациентом; 4) психосоциальные.

Ключевые слова: патоморфоз, обсессивно-фобические расстройства, невроз навязчивых состояний, причины патоморфоза, антифобические средства.

Введение

В публикациях отечественных исследователей последних лет вопросам патоморфоза обсессивно-фобических расстройств (ОФР) уделяется недостаточно внимания. В то же время изменение жизненных стереотипов населения нашей страны, появление новых классов психотропных средств не могли не сказаться на их различных особенностях. В проведенном исследовании была сделана попытка сопоставить условия манифестации, клинико-динамические характеристики и эффективность медикаментозной терапии невротических ОФР в 60-е-70-е годы прошлого века с одной стороны, и в последние 15 лет после введения в практику отечественной психиатрии МКБ-10 с другой. С этой целью были проанализированы работы сотрудников кафедры психиатрии 2-го МОЛГМИ имени Н. И. Пирогова (ныне ГОУ ВПО РГМУ Росздрава) и клинической группы профессора Н. М. Асатиани (клинические базы — психиатрическая больница № 8 имени З. П. Соловьева и психиатрическая больница № 1 имени Н. А. Алексеева), включающие изучение в общей сложности более 300 больных с невротическими ОФР.

¹ Кафедра психиатрии и медицинской психологии Российского государственного медицинского университета.

Изучение клиники и динамики невроза навязчивых состояний в 60-е-80-е годы прошлого столетия

Исследования невротических ОФР, проводившиеся в 1960 – 1970-е годы, выявили их характерные психопатологические и дифференциально-диагностические особенности [1, 2, 4, 5, 8, 12].

Изучение клинико-динамических характеристик больных неврозом навязчивых состояний показало, что его основным клиническим проявлением являются навязчивые страхи [1, 2]. Чаще всего встречались навязчивые страхи физического ущерба, среди которых доминировал страх смерти от болезни сердца. На втором месте среди невротических страхов стоял страх сумасшествия, на третьем — страх совершить самоубийство (убийство). Нередко страх смерти в своей эволюции сменялся суицидофобией. Было отмечено, что возникновению фобий всегда предшествуют психотравмирующие воздействия различной силы, чаще всего кратковременные, а сам невроз определялся как реактивно-психогенное заболевание у лиц, преморбидно не имевших патохарактерологических нарушений.

Было выделено три этапа развития невротических фобических расстройств [1, 2]. На первом этапе страх возникал только при непосредственном столкновении с травмирующей ситуацией. На втором этапе фобии появлялись уже в ожидании столкновения с трав-

мирующей ситуацией. На третьем этапе невротические навязчивости возникали под влиянием лишь представления о возможной встрече с травмирующей ситуацией. Период наибольшей остроты состояния, когда больные были загружены навязчивыми представлениями о патогенной ситуации на протяжении всего дня и боялись не только выйти, но и встать с постели, был назван “постельным”. При других психических заболеваниях, сопровождающихся синдромом навязчивостей (псевдоневротическая шизофрения, психастеническая психопатия) подобной динамики не отмечалось [4].

Были описаны два варианта течения невротических навязчивостей: непрерывное (48 %) и рецидивирующее (52 %) [1]. Невроз навязчивых состояний характеризовался малым диапазоном психопатологических нарушений и характеризовался сочетанием навязчивостей и неврастенического синдрома. Аффективные нарушения в виде субдепрессивного настроения носили вторичный, сопутствующий навязчивостям характер [12]. В начальном периоде и при обратном развитии невроза преобладали меры защиты в виде “логического самопереубеждения”, “мыслительного ухода от травмирующей ситуации”, отвлечение внимания, а при утяжелении заболевания преобладали пассивно-оборонительные реакции по типу “прямой защиты”, т.е. избегание ситуации.

При динамическом наблюдении больных неврозом навязчивых состояний контрастные obsessions выявлялись почти у половины больных, сосуществовали с ипохондрическими страхами, а само их появление свидетельствовало об утяжелении заболевания, что выражалось в усилении компонента навязчивых представлений [12]. Большинство больных откровенно сообщали врачам о своих страхах [4]. Навязчивый страх смерти сменялся страхом наложить на себя руки; к страху высоты присоединился страх выходить на балкон из-за возникающего желания выбраться, прыгнуть с балкона. При страхе поездок в метро возникал страх броситься под поезд, на улице возникала мысль броситься под проходящий транспорт, в вагоне метро возникал страх неправильно себя вести, кричать или совершать другие “непредсказуемые” действия. Некоторые больные сами не рассказывали о возникающих контрастных влечениях, их приходилось об этом расспрашивать, так как они стеснялись об этом говорить, называя это “глупыми мыслями и желаниями”. Пациенты сообщали о периодически возникающих мыслях и желаниях сделать недозволенное (“закричать в транспорте”, “написать нецензурные слова в официальном документе”, и т.п.).

Было показано, что появление навязчивых сомнений является как бы завершающим этапом усложнения obsessive синдрома и говорит о давности и тяжести заболевания [2, 5]. Навязчивые сомнения в виде “неверия” органам чувств при этом сохраняли “парциальность” и ограничивались пределами монотематического фобического синдрома, а с их присоединением obsessive синдром приобретал непрерывное

течение. В ряде случаев фабула сомнений расширялась, возникали сомнения, касающиеся не только обыденных жизненных ситуаций (“запер ли дверь”, “выключил ли электрические приборы” и т.д.), но и профессиональной деятельности, например, врач не мог выписать рецепт, а если выписывал, то не мог отделаться от мысли, что указал неправильные дозы и тем самым отравил больного, боялся уходить из кабинета, ожидая, что привезут отравленного пациента и т.п. Появление навязчивых сомнений обычно нарушало социальную адаптацию и профессиональную деятельность больных.

Пример. Больной Н., 25 лет, врач. Из анамнеза известно, что родился в семье служащих. Отец был требовательный, сын всегда боялся огорчить отца плохими отметками. Мать тревожная, чрезмерно опекала, вмешивалась в дела сына, давала ему рекомендации, освобождала его от всех домашних дел.

Когда больному было 12 лет, внезапно умер отец. Тяжело переживал его смерть, стал как-то серьезнее, появилось твердое желание стать врачом. Успешно окончил школу, поступил в медицинский институт. Первое время чувствовал себя неуверенно, был малообщительным, терялся при ответах.

После окончания института работал врачом в загородной больнице. Однажды шофер больницы прибежал в отделение и в кабинете врачей рассказал, что был свидетелем, как на станции муж больной, которую лечил Н., попал под поезд и погиб. Он не заметил паровоза, который маневрировал по путям. Н. образно представил эту картину. С тех пор заметил, что ему неприятно выходить из поезда на той станции. Придумывал другие пути, предпочитал идти пешком более 5 км, только бы не переходить железнодорожные пути. Позднее уже при одной мысли, что ему надо ехать в город, возникало чувство страха, усиленное сердцебиение, замирало сердце. Старался избегать перехода путей. Страх вызывал один только вид рельсов. Понимал необоснованность этих опасений, но избавиться от них не мог. Заметил, что появляется боязнь и при переходе трамвайных путей. Придумывал себе такой маршрут, чтобы не переходить улицу с трамвайными рельсами. Скрывал свои страхи от товарищей и родных, принимал транквилизаторы, старался всячески отвлекаться. Однажды, когда стоял на платформе и смотрел на подходящую электричку, внезапно возникла мысль: “Что, если я прыгну под поезд?” Показалось, что “потянуло прыгнуть”. Ухватился руками за перила платформы, отвернулся от поезда, долго не мог успокоиться. Сел в середине вагона, подальше от двери. С тех пор страх сделать “недозволенное” возникал, когда ждал поезда: старался не смотреть, поворачивался спиной, уходил к началу поезда. Понимал необоснованность страха, но справиться с собой не мог. В дальнейшем появились навязчивые сомнения.

Таким образом, выявление контрастных навязчивостей и навязчивых сомнений свидетельствовало о неблагоприятном исходе болезни и тенденции к хро-

ническому течению, то есть к невротическому обсессивно-фобическому развитию личности.

Наряду с этим, прогноз невроза навязчивых состояний с доминированием вегетативных кризов был расценен как достаточно благоприятный, серьезные нарушения социальной адаптации встречались редко [8]. Было показано, что вегетативные кризы играли при этом роль этиологического и патогенетического факторов. Они были представлены вегетативными проявлениями (тахикардия, повышенное потоотделение, приливы жара, покраснение кожных покровов, дизурические явления), эмоциональными и идеаторными расстройствами. Кардиофобии, наблюдающиеся в 90 % наблюдений, первоначально достигали степени сверхценных идей, а в дальнейшем носили навязчивый характер. Обсессии характеризовались монотематичностью, их содержанием являлись вопросы собственного здоровья, появлялись навязчивые опасения именно перед повторными кризами. Больные пытались активно бороться со своими страхами, отмечались механизмы отрицания болезни с проявлением “гиперкомпенсации” и “ухода в работу”.

Изучение невротических обсессивно-фобических расстройств в последние годы

90-ые годы прошлого века ознаменовались внедрением в практику отечественной психиатрии МКБ-10. ОФР были отнесены к рубрикам “тревожно-фобические расстройства” (F40), “обсессивно-компульсивные расстройства” (F41) и “ипохондрические расстройства” (F45).

В последние годы изучение ОФР сотрудниками кафедры психиатрии и медицинской психологии ГОУ ВПО РГМУ Росздрава (бывшего 2-го МОЛГМИ) происходит как с традиционных клинко-нозологических позиций с учетом динамического принципа, так и с позиций преобладающего в МКБ-10 синдромологического подхода [3, 6, 9, 11, 13].

Проведенные исследования выявили связь невротических фобий со своеобразием характерологического склада, что дало основание относить невроз навязчивых состояний к психогенно-личностным расстройствам [11]. Изучение психопатологии невротических фобий выявило их неоднородность. Было выделено 4 варианта патологических страхов: овладевающие, навязчивые, сверхценные и бредоподобные [11]. У госпитализированных больных преобладали сверхценные фобии. В качестве общей тенденции была прослежена следующая последовательность трансформации фобий: манифестный овладевающий страх сменялся навязчивыми фобиями, а последние — сверхценными фобическими нарушениями.

Изучение агорафобии в рамках невроза навязчивых состояний показало, что ипохондрические фобии являлись ее облигатным проявлением [3]. Началу агорафобии в большинстве наблюдений предшествовало пролонгированное воздействие биологических факторов в виде злоупотребления алкоголем, соматиче-

ских заболеваний и различных астенизирующих воздействий. Значительно реже манифестации ОФР предшествовали незначительные по силе психогенные воздействия, содержание которых не имело непосредственного отношения к большому (“условно патогенные” психогении). Доля же острых психических травм, представляющих “угрозу благополучию” личности, была невысокой (7 %). В преморбидном складе больных доминировали истерические и психастенические черты. Среди ипохондрических страхов в структуре панических атак примерно с одинаковой частотой встречались страх смерти от сердечного заболевания, немотивированные страхи без конкретной фабулы и страх потери сознания. Было выделено два варианта агорафобии: первичная, при которой генерализации страхов шла за счет повторения панических атак в новых ситуациях, достигая страха выйти на улицу, и вторичная, когда уклонение от тех или иных ситуаций появлялось “заранее” и отражало оценку этих ситуаций как “потенциально опасных” в плане тяжелых последствий при возможном возникновении в них очередного вегетативного пароксизма. Наиболее характерным защитным феноменом при первичной агорафобии было уклонение от фобических ситуаций, использование сопровождающего лица и ношение с собою лекарств. При вторичной агорафобии отсутствие критики и борьбы со страхами свидетельствовало о сверхценном характере переживаний и избегании ситуаций. Прогноз агорафобии был расценен как относительно неблагоприятный, особенно при высоких показателях уклонения от патогенных ситуаций, в связи с постепенным углублением социальной дезадаптации больных.

Наиболее типичным проявлением агорафобии был страх пользования транспортом. Стойкие первичные монофобии (метро, наземный транспорт) развивались в результате фиксации психогенного страха после тяжелых транспортных аварий, при этом тенденции к распространению страха на другие виды транспорта не было, сама страхи носили преимущественно навязчивый характер. Полифобии (совокупность 2–3 видов транспорта) и тотальные фобии (страх пользования всеми транспортными средствами) формировались путем генерализации вторичных фобий, которые, в свою очередь, развивались на основе приуроченных к поездкам панических атаках [6].

Изучение длительного течения невротических фобий позволило уточнить варианты их динамики [11, 13]. Пароксизмальное и рецидивирующее течение (17 % наблюдений), типичное для более ранних этапов развития фобических расстройств, со временем трансформировалось в варианты с непрерывным течением (53 % наблюдений): непрерывно-приступообразным и непрерывно-поступательным. Фобии со стационарной динамикой (25 %) во многих случаях являлись исходным состоянием фобических расстройств, при котором имело место стойкая панфобия с полной прикованностью к дому и глубокой социальной дезадаптацией. Также была выделена регреди-

ентная динамика фобических расстройств (5 %). К прогностически благоприятным признакам фобий были отнесены их более поздняя манифестация и отсутствие измененной биологической и социально-психологической “почвы”.

Исследование полиморфных невротических навязчивостей выявило наличие и переход различных ОФР от одного к другому в пределах этой группы, а также высокую коморбидность невротических ОФР на разных этапах их динамики [9]. В структуре манифестных панических атак, помимо вегетативных, аффективных и идеаторных симптомов, часто встречались истеро-конверсионные расстройства в виде ощущения “кома” в горле, “ватности” ног, “спазма нервов”.

Исходя из особенностей коморбидных соотношений, выделено два варианта течения невротических навязчивостей [9]. При первом варианте на отдаленных этапах динамики, помимо “типичных” фобий, встречались социофобии (36 %) и контрастные обсессии (16 %). Социофобии регистрировались в структуре повторных панических атак, нередко осложнялись депрессивными идеями малоценности. Контрастные обсессии также возникали в структуре неманифестных панических атак, нередко сопровождалась нестойким страхом сумасшествия и специфическими страхами. В ходе обратного развития вначале исчезали контрастные навязчивости, что приводило к редукции других расстройств. Последующие обострения заболевания протекали как с участием социофобий и контрастных обсессий, так и без них, динамика заболевания всецело определялась паническими атаками и агорафобией. Отмечаемое ранее типичное движение фобического синдрома в сторону появления контрастных навязчивостей и сомнений, свидетельствующих о патохарактерологическом развитии, как правило, не наблюдалось.

При втором варианте невротические ОФР исчерпывались агорафобическими страхами. На отдаленных этапах заболевания наблюдалось их расширение за счет повторения панических атак в новых ситуациях, отмечались выраженные тревожно-депрессивные реакции, достигающие степени раптоидных, персистировали истеро-конверсионные расстройства. Страх смерти нередко приобретал неопределенный характер, а депрессивные состояния и фобические расстройства могли развиваться параллельно друг другу при усилении неблагоприятных ситуаций. Прогноз заболевания здесь был хуже.

Следует отметить достаточно неблагоприятный социальный статус больных с невротическими фобиями [9]: почти половина из них не работали более одного года, а каждый пятый пациент имел инвалидность по психическому заболеванию.

Пример. Больная Г., 42 лет., не работает около полутора лет. Из анамнеза известно, что росла в условиях гиперопеки. Мать отличается властным, вспыльчивым характером, отец добрый, склонный к злоупотреблению спиртными напитками. В возрасте

4 лет после громкой ссоры между родителями развилось заикание. Родители развелись, когда ей было 10 лет. В школьные годы из-за заикания оставалась стеснительной, боялась отвечать у доски. Окончила электромеханический техникум, но по специальности не работала.

В 20 лет вышла замуж, через 3 года с мужем развелась из-за его “отстраненности от проблем семьи”. Одна воспитывала ребенка. В возрасте 23 лет, когда услышала о смерти соседки, резко почувствовала слабость, руки “как будто сковало”, не могла произнести ни слова. Через несколько минут возникло сердцебиение, чувство нехватки воздуха, потливость, немотивированный страх. В последующие дни находилась в тревожном ожидании приступа. Через две недели после этого почувствовала себя плохо в метро: появились сердцебиения, ощущение скованности в руках, одышка, боль в висках, страх смерти. В дальнейшем старалась добираться до работы на наземном транспорте, затрачивая на дорогу несколько часов. Если спускалась в метро, то клала под язык таблетку феназепам, ездила только в первом вагоне. Через год перестала пользоваться метро совсем.

В последующие годы панические атаки возникали не чаще одного-двух раз в 6 месяцев. Когда ей было 39 лет, панический приступ развился в автобусе. С тех пор стала испытывать тревогу в наземном транспорте, перешла на малоквалифицированную работу, расположенную рядом с домом. Обратилась в ПНД, был выписан профлузак. Панические атаки стали возникать реже, но страхи не уменьшились. С 41 года из-за страха, что никто не окажет помощь, перестала выходить на улицу одна, а после того, как приступ развился перед засыпанием, стала испытывать страх перед сном. Уволилась с работы. В возрасте 42 лет развился “острейший” приступ паники, сопровождавшийся судорожным сжиманием пальцев рук и ног, ощущением “кома” в голе, чувством онемения в правой руке.

Некоторые аспекты патогенеза и терапии невротических фобий

Касаясь патофизиологического объяснения динамики невротических навязчивостей, ученые 60-70-х годов прошлого века ссылались на экспериментально и клинически установленную взаимосвязь и взаимовлияние патодинамических структур и так называемых диффузных нарушений высшей нервной деятельности при неврозах [7]. Фобии относили к условно-рефлекторным образованиям, характеризующимся патологической стойкостью и генерализацией, что способствовало дальнейшему развитию фобического синдрома уже вне действия патогенных факторов. Считалось, что в основе указанной динамики невроза навязчивых состояний лежит постепенное развитие парадоксальных форм реагирования, выражающихся в появлении фобических реакций под влиянием как отставленных во времени, так и чрезвычайно слабых

(следовых) патогенных воздействий, что свидетельствовало об углублении гипнотических фаз в коре головного мозга больных в процессе утяжеления контрастности [1]. С этих позиций, присоединение контрастных навязчивостей связывали с наличием ультрапарадоксальных отношений в высшей нервной деятельности, что говорило о более глубоком уровне поражения нейродинамических процессов по сравнению с ипохондрическими страхами [7, 10]. Именно возникновением ультрапарадоксальной фазы объяснили появление контрастного влечения, когда эмоции и моральные установки были противоположные тем, которыми в действительности больные обладали.

Некоторые параклинические исследования выявили повышение экскреции адреналина и норадреналина в ночное время и преобладание гормонального звена над медиаторным, что давало основание для выбора психотропных средств с учетом их действия на адренергические рецепторы (фенотиазиновые нейролептики) [8].

В терапии невротических навязчивостей в 60-80-е годы прошлого века, помимо психотерапевтических методик, важнейшее место отводилось седативным нейролептикам фенотиазинового ряда (хлорпромазин, левомепромазин, перициазин, трифлуоперазин), транквилизаторам с преобладанием седативного эффекта (диазепам, хлордиазепоксид) и амитал-кофеиновому растормаживанию. Трициклические антидепрессанты (имипрамин, amitриптилин) использовались в низких дозах (25 – 75 мг в сутки) и непродолжительное время, применялись лишь при высоком удельном весе сопутствующих навязчивостям аффективных расстройств [5]. Рекомендованный средний курс лечения невроза навязчивых состояний нейролептиками и транквилизаторами составлял около двух лет [1].

В последние годы, благодаря прижизненным нейрхимическим исследованиям, считается установленным вовлеченность в патогенез панического расстройства трех видов рецепторов [14]: 1) снижение количества бензодиазепиновых рецепторов у нелеченных пациентов; 2) снижение числа серотониновых (5-НТ1) рецепторов; 3) снижение в височных долях головного мозга активности ГАМК-ергической системы.

Современное медикаментозное лечение панического расстройства с агорафобией включает использование трех основных групп психотропных средств: селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС), бензодиазепиновых транквилизаторов, трициклических антидепрессантов (ТЦА).

Медикаментозная терапия агорафобии включала использование различных ТЦА (без существенных различий в их эффективности) в дозе 100 – 150 мг в сутки, к которым присоединяли феназепам или алпразолам [3, 11]. Терапия была признана успешной у 75 % больных, однако через год после окончания курса лечения ее эффективность снизилась до 54 %. У большинства больных, принимавших терапию под врачебным контролем, агорафобическая симптоматика

оставалась на уровне, достигнутом в процессе стационарного лечения.

Были выявлены определённые корреляции между длительностью и преемственностью терапии, предшествовавшей госпитализации, и эффективностью проведённого лечения [13]. Среди больных, у которых в анамнезе имело место длительное курсовое лечение антидепрессантами с периодической сменой различных препаратов, достоверно чаще наблюдалось частичное или значительное улучшение состояния. Больные, находившиеся на длительном непрерывном или курсовом лечении одними и теми же антидепрессантами, как правило в низких и средних дозах, имели высокую толерантность к большому количеству психотропных средств, особенно к транквилизаторам. В группе больных, у которых в прошлом имел место кратковременный хаотичный приём различных препаратов, в три раза чаще наблюдались отсутствие эффекта или ухудшение.

Эффективность стационарной терапии СИОЗС, ТЦА и бензодиазепиновыми транквилизаторами (в первые три недели), измеренная с помощью Шкалы фобий в модификации Marks-Sheehan, была признана успешной только в отношении подшкалы “страх” данной шкалы, которая коррелировала с редукцией панических атак и ипохондрических страхов [9]. Что же касается подшкалы “избегание”, оценивающей степень фобического избегания, то здесь терапия оказалась малоэффективной. Последнее обстоятельство, по-видимому, было связано с тем, антифобический эффект СИОЗС развивается только через 3 – 6 месяцев их постоянного приема. Подтверждением этого предположения являлось то, что у больных, находящихся под длительным врачебным наблюдением, спустя некоторое время отмечалось заметное снижение агорафобических страхов.

Заключение

Основные признаки патоморфоза невротических ОФР, выявленные за почти полувековую историю изучения этих расстройств сотрудниками кафедры психиатрии 2-го МОЛГМИ (ныне ГОУ ВПО РГМУ Росздрава) суммированы в таблице 1. Различий между пациентами двух изученных групп по полу, возрасту и уровню полученного образования выявить не удалось.

Выделено несколько причин патоморфоза невротических ОФР: 1) связанные с болезнью; 2) связанные с лечением; 3) связанные с пациентом; 4) психосоциальные.

К причинам, связанные с болезнью, можно отнести такие признаки патоморфоза ОФР, как утрата психогениями ведущей роли среди условий манифестации фобий; формальный характер критики к ним, и, как следствие, преимущественно сверхценный уровень страхов; все большая распространенность в структуре психических заболеваний депрессивных состояний; меньшая конкретность фабулы ипохонд-

Таблица 1. Основные признаки патоморфоза невротических ОФР

Признак	60-70-е гг. XX века (n = 185, объединенные данные)	90-е гг. XX века — начало XXI в. (n = 150, объединенные данные)
Преморбид	Не важен	Психастенический, истерический
Условия манифестации	Психотравмирующие воздействия, чаще острые, представляющие “угрозу благополучию”	Однократные биологические вредности, “условно патогенные” психогении
Структура панических атак	Вегетативные расстройства, кардиофобии	Вегетативные расстройства, ипохондрические страхи, конверсионные расстройства, социофобии
Особенности ипохондрических страхов	Кардиофобии, страх сумасшествия, суицидофобии	Кардиофобии, немотивированные страхи, страх потери сознания
Ведущая фабула фобий	Ипохондрические страхи	Транспортные фобии с ипохондрической фабулой страхов
Психопатология фобий	Преимущественно навязчивые	Преимущественно сверхценные
Течение	Рецидивирующее (несколько преобладает) и непрерывное	Непрерывное (значительно преобладает), рецидивирующее, регрессионное
Динамика	Появление контрастных obsessions и навязчивых сомнений	Появление конверсионных расстройств, расширение агорафобических страхов

Таблица 1. Некоторые признаки патоморфоза невротических ОФР (продолжение)

Признаки благоприятного прогноза	Доминирование вегетативных кризов, монотематичность фобий	Психогенная провокация, полиморфизм ОФР, активная борьба со страхами
Признаки неблагоприятного прогноза	Контрастные obsessions, навязчивые сомнения, “постельный период”	Конверсионные симптомы, депрессии, расширение агорафобии
Защитные действия	“Самопереубеждения”, “мысленный уход”, “уход в работу”, уклонение	Уклонение, использование сопровождающих лиц, ношение лекарств
Контрастные obsessions	Частые, полиморфные, нередко скрываемые	Редкие, осложняются страхом сумасшествия
Особенности депрессивных состояний	Вторичные по отношению к ОФР субдепрессии	Сопутствующие ОФР тревожно-депрессивные состояния
Ведущие патогенетические механизмы	Парадоксальные формы реагирования; ультрапарадоксальная фаза; повышение экскреции норадреналина	Нейромедиаторный дисбаланс ГАМК-бензодиазепиновой и серотониновой систем
Особенности психофармакотерапии	Фенотиазиновые нейролептики, седативные транквилизаторы	ТЦА, СИОЗС, транквилизаторы-анксиолитики

рических страхов. В последние годы ОФР утрачивают психогенно-личностную предопределенность и становятся, наряду с депрессивными состояниями, все более универсальными проявлениями пограничных расстройств. Сами же депрессии все чаще выступают как сопутствующие ОФР состояния и в ходе лечения редуцируются значительно раньше последних. Большая распространенность в современной медицине неспецифичных для той или иной болезни симптомов обуславливает меньшую конкретность ипохондрических страхов, когда больные все чаще испытывают неопределенный страх с переживанием неясной угрозы здоровью и жизни.

Переход от нейрофизиологических и нейрогуморальных концепций к теории нейромедиаторного дисбаланса как основе патогенеза панического расстройства привел к изменению в тактике лечения. Активное использование в 1960 – 1970-е годы седативных нейролептиков, воздействующих лишь на вегетативные и аффективные компоненты фобического синдрома, могло способствовать его движению в сторону нарастания патохарактерологических расстройств, что клинически выражалось в появлении контрастных навязчивостей и навязчивых сомнений. При введении в схему терапии современных анксио-

литических антидепрессантов движение фобического синдрома в сторону патохарактерологического развития фактически не наблюдается, а неблагоприятная динамика проявляется расширением агорафобических страхов, конверсионных и депрессивных расстройств.

К причинам, связанным с пациентом, можно отнести большую распространенность пользования населением различными видами общественного и личного транспорта, и, как следствие, существенное негативное влияние на функционирование больных с транспортными фобиями. Низкий уровень медицинской образованности населения способствует более позднему обращению за специализированной помощью, что выражается в преобладании в последние годы непрерывного, а не рецидивирующего, течения ОФР, большей распространенности зависимости от приема токсикоманических средств и алкоголя.

Существенное влияние на патоморфоз невротических ОФР оказывают психосоциальные факторы. Смена жизненных стереотипов большей части населения, рост безработицы и связанная с этим низкая самооценка, невозможность из-за высокой распространенности страха езды на транспорте активной деятельности, недостаточность социальной поддержки,

безразличное, а часто и негативное отношение родственников способствуют частому появлению в последнее время среди больных с невротическими ОФР конверсионных расстройств и рентных установок. Можно предположить, что жизненные затруднения способствовали появлению конверсионных (истерических) расстройств, а большое распространение в терапии фобий в 90-е годы прошлого века антидепрессантов со стимулирующим действием в средних и высоких дозах (имипрамин, в том числе внутривенно, профлузак) облегчало их возникновение. Сравнительная редкость среди мер совладания с болезнью активной борьбы со страхами и преобладание пассивно-оборонительных стратегий обуславливает высокую степень уклонения от фобических ситуаций, изменения отношения больных к психиатрической помощи, частые и длительные госпитализации в психиатрические больницы, в том числе и в общепсихиатрические отделения, установку на оформление инвалидности по психическому заболеванию. Несмотря на значительные успехи в области изучения патогенеза и медикаментозной терапии, прогноз ОФР в целом нельзя назвать благоприятным, что может быть связано с негативным влиянием социально-психологических факторов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Асатиани Н. М. Особенности клиники и течения невроза навязчивых состояний. Автореф. дисс. канд. мед. наук. М., 1966.
2. Асатиани Н. М., Матвеева Е. С., Жуков В. Ф., Соколова Т. Н. Особенности динамики навязчивых страхов в клинике некото-

- рых пограничных состояний. В кн.: Материалы конференции (20 – 22 декабря 1971 г.). М., 1971; 147 – 151.
3. Дмитриева Л. Г. Психопатология, динамика и прогноз агорафобии. Дисс. канд. мед. наук. М., 1996.
4. Лакосина Н. Д. Прогностическое значение инициальных расстройств при невротических и невротоподобных состояниях. Невропатол и психиатр 1974, 11, 1688 – 1692.
5. Матвеева Е. С. Сравнительное изучение психопатологии и динамики навязчивых сомнений в клинике навязчивых сомнений в клинике вялотекущей шизофрении и пограничных состояний. Автореф. дисс. канд. мед. наук. М., 1972.
6. Михалева О. В., Сергеев И. И., Бородин Л. Г. Транспортные фобии (условия возникновения, клиника, прогноз и социальное функционирование больных). Рос. психиатр. журн 2004, 1, 13 – 18.
7. Озерецковский Д. С. Навязчивые состояния. М., Медгиз 1950.
8. Панкова О. Ф. Клинические особенности и некоторые возможные механизмы патогенеза невротических расстройств с вегетативными кризами. Дисс. канд. мед. наук. М., 1988.
9. Павличенко А. В. Множественные тревожно-фобические и обсессивно-компульсивные состояния при расстройствах шизофренического спектра (феноменология, динамика, коморбидность). Дисс. канд. мед. наук. М., 2007.
10. Попов Е. А. О некоторых неясных и спорных сторонах в проблеме неврозов. Невропатол. и психиатр. 1954, 5, 380 – 388.
11. Сергеев И. И., Шмилович А. А., Бородин Л. Г. Спорные аспекты проблемы фобий. В кн.: Материалы научно-практической конф., посвященной 80-летию со дня рождения Г. К. Ушакова. М., 2001, 7 – 35.
12. Соколова Т. Н. Синдром контрастных навязчивых явлений в клинике невроза навязчивых состояний и некоторых других психических заболеваний. Автореф. дисс. канд. мед. наук. М., 1972.
13. Шмилович А. А. Рецидивирующие и затяжные фобические расстройства. Дисс. канд. мед. наук. М., 1999.
14. Nutt D., Ballenger J. Anxiety Disorders. Oxford, Blackwell Publishing 2003.

Психопатологизация наркологических расстройств как доминирующая парадигма отечественной наркологии

В. Д. Менделевич¹

Статья посвящена клинико-психологическому и психопатологическому анализу собственно наркологических расстройств (феномена аддиктивного влечения, анозогнозии, понятию деградации личности и др.). Делается вывод о том, что без должных научных доказательств они причисляются к психопатологическому спектру. Это приводит к неадекватной тактике терапии с использованием антипсихотиков и иных психотропных средств.

Ключевые слова: наркологические расстройства, психопатология.

Теоретические основы российской наркологии и стандарты терапии наркологических больных кардинально отличаются от разрабатываемых в мировой наркологии. Наиболее явно теоретико-методологиче-

ские противоречия обнаруживаются при анализе опиоидной зависимости. Базой для столкновения научных позиций являются представления о механизмах формирования основополагающих клинических феноменов наркологических заболеваний.

В течение последнего десятилетия в отечественной наркологической науке отмечается все более отчетливая тенденция психопатологизации проявлений

¹ Казанский государственный медицинский университет; Институт исследований проблем психического здоровья.

наркологических расстройств, в особенности опиоидной зависимости². Возросло число научных исследований, в которых авторы ставят своей целью изучить и описать структурно-динамические закономерности и особенности наркологической патологии с позиции теории общей психопатологии. Множится число публикаций, посвященных описанию новых психопатологических феноменов, обнаруживаемых у наркологических пациентов [3 – 5, 8, 10, 14, 27 – 29]. Высказывается идея об “определенном “снобизме” со стороны “большой психиатрии” по отношению к наркологии и указывается на то, что “это происходит при... поверхностном рассмотрении психопатологических феноменов наркологического заболевания и поверхностном использовании... клинико-психопатологической методологии классической психиатрии” [4]. При этом отмечается, что аддиктивное заболевание следует рассматривать как “психопатологический процесс, имеющий свои дебютные характеристики, свою динамику, те или иные особенности своего формирования и “психопатологического насыщения”, тот или иной уровень активности” [3].

Описанная отечественная тенденция углубления в клинико-психопатологическую специфику наркологических расстройств с описанием структурно-динамических особенностей и нюансировкой патологии может считаться уникальным для мировой наркологии явлением. У коллег из других стран подобные исследования являются скорее редкостью, чем правилом, поскольку считается, что актуальных теоретико-диагностических проблем в сфере, к примеру, опиоидной зависимости, не осталось [23, 32, 33].

Парадокс заключается еще и в том, что увеличение числа исследований и публикаций российских ученых по данной проблематике не приводит к сколько-нибудь значимому повышению эффективности терапии опиоидной зависимости. К примеру, выделение и описание таких симптомов как “наркоавтоматизм” [4], или “рентно-манипулятивный психопатологический комплекс аддиктивного больного” [4], или “синдром абсолютной анозогнозии” [5], или таких вариантов течения наркологического заболевания как прогрессивно-злокачественный, стационарный, приступообразный, прогрессивный, интермиттирующий, транзиторный, безрецидивный варианты [8], или описание уровней т.н. патологического влечения к наркотикам (ПВН) — идеаторного, аффективно-

² Под психопатологизацией (“психиатризацией” по [19]) понимается процесс приписывания психологически или физиологически обусловленным психическим изменениям качеств психической патологии (расстройств), который основан на гипердиагностической парадигме. Психопатологизация противоположна “психологизации” (по Гуссерлю) при которой доминирует гиподиагностическая (антипсихиатрическая) парадигма, и психопатологические симптомы и синдромы трактуются как психологически понятные и объяснимые феномены жизни.

го, волевого, вегетативного, сенсорного — никак не сказались на повышении результативности терапии. Показатель годовой ремиссии в РФ на протяжении десятилетия остается стабильно низким и не превышает 10 % [13], что нельзя отнести на счет недостаточной разработанности клинико-диагностических и/или дифференциально-диагностических критериев.

Не вызывает сомнений тот факт, что наркологические расстройства занимают особое место в ряду психоло-психиатрических феноменов и симптомов. Однако *внешняя “неадекватность поведения” пациентов в виде склонности к употреблению ПАВ не может служить научным доказательством того, что это поведение является однозначно психопатологическим.* Могут существовать и иные трактовки. Так, позволительно утверждать, что “неадекватное поведение” может формироваться не только на основе психопатологических механизмов, но и вследствие индивидуально-психологических и даже биологических (физиологических) механизмов. Известно, что научно обоснованная квалификация психического состояния не может и не должна строиться на “принципах ортодоксальной психиатрии” [15], при которой неадекватность рассматривается как основополагающий критерий диагностики психопатологии, а должна исходить из феноменологического (в понимании К. Ясперса) подхода к диагностике. Именно данный подход признается в современной психиатрии единственно научным, позволяющим избежать субъективизма и диагностических ошибок [15, 19].

В российской наркологии одними из дискуссионных в плане причисления к психопатологическим симптомам или парапсихопатологическим феноменам следует признать следующие наркологические расстройства: аддиктивное влечение, анозогнозия наркологической патологии и психопатизация как следствие употребления ПАВ. Эти феномены рассматриваются в отечественной наркологии как однозначно психопатологические симптомы/синдромы [1 – 5, 7 – 11, 18, 26 – 29], и вопрос о пересмотре данного положения до последнего времени не ставился. Однако обращает на себя внимание тот факт, что в тезаурусе психопатологических симптомов двух первых феноменов нет. Этот парадокс нуждается в осмыслении, что позволяет говорить о повышенной значимости теоретической анализа основных наркологических расстройств с использованием знаний из области клинической психиатрии с целью поиска адекватных научных интерпретаций доминирующих нарушений.

Ключевым наркологическим феноменом признается аддиктивное влечение. Именно оно рассматривается как один из важнейших диагностических критериев наркологического заболевания и как источник формирования вторичных психических расстройств или девиаций поведения. В современной отечественной научной литературе феномен аддиктивного влечения обозначается термином “патологическое вле-

чение” (ПВН), причисляется к психопатологическому спектру и диктует необходимость применения арсенала психофармакологии [2, 26]. Появление в названии симптома слова “патологическое” и игнорирование применения традиционной для психиатрии терминологии следует признать нонсенсом. Данный факт позволительно рассматривать как диагностический субъективизм и как нарушение принципов феноменологии, которые гласят: “психопатологическим симптомом признается лишь то, что может быть таковым доказано” (принцип К. Шнайдера) [30]. Считается недопустимым закрепление в дефиниции за психолого-психиатрическим феноменом критерия “патологичности”, поскольку сам по себе симптом не рассматривается в рамках нормы и не требует дополнительного уточнения патологичности.

При единстве позиции рассмотрения аддиктивного влечения как психопатологического симптома/синдрома взгляды российских ученых-наркологов разнятся лишь в отношении клинической квалификации данного влечения. В соответствии с наиболее распространенной и утвердившейся в отечественной наркологии позицией, ПВН причисляется к спектру сверхценных образований. В. Б. Альтшулер [1, 2] определяет его как “паранойальное расстройство”, “сверхценное образование”, “обсессивно-компульсивное расстройство”, Н. Н. Иванец, М. А. Винникова [11] как “сверхценную структуру доминантного типа”, В. В. Чирко, М. В. Демина [26] как “сверхценную синдромальную структуру”.

Таким образом, можно констатировать тот факт, что аддиктивное влечение признается, по сути, расстройством мышления (сверхценной или бредовой идеей) психотического регистра. Прямо на это указывает В. Б. Альтшулер [2], отмечая, что “суждения больных в пользу потребления ПАВ... являются ошибочными, не поддаются коррекции, возникают на болезненной основе, систематизированы, монотематичны, эмоционально заряжены и определяют поведение больного”. То есть можно отметить, что, по сути, автор описывает все известные характеристики бреда.

Возникает вопрос о том, что, если ПВН — это “ошибочное суждение, не поддающееся коррекции и возникающее на болезненной основе” (т.е. бред), то можно ли утверждать, что пациент с аддиктивным влечением ошибочно признает свое влечение к наркотику влечением, и его поведение определяет лишь идея, не основанная на реальности? Еще более polemично вопрос может звучать так: есть ли у пациента фактическое влечение к наркотику или его нет? Следуя логике, ставшей доминирующей для отечественной наркологии при определении ПВН, влечение к наркотику у пациента с опиоидной зависимостью вымышлено (“ошибочное суждение”).

С точки зрения М. А. Винниковой [7], до настоящего времени спорными остаются вопросы оценки клинической структуры, динамики, вариантов ПВН.

Одни авторы подразделяют ПВН на обсессивное (навязчивое) и компульсивное. Однако, по мнению М. А. Винниковой [7], исходя из общепризнанных критериев навязчивых идей (переживаемая больным чуждость, осознание нелепости и болезненности, отсутствие тенденций к реализации), с подобной трактовкой синдрома ПВН согласиться затруднительно. Автору более импонирует другая точка зрения — определение ПВН как сверхценной структуры доминантного типа ввиду отсутствия чуждости данного феномена личности больного, критики и борьбы мотивов.

Для того, чтобы отстаивать позицию о психопатологической сущности ПВН необходимо ответить на вопросы о том, почему психиатрическая наука не включила данный клинический феномен в список психопатологических, является ли это случайностью или закономерностью. ПВН по-прежнему остается за рамками традиционных для психиатрии классификаций. Обозначая его как влечение, ПВН не причисляют ни к одному из типов нарушений волевой деятельности — ни к парафилиям, ни к парабулиям, ни к гипербулиям. И. Н. Пятницкая [17] в связи с этим пишет, что “компульсивное влечение — структурно сложный феномен”, указывая на то, что “в психиатрии выделяется группа расстройств влечений — патология, механизмы которой неясны”. В этом отношении следует обратить внимание на замечание С. Ю. Циркина [25] о том, что “усиление или ослабление разнообразных влечений [может являться] частым примером *условной симптоматики...*, а вариабельность интенсивности влечений в норме очень широка”. При этом справедливо отмечается, что “условные симптомы сами по себе не означают патологию”.

По мнению Ю. П. Сиволапа и В. А. Савченкова [21], феномен ПВН следует рассматривать как особую разновидность психопатологии, отличную от всех известных. Собственно аддиктивными расстройствами авторы обозначают совокупность патологических мотиваций, связанных с субъективной потребностью в опиоидах (при героиновой наркомании) либо альтернативных ПАВ с нередким приобретением витального характера влечения. Обратим внимание на указание авторов на “субъективный характер потребности” в наркотиках у наркозависимых. С нашей точки зрения, данное положение нуждается в обосновании.

Таким образом, можно констатировать, что феномен аддиктивного влечения имеет специфические феноменологические (непсихопатологические) особенности. Он отличается от многих психопатологических симптомов и синдромов и, несомненно, должен рассматриваться в ракурсе особых форм изменений (искажения) волевой деятельности. При этом вопрос о субъективности и объективности потребности в

наркотиках у химически зависимых становится кардинальным.

Для того, чтобы более точно классифицировать аддиктивное влечение обоснованнее обратиться не к традиционным психопатологическим расстройствам или известным психологическим феноменам, характеризующим волевой процесс (инстинкты, влечения, мотивацию), а к т.н. “извращениям (искажениям) влечений”, возникающим в условиях особых физиологических или патофизиологических состояний человека.

Следует отметить, что *любой психопатологический симптом клинически отражает расстройство психической деятельности, не вытекающее из физиологических или патофизиологических процессов. Если же за внешне сходными психопатологическими проявлениями лежит какой-либо физиологический процесс, то подобные феномены неправоммерно признавать психопатологическими*, и они, конечно же, не требуют психофармакологического лечения. Психопатологический симптом в рамках экзогенно-органических психических расстройств является, как правило, осложнением основного заболевания, а не его диагностическим критерием.

Для целей феноменологического анализа можно провести параллель и сравнить ПВН с искаженными влечениями, формирующимися на “патофизиологической почве” (например, с т.н. “извращениями вкуса”). Данное сравнение корректно, поскольку известно, что ПВН способно достигать интенсивности витальных влечений и вытеснять другие витальные влечения — голод, жажду [17].

Традиционная психопатологическая квалификация такого клинического феномена как влечение беременной к соленой пище (парарексия, дисгевзия) представляет значительные сложности, поскольку данное состояние связано с особенностями протекания физиологических процессов в условиях беременности (непатологического состояния). Диагност в подобных случаях не склонен применять термин “патологическое влечение” и прибегает к использованию термина “извращение” (искажение), что фактически означает скорее видоизменение пищевого — витального — влечения (потребности), чем его патологическое расстройство.

Аналогично в качестве предмета для сравнения с ПВН могут рассматриваться такие витальные феномены как полидипсия при сахарном диабете и сексуальные парафилии при гормональных дисфункциях. Ни те, ни другие не являются психопатологическими. Ни те, ни другие не могут отражать “субъективную потребность” в воде или сексе. Эти феномены относятся к аномалиям, изменениям (не нарушениям) психической деятельности, обусловленным известными патофизиологическими механизмами.

Следует заметить, что ПВН (особенно при опиоидной зависимости) по своей клинической феноменологии мало отличается от сексуальных парафилий.

Оба феномена характеризуются произвольностью, непреодолимостью, осознанием “чуждости”, связанностью с абстиненцией (фрустрацией), связанностью с физиологическими (патофизиологическими) процессами, стойкостью, склонностью к рецидивированию, резистентностью к психофармакотерапии. Их отличает лишь механизм возникновения, который при химической аддикции обусловлен изменениями, связанными с воздействием ПАВ, а при сексуальной аддикции — с гормональными изменениями. Кроме того, обращает на себя внимание тот факт, что терапия сексуальных аддикций (парафилий) отличается от терапии иных поведенческих или психических расстройств. Основой терапии служат не психотропные вещества (нейролептики, транквилизаторы, антидепрессанты, нормотимики и др.), эффективность которых сомнительна и мишенью которых являются коморбидные психические расстройства, и не психотерапевтические методики, а гормональные препараты (к примеру, антиандрогены) и некоторые негормональные препараты, оказывающие специфическое отрицательное влияние на половое влечение у мужчин, сравнимое с эффектом гиперпролактинемии [22]. Доказано, что использование перечисленных препаратов достоверно чаще приводит к купированию сексуальных аддикций по сравнению с применением психофармакологических веществ и других методов.

Иные известные формы аддиктивного поведения, связанные с “извращением” или “патологией” влечения и относящиеся к гомономным психопатологическим симптомам, как правило, охватывают лишь те сферы, которые вытекают из инстинктивных. К ним относится половой и пищевой инстинкты. Остальные формы аддикций не основаны на инстинктах и их обоснованнее отнести не к патологии влечений, а к “патологии увлечений” (гемблинг, фанатизм, работоголизм, Интернет-зависимости и пр.) — по терминологии МКБ-10 — расстройству привычек. Первые в отличие от вторых в обязательном порядке включают в себя понятие физической зависимости.

Место ПВН (особенно в условиях наркотика с высоким аддиктивным потенциалом — опиоидами) в системе расстройств привычек-влечений располагается ближе ко вторым. Несмотря на то, что не существует такого инстинкта как “инстинкт принимать ПАВ” по клиническим характеристикам в условиях сформировавшегося наркологического заболевания влечение носит биологический (“объективный”) характер. В отличие от расстройств привычек невозможность реализовать аддиктивное влечение способно существенно нарушить гомеостаз и привести к медицинским последствиям. Таким образом, сравнение полидипсии при сахарном диабете, вызывающей непреодолимое влечение к жидкости, и аддиктивного влечения к наркотику при опиоидной зависимости представляется научно оправданным и корректным.

Помимо феномена аддиктивного влечения другим спорным для квалификации в отечественной наркологии считается феномен *анозогнозии*. По мнению В. В. Чирко и М. В. Деминой [10, 27, 28], “в клинике наркологических заболеваний нарушения сознания болезни и адекватной самооценки представляют собой *имманентный психопатологический феномен*, который нельзя рассматривать как проявление “психологической защиты”, поскольку он тесно вплетается в доминантную сверхценную структуру синдрома патологического влечения и в своей эволюции полностью коррелирует с ее динамикой”. Подобный подход к оценке феномена анозогнозии противоречит традиционной для медицинской психологии и нейропсихологии дефиниции анозогнозии как “нежелания или неспособности распознавать расстройство или болезнь и соответственно себя вести” [16]. Считается, что неправомерно применение термина анозогнозия при описании неосознания психически больным своего психотического состояния (а авторы расценивают ПВН как психотический симптом). Для данного феномена используется термин “*некритичность*”. Однако ни тот, ни другой феномен не обозначается как психопатологический симптом и рассматривается как естественное для психотического состояния отрицание наличия у пациента психических расстройств.

Как справедливо замечает Б. Д. Карвасарский [12], “недостаточная изученность проблемы анозогнозии у наркологических больных обусловлена ее сложностью и терминологической путаницей, когда как синонимы употребляются выражения: анозогнозия, некритичность, внутренняя картина болезни, самооценка и идентификация”. Можно согласиться с тем, что не вполне обосновано феномен, скрывающийся за вышеперечисленными терминами, одновременно описывать как симптом, состояние и как структурное личностное образование. “Стремясь сохранить свои представления о мире и самом себе, больной наркоманией строит систему психологической защиты. При этом собственный негативный опыт искажается или игнорируется полностью, а структура личности становится все более ригидной. У больных наркоманией основными формами защиты являются: отрицание, регрессия и компенсация. Активность психологических защит, способствующих социальной адаптации у зависимых от ПАВ, достаточно высока. Это подтверждается тем, что в некоторых жизненных ситуациях, особенно связанных с приобретением наркотиков, больные ведут себя вполне “адекватно”, проявляя при этом повышенную энергию и целенаправленность” [12].

То есть, суммарный показатель активности психологических защит, создающих трудности для социальной адаптации человека, отрицательно коррелирует с пониманием наркомании как болезни. *Это свидетельствует о формальном признании больными наркоманией своего заболевания. Данный факт про-*

тиворечит трактовке анозогнозии как психопатологического симптома.

Психопатологическим нонсенсом, с нашей точки зрения, является выделение такого симптома как “абсолютная анозогнозия” [5], поскольку анозогнозия не может быть частичной (“а” и указывает на абсолютное отрицание, не существует же термина “абсолютная амнезия”?). С точки зрения некоторых авторов [5], у наркологического больного “неприятные болезненного характера расстройства обусловлено стойким поражением психики..., [при котором] патологическое мышление, отображая функцию критики, демонстрирует именно неспособность идентифицировать болезнь ни как абстракцию, ни как конкретику, поскольку болезнь создает уже на своем первом... этапе мощный барьер, препятствующий осуществлению объективной оценки негативных последствий интоксикации и всего поведения в целом”. Высказывается идея о том, что “болезненно искаженное мышление [с нескритичностью] приводит к зарождению и развитию негативной симптоматики”. То есть, помимо анозогнозии в качестве психопатологического симптома при наркоманиях некоторые авторы рассматривают также некритичность мышления пациента.

В связи с этим, следует отметить, что изучению феномена некритичности посвящено множество работ известных психопатологов [20, 24]. В настоящее время данный феномен определяется как “игнорирование (обычно на неосознанном уровне) или грубый недоучет информации, которой располагает индивидуум, или не использование в полной мере своих интеллектуальных способностей” [24]. При этом справедливо указывается на то, что в рамках этого относительно широкого определения некритичности следует разграничивать несколько понятий, которые различаются и по смыслу, и по значению. В частности, предлагается выделять понятие псевдонекритичности, подразумевающее сохранение адекватных суждений при нерациональном или социально неодобряемом поведении. “Клиническое значение псевдонекритичности... относительно невелико, поскольку она... не представляет собой первичного патологического феномена” [24].

С нашей точки зрения, неправомерно приписывать поведению наркозависимого характер некритичности как психопатологического симптома, поскольку оно не соответствует критериям определения некритичности [20] как неспособности: 1) осознавать болезненный характер своих переживаний; 2) адекватно оценивать текущую ситуацию и считаться с ней, корректируя свое поведение и свои ошибки; 3) прогнозировать результаты своей деятельности; 4) соотносить свои цели со своими возможностями. Наркологический больной (к примеру, зависимый от опиоидов) критичен к своему состоянию, понимая, что его влечение носит непреодолимый болезненный характер, он может адекватно оценивать и прогнозировать си-

туацию, однако в силу физиологически обусловленного непреодолимого влечения к наркотику он оказывается не в силах скорректировать свое поведение и соотносить свои цели со своими возможностями.

В отечественной наркологии утвердилось представление о том, что наркологические заболевания, как правило, приводят к еще одному психопатологическому симптомокомплексу, который называется психопатизацией личности. Данный факт отражает клиническую реальность. Однако традиционно психопатизация рассматривается либо как следствие органического поражения головного мозга (психопатоподобный синдром), либо как результат изменений личности, возникающих в особых условиях жизнедеятельности, либо как экзакцербация преморбидно существовавших характерологических девиаций. Для диагностики психопатизации кардинальным считается не столько выраженность дезадаптации, сколько несоответствие реагирования наличной ситуации. Можно утверждать, что в случае с наркозависимостью (например, опиоидной) пациент сталкивается с трудноразрешимой проблемой. Суть ее заключается в том, что в противоречие входит наличие непреодолимого влечения к наркотику (носящее биологический объективный, а не субъективный характер) и осознаваемый им как противоправный или как аморальный характер употребления ПАВ. То есть, *реализация аддиктивного влечения в виде употребления наркотика у больного носит внешне дезадаптивный, но внутренне адаптивный характер*. И наоборот, невозможность реализации аддиктивного влечения способна приводить к психосоциальной, поведенческой дезадаптации и, возможно, психопатизации.

В связи с вышеперечисленным анализом, с нашей точки зрения, некорректным следует признать обозначение поведения пациента в период актуализации аддиктивного влечения как *манипулятивно-рентного психопатологического симптомокомплекса* [4] или психопатоподобного синдрома [29]. *В условиях, когда у пациента в силу социальных ограничений отсутствует возможность реализации физиологической потребности, а влечение носит витальный характер, поисковое поведение не может быть признано психопатологическим, каким бы неадекватным оно ни казалось*. Жажда больного сахарным диабетом, не имеющего возможности в какой-либо ситуации получить вожделенную воду, с комплексом реакций на это должны рассматриваться как адекватные ситуации (непсихопатологические и непсихопатические).

Особо следует остановиться на описываемых отечественными наркологами в рамках психопатологических последствий употребления ПАВ — наркоманических изменениях личности (деградации) — *“морально-этическом снижении личности”* и *“признаках нравственно-этической наркоманической деградации”* [18]. Без должного психопатологического анализа к ним авторы относят такие проявления как:

позерство, паразитические тенденции, ветренность, склонность к тунеядству, праздному образу жизни, притупление чувства профессионального долга и др. Тогда как, под деградацией личности понимается “утрата личностью присущих ей свойств с обеднением всех ее способностей (чувств, суждений, дарований, активности и др.)” [6].

М. Л. Рохлина и А. А. Козлов [18] пришли к парадоксальному выводу о связи тяжести “морально-этического снижения” с употреблением того или иного ПАВ, т.е. фактически обнаружили связь между этическими нормами поведения и химическим составом употребляемого вещества (?!). С их точки зрения, “тяжесть... прогрессировала быстрее у лиц, злоупотребляющих опиумом, медленнее — у больных героиновой и полиморфной наркоманией и медленнее всего — у злоупотребляющих первитином-эфедроном”. Непонятным с позиции законов психопатологии осталась также описанная авторами тенденция рецидивирования/регрессирования тяжести морально-этического снижения личности. Согласно канонам психиатрии, изменения личности относятся не к “нозосу”, а к “патосу” и по определению носят стойкий характер [15, 19]. Следовательно, они не могут быть подвержены ундулированию в зависимости от меняющихся обстоятельств жизни.

В связи с распространенной в отечественной наркологии позицией о том, что деградация личности, включающая, в первую очередь, т.н. “морально-этическое снижение” является одним из психопатологических симптомов наркологической болезни, следует напомнить высказывание К. Ясперса [31] о том, что *“психические функции сами по себе не обуславливают ни порока, ни добродетели”*. То есть, никакая психическая болезнь сама по себе не может вызвать аморальное, безнравственное или неэтичное поведение. Аморальностью обозначают отрицательное отношение человека к нормам морали и нравственности. Подразумевается, что данное отношение носит осознаваемый характер. В условиях же психической болезни патологические психические процессы искажают понимание многих сторон жизни. Пациент может по-прежнему адекватно относиться к нормам морали и нравственности, однако он не всегда способен контролировать свое поведение (особенно при обострении симптоматики). В связи с этим, неправомерно обозначать поведение психически больного, детерминированное психопатологическими проявлениями, а не сознательно регулируемое, терминами аморальное, безнравственное, неэтичное. У пациентов в силу психической болезни нет возможности руководствоваться этическими нормами, правилами поведения, при этом он остается способным различать добро и зло, должное, судить о справедливости или несправедливости и т.п.

В мировой наркологии понятие “деградации личности” с упором на морально-этический аспект не ис-

пользуется. В рамках последствий злоупотребления наркотиками описываются лишь “сопутствующие изменения личности”, которые “могут иметь сходство с такими психическими расстройствами, как антисоциальное изменение личности” [23].

Поведение наркозависимого не может признаваться аморальным, поскольку следование нормам морали у него блокируется непреодолимым физиологическим влечением, являющимся основополагающим признаком его болезни. При этом наркотики криминализированы, и любая попытка их приобрести или употребить может рассматриваться окружающими в качестве либо преступления/проступка, либо безнравственного поступка. Однако в рамках клинико-феноменологической оценки поведения человека важен контекст. Следует различать возможную преморбидную аморальность потребителя наркотиков без признаков наркологической болезни и псевдоаморальность пациента с клинически выраженным физиологически обусловленным аддиктивным влечением.

Таким образом, проведенный психолого-психопатологический анализ наркологических расстройств позволяет констатировать тот факт, что в современной отечественной наркологии они без должных научных доказательств причисляются к психопатологическим. Это приводит к неадекватной тактике терапии с использованием антипсихотиков и иных психофармакологических средств. Все это диктует необходимость более детального изучения механизмов психогенеза наркологических расстройств на базе феноменологической психиатрии и пересмотра доминирующей теоретико-методологической парадигмы.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Альтшулер В. Б.* Патологическое влечение к алкоголю. М.: “Медицина”, 1994, 216 с.
2. *Альтшулер В. Б.* В Национальном руководстве по наркологии. М., 2008, 720 с.
3. *Благов Л. Н.* Опиоидная зависимость: клинико-психопатологический аспект. М.: Гениус, 2005. — 316 с.
4. *Благов Л. Н.* Психопатологический феномен рентности и манипулятивности поведения наркологического больного // *Наркология*. — 2008. — № 11, 12. — с. 87 – 98, с. 89 – 96.
5. *Благов Л. Н.* Синдром абсолютной анозогнозии в клинике химической зависимости // *Наркология*. — 2009. — № 1, 2. — с. 103 – 111, с. 90 – 100.
6. Большой медицинский словарь. <http://dic.academic.ru/contents.nsf/medic2/>.
7. *Винникова М. А.* Ремиссии при героиневой наркомании (клиника, этапы течения, профилактика рецидивов). Автореф. дисс. д-ра. мед. наук. М., 2004. — 33 с.
8. *Галактионова Т. Е.* Клинические варианты героиневой наркомании в аспекте дифференцированной терапии / Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук, М., 2009, 21 с.
9. *Даренский И. Д.* Расширенная клиническая оценка состояния наркологических больных // *Наркология*. — 2003. — № 8. — с. 34 – 38.
10. *Демина М. В., Чирко В. В.* “Отчуждение” аддиктивной болезни. — М.: Медпрактика-М., 2006. — 191 с.
11. *Иванец Н. Н., Винникова М. А.* Героиневая зависимость (клиника и лечение постабстинентного состояния). — М.: “Медпрактика”, 2001. — 128 с.
12. *Карвасарский Б. Д.* Психотерапевтическая энциклопедия. <http://vocabulary.ru/dictionary/6/word/>.
13. *Кошкина Е. А., Киржанова В. В.* Современное состояние наркоситуации в России по данным государственной статистики // *Наркология*. — 2009. — № 8.
14. *Кургак Д. И.* Клиническая динамика, психопатологические особенности и профилактика опиоидной наркомании, осложненной алкоголизмом / Автореферат канд. дисс., Томск, 2007, 24 с.
15. *Менделевич В. Д.* Психиатрическая пропедевтика. М.: Медицина, 3-е издание переработанное и дополненное. — М., 2004, — 528 с.
16. Оксфордский толковый словарь по психологии/Под ред. А. Ребера, 2002 г. <http://vocabulary.ru/dictionary/487/word/>.
17. *Пятницкая И. Н.* Общая и частная наркология. — М.: “Медицина”, 2008. — 640 с.
18. *Рохлина М. Л., Козлов А. А.* Наркомании. Медицинские и социальные последствия. М., 2001. — 208 с.
19. *Савенко Ю. С.* Психиатризация массового сознания // *Независимый психиатрический журнал*. — 1996. — № 2. — с. 55.
20. *Савенко Ю. С.* Комментарий к статье С. Ю. Циркина // *Независимый психиатрический журнал*. — 2006. — № 4.
21. *Сиволап Ю. П., Савченков В. А.* Злоупотребление опиоидами и опиоидная зависимость. — М.: Медицина, 2005. — 301 с.
22. *Ткаченко А. А.* Сексуальные извращения — парафилии. — М., 1999. — 461 с.
23. *Фридман Л. С., Флеминг Н. Ф., Робертс Д. Г., Хайман С. Е.* Наркология / пер. с англ. — М.; СПб.: “БИНОМ”, 2000. — 320 с.
24. *Циркин С. Ю.* Расстройства критики. // *Независимый психиатрический журнал*. — 2006. — № 4.
25. *Циркин С. Ю.* Симптомы и синдромы в клинической диагностике // *Независимый психиатрический журнал*. — 2009. — № 2.
26. *Чирко В. В., Демина М. В.* Наркология — предмет и задачи / *Наркология*. — 2009. — № 4. — с. 70 – 78.
27. *Чирко В. В., Демина М. В.* Симптомы и синдромы аддиктивных заболеваний. // *Наркология*. — 2009. — № 5. — с. 67 – 72
28. *Чирко В. В., Демина М. В.* Симптомы и синдромы аддиктивных заболеваний. Аддиктивная триада / *Наркология*. — 2009. — № 7. — с. 77 – 85.
29. *Шайдукова Л. К., Коблова Е. В.* Структура психопатоподобных расстройств у больных опийной наркоманией. // *Социальная и клиническая психиатрия*. — 2009. — № 2. — с. 5 – 9.
30. *Шнайдер К.* “Клиническая психопатология” — Киев, 1999, с. 215 (цит. по Ю. С. Савенко, 2009).
31. *Ясперс К.* Общая психопатология. — М.: Практика, 1997. — 1056 с.
32. *de Vos J. W., van den Brink W., Leeuw R. S.* Opiate craving and presence of psychopathology / In *Maintenance Treatment: Pharmacokinetics, Psychopathology and Craving*. Chapter 8, 1997.
33. *Dodes L. M.* Compulsion and addiction. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 1996, vol. 44, p. 815 – 835.

КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ

Противоречия традиционного и современного подходов к диагностике

Семинар ведет проф. В. В. Калинин (15 апреля 2010 г.),
Врач-докладчик Н. В. Правдина

Уважаемые коллеги! Вашему вниманию представляется больной Сергей Г., 1988 года рождения, который в настоящий момент в 11 раз находится в нашей больнице.

Анамнез. Родился в Москве, в полной семье, единственный ребенок, наследственность психопатологически не отягощена, у нарколога никто из родных также не наблюдался. Отец пациента работает шофером, мать со средним специальным образованием, по специальности секретарь. С 2003 года не работает, является инвалидом второй группы, страдает двухсторонним поликистозом почек. 3 раза в неделю мама уезжает на полдня в больницу, где ей проводят плазмаферез. Такая ситуация с 2003 года. Работает только папа, он и содержит семью. Мама страдала заболеванием почек давно и во время беременности тоже. Беременность протекала очень тяжело, она наблюдалась нефрологом, лечилась в отделениях гинекологии, лежала на сохранении беременности. Роды прошли в срок в специализированном роддоме при 20 городской клинической больнице. Пациент родился с малым весом 1,700 гр., и 10 дней находился в больнице вместе с матерью. Потом мама была выписана, а малыш переведен в отделение патологии новорожденных и находился там в течении месяца. Динамика была положительная, за месяц он набрал вес до 3,200, и, со слов мамы, при выписке врачи уверяли, что все обошлось благополучно. В детстве он не наблюдался у врачей специалистов. Развитие в соответствии с возрастом, ходить, говорить начал вовремя. Был тихим, послушным, как говорится, беспроблемным ребенком. Черепно-мозговые травмы, оперативное вмешательство отрицает. Посещал логопедический детский сад, так как были проблемы со звукопроизношением, но в целом речь развивалась в соответствии с возрастом. В детский сад пошел с удовольствием, легко адаптировался в детском коллективе, имел друзей, когда болел, рвался в садик. В школу пошел с семи лет. Учился неплохо, имел несколько друзей. Нравились гуманитарные предметы: история, география, не любил точные науки, с ними было справляться тяжелее. Сам пациент описывает себя как застенчивого, стеснительного, неуверенного в себе, отмечает что всегда было сложно отвечать у

доски.. Вспоминает, как в начальной школе дети по очереди читали вслух, и когда до него доходила очередь, он просто слова не мог из себя выдать. Отмечает, что с третьего класса в такие моменты у него были периоды заикания, но мама про эти эпизоды ничего не знает и не помнит, то есть специально он не лечился. И сейчас, если приходится говорить перед большой аудиторией, может начать заикаться. Ежегодно с семи лет ездил летом на одну или две смены в летний лагерь и очень стремился к этим поездкам, там ему очень нравилось. Легко знакомился там с ребятами, несмотря на свою стеснительность и застенчивость, общался с девочками. В старшем возрасте он именно в лагере познакомился с девушками, с которыми имел сексуальные отношения, но после лагеря ни с кем из них отношения не продолжал. Звонки, как правило, обрывал и отношения не поддерживал. Как-то особых увлечений и хобби в школьные годы не имел. Любил играть во дворе в футбол с ребятами, болел за команду “Спартак”, фанатом никогда не был, футбольные матчи не посещал. Вспомнил, что в течении месяца занимался на курсах гитары, но бросил. Закончил 9 классов общеобразовательной школы. В 10 класс, со слов пациента, не пошел сам, а со слов матери: администрация школы не оставила его из-за плохой успеваемости, объяснили, что много троек. После 9 класса три года учился в техническом колледже № 19, по специальности электромонтер. В техникуме также имел несколько друзей, после техникума в течение трех лет работал на заводе “Вымпел”, то слесарем, то электромонтером. Пока на заводе были заказы, он неплохо зарабатывал. После работы сразу шел домой и свободное время в основном проводил за компьютером, общаясь в социальных сетях, прежде всего, “в контакте”. В выходные дни иногда встречался с друзьями. В армии пациент не служил, так как у него близорукость и недобор по весу, он всегда был щуплым, худеньким мальчиком. У него и мама худенькая, и сам имел недобор по весу. Через три года заказов на заводе стало мало, зарплата сократилась, рабочие начали увольняться с завода, и на этой общей волне он тоже уволился. Это было летом 2008 года. Больше он постоянной работы не имел, подрабатывал курьером то в одном, то в другом месте. Когда он на

чинал работать, ему казалось, что его очень сильно загружают, и он уходил, переходил в другое место, но и там что-то не складывалось и он опять менял место работы. Мама не хотела, чтобы он был предоставлен сам себе и, видя что с работой не складывается, устроила его в платный ВУЗ, связанный с туризмом, где он проучился полгода и сдал первую сессию.

Потом начались поступления в больницу, и он не стал продолжать учебу, поскольку не дорожил ею. Проживает он с мамой, инвалидом по соматическому заболеванию и отцом. В старших классах школы (это 2003 – 2004 гг.) он стал говорить матери, что у него слишком худые руки, что он излишне худ, что у него оттопыренные уши. Позже с целью изменить свою внешность посещал “качалку”, уже в техникуме и когда работал на заводе. Хотя были заметные результаты, у него формировалась мускулатура, он не был доволен, считал, что все равно он худой и из-за этого у него проблемы в общении с девушками. С 2006 года, это последний год, когда он учился в техникуме, появились мысли о собственной несостоятельности, а мысли, что у него некрасивая внешность, стали возникать чаще, думал, что у него из-за этого нет девушки. Тогда же, в 2006 году, общаясь в социальной сети “в контакте”, он вступил в группу потенциальных самоубийц. Группа тогда только создавалась, и он так активно участвовал в общении, что стал заместителем администратора. Когда приходили заявки на участие в группе, он задавал вопросы, определял, может этот человек вступить в группу или нет. В этой группе общались в основном те, кто по тем или по иным причинам хотел покончить жизнь самоубийством или уже делал это ранее, а также те, кто лечился в психиатрических больницах. Пациент вспоминает, что в основном там обсуждались способы, как легче и приятнее всего уйти из жизни.

Больным себя считает с лета 2008 года. Как раз в этот момент он ушел с завода и был предоставлен сам себе. Усилились мысли о своей уродливости, они стали носить навязчивый характер, появилось ощущение, что окружающие думают, что он некрасивый человек, стали появляться суицидальные мысли. Этим он объясняет и вступление в группу потенциальных самоубийц. В ВУЗе, в который его устроила мать, он проучился полгода. Тогда же стал интенсивно общаться в сети с группой неформалов, которые называются “готы”, они ходят в темных одеждах, девушки с темным макияжем. Он не смог объяснить, какая у них идеологическая подоплека, охарактеризовал только одним словом “анархия”. До этого он состоял в разных группах, и в группе “Спартака”, и в группе потенциальных самоубийц, но никогда не встречался лично с представителями этих групп. А готы 3 раза в неделю собирались в разных местах, выпивали пиво и алкогольные коктейли. Алкоголь в подростковом возрасте, в школьном возрасте и во время учебы в техникуме пациент не употреблял, а когда работал на заводе то несколько раз пробовал и остались неприятные

впечатления. Но потом, встречаясь с этой группой готов, он заметил, что когда выпивает пиво или коктейли алкогольные, ему становится легче решить свою основную проблему, проходит застенчивость, стеснительность, легче общаться. И вот три раза в неделю, употребляя легкие алкогольные напитки, он с удовольствием встречался с готами, общался с ними, но какого-то морального удовлетворения не имел, поэтому осенью 2008 года вступил в группу, которая называлась “не грузи ближнего своего”, опять же “в контакте”. Это группа православной направленности, и тогда же у него стали появляться мысли о никчемности своего существования, о смысле жизни. Он думал, что придя к богу, сможет как-то решить это для себя, потому что для него это стало тягостно. Эта группа была связана с реабилитационной работой с бывшими или настоящими наркоманами и лицами, страдающими алкогольной зависимостью. При храме в поселке Ильинское организация “Возрождение” давала приют и работу бывшим наркоманам. Наш пациент приезжал туда один раз на 2 недели, потом на несколько дней, не предупреждая об этом родителей, т.е. они его искали. Он говорит, что ездил, когда на душе становилось совсем плохо. Но потом он понял, что эта организация представляет из себя “секту”, потому что там в основном приживались те, у которых не было жилья. Каждое утро их сажали на автобус и отвозили в Москву, где они таскали мебель, расклеивали объявления и т.п., с учетом физических сил. Т.е. они зарабатывали деньги организаторам. Поэтому наш пациент не захотел в этом участвовать, он не находил там никакой духовной поддержки. Он снова продолжал встречаться с готами, употребляя слабые алкогольные напитки, понемногу читал философско-психологическую литературу. Учился в вузе, но много времени у него это не занимало. Его одолевали мысли о собственной уродливости, при чем он думал не только о том, что он худой, у него худые, тощие руки, некрасивые уши, у него появились мысли, что вся внешность, все черты лица у него уродливые, и окружающие люди видят это и поэтому, даже если он с кем-то заговорит, с ним не захотят общаться. Будучи и без того стеснительным, он вообще старался не вступать в общение, за исключением случаев приема алкоголя. Мысли о том, что надо покончить жизнь самоубийством, его не оставляли, и после первой суицидальной попытки он поступил в нашу больницу. Первое поступление было с 29 марта по 29 апреля 2009 года. Накануне он несколько дней встречался с группой готов, не появлялся дома, употреблял слабые алкогольные напитки, был на каких-то квартирах, потом стал говорить своим приятелям, что сейчас он выбросится из окна. А это был 8 – 9 этаж. Приятели его удержали, вызвали скорую, и он поступил в нашу больницу с диагнозом “депрессивный эпизод с суицидальной тенденцией”. Сам он говорит, что был сильно пьян, стал кричать, что выбросится из окна. При этом у него были смешанные чувства: с одной сторо-

ны, хотелось, чтобы его остановили, с другой — хотелось это осуществить. Когда он поступил в больницу, то по его словам, несколько дней был как во сне. Потом пришел в себя. Он был проконсультирован профессором Циркиным, и через 31 день после поступления был выписан с диагнозом циклотимия. Получал ципролекс 10 мг и неулептил 10 мг. Был выписан в удовлетворительном состоянии. При первой госпитализации его смотрел психолог. На первый план выступает личностная незрелость, преобладание внешнего обвиняющего типа реагирования в сочетании с недостатком рефлексии, тенденция приписывать окружающим излишнюю враждебность, эгоцентризм, фиксация на негативных переживаниях на органически неполноценной почве. В статусе отмечено, что большой время проводил в основном в палате, инициативы при контакте не проявлял, крайне скудно, кратко, однообразно, односложно отвечал на вопросы. Сидел в скованной позе, затруднялся в описании своих чувств, в объяснении причин, почему он совершил суицидальную попытку, застенчиво улыбался, говорил, что все понял и осознал и просил о выписке.

29 апреля выписался, а 3 мая поступил вновь. Он вернулся домой, были какие-то проблемы с родителями, он украл у матери деньги и ушел из дома, несколько дней он находился в компании готов, потом в состоянии алкогольного опьянения появились суицидальные мысли, и он обратился в приемный покой нашей больницы. В больнице он говорил, что мыслей никаких не было, просто он не хотел идти домой, потому что ему было стыдно перед родителями, а в больнице все знакомо. Своих внутренних переживаний до конца не раскрывает, ответы формально краткие. Во время второй госпитализации больной освоился, выглядел более раскованным, охотнее шел на контакт с врачами, с медперсоналом, включался в трудовые процессы. В беседе улыбался, поддерживал шутки, много читал, говорил, что будет поступать в другой ВУЗ, потому что этот — туристического бизнеса — ему навязали родители, строил планы на будущее. Был выписан 3 июня.

Ситуация всегда однотипная. Когда проходит 2 – 3 недели, больной начинает настаивать на выписке, просит маму: “Пожалей меня, здесь очень плохо, здесь такие плохие условия, забери меня”. Мама пишет заявление, насколько возможно мы его удерживаем, потом выписываем. 8 июня он поступает в больницу в состоянии алкогольного опьянения, опять взял дома деньги. В состоянии алкогольного опьянения он забрался на крышу высотного дома, говорил, что хочет прыгнуть с крыши, был остановлен приятелями, после чего самостоятельно обратился в приемный покой нашей больницы и был госпитализирован. Его первый диагноз — “циклотимия”. Выписан был 22 июня, 14 дней провел по требованию матери. 5 июля поступает в нашу больницу переводом из НИИ скорой помощи им. Склифосовского после нанесения себе поверхностных резанных ссадин в области пред-

плечья. Дома находился несколько дней, потом что-то продал, с деньгами пошел к готам. Выпил, домой идти было стыдно, появились суицидальные мысли, он отправился в НИИ Склифосовского с просьбой госпитализировать его. Поскольку он был пьяным, его не пустили, и тогда он нанес себе мелкие порезы, скорее царапины. Говорит, что мысли о суициде были невыносимы, и он хотел, чтобы его быстрее куда-нибудь госпитализировали, а потом перевели в нашу больницу. У нас он провел 33 дня, получал лечение нейрорептиками, неулептил, антидепрессанты. Нейрорептиками ему меняли, потому что у него плохая переносимость, побочные эффекты на этапирозин, меняли метрозанал, ремерон 30 мг на ночь, циклодол. Во время этой госпитализации он занимался в группе с психотерапевтом, занятиями был очень доволен. Воодушевленный, с планами на будущее и с желанием полностью все поменять, он выписывается 7 августа. И это единственный раз, когда он отсутствовал почти месяц. Родители его отправили без денег на месяц в деревню, где он жил с родственницей. Он отмечает, что чувствовал себя крайне некомфортно, потому что понял, что совсем ни с кем не может общаться. В деревне он увидел своих друзей, которых знал в детстве. И понял, не может ответить ни на один вопрос, когда к нему обращались. И он просто избегал встреч. Когда видел, что друзья идут по улице, он куда-то убежал. В таком состоянии, практически в полном одиночестве, с мыслями о собственной несостоятельности, о том, что он не может общаться, что у него нет будущего, нет девушки, он не сможет завести семью, все плохо и надо с этим покончить, он находился все время, что провел в деревне. В начале сентября он вернулся, родители устроили его на работу курьером, он несколько дней работал, а 5 сентября в состоянии алкогольного опьянения самостоятельно обратился в приемный покой нашей больницы с жалобами на суицидальные мысли.

Всего он госпитализировался 11 раз, начиная с 29 марта 2009 года. Мы его отпускали в домашние отпуска. Пока он под контролем мамы, все нормально, но когда мы его выписываем, все начинается сначала. Папа уходит на работу, мама 3 раза в неделю ложится в больницу, он предоставлен сам себе.

Сейчас он принимает сероквель 400 мг и эфевелон 75 мг. Переносимость хорошая. Он плохо переносит нейрорептиками, мы много раз меняли. Пациент отмечает, что в больнице мысли о суициде и о том, что он уродлив не возникают, за исключением некоторых ситуаций. Например, недавно он пошел на ЛФК, и там были девушки из других отделений. Он сразу понял, что он уродлив, и они это поняли, и он не смотрел в их сторону. Мысли о том, что он уродлив, были невыносимы. — *Девушки обсуждали, что он уродлив?* — Он этого не заметил, но любой человек, который его увидит, так подумает, поэтому это очевидно. Однажды, когда его не клали в больницу, он позвонил из телефонной будки в скорую помощь и при этом нано-

сил себе порезы на обеих руках от запястья до подмышечных впадин. У него остались шрамы с двух сторон на руках. При этом он надевает футболку с предельно коротким рукавом. И я спрашиваю: “Сереж, вот ты говоришь о своей уродливости, ну а вот эти шрамы, они же тебя тоже портят”. — Он отвечает: “Нет, они меня не портят. Это те шрамы, которые украшают мужчину”. Настоящий диагноз мы ему сначала не ставили, потому что мама очень просила, она верила, что у него все пройдет, все изменится. Мы его второй раз показывали профессору Циркину: там уже и социальная фобия, ипохондрические расстройства, фотофобии, циклотимия. Мама его в личном плане тоже иногда настораживает, она, например, не знала, что у сына были проблемы с заиканием и что это его волнует. В беседе она эмоционально холодная и отгороженная. Уровень интеллекта у нее средний, она не всегда понимает сущность болезни, но она контролирует прием лекарств.

Вопросы врачу-докладчику.

— *Пациент всегда просится во второе отделение. Почему?* — Поначалу мы думали, что у него есть какая-то влюбленность, особое отношение к кому-нибудь из персонала, но ничего такого не замечали. Через некоторое время он начинает проситься на выписку, мы ему объясняем, что дома у него ничего не получается, а он уверяет, что в этот раз все получится, что он пойдет работать. Каждый раз это все очень стереотипно. Он заинтересован в терапии, ищет помощи, но инициативу в общении никогда сам не проявляет. Общается в основном с больными, с которыми обсуждает какие-то абстрактные проблемы. Пребыванием не тяготится. С каждой госпитализацией он чувствует себя все уверенней и уверенней. И он даже предлагает помощь персоналу. И когда его начинает кто-то высмеивать, он может ответить, что делает это только для себя. Я бы сказала, что для застенчивого человека, у него ответы достаточно смелые.

— *Какие расстройства обнаружены психологом?* — В первую госпитализацию психолог специфических расстройств не нашел, а потом, когда уже был специальный запрос на это, обнаружил.

— *Есть ли какая-то соматическая патология?* — Больной соматически здоров, у него только ложноположительная реакция РВ. Может быть это наследственная патология, потому что у матери поликистоз почек. На ЭЭГ у него сниженный порог судорожной готовности. Сейчас мы ему даем терапию допакином-хроно, потому что у него отмечались гипоманиакальные состояния в отделении, когда он становился чрезмерно активным, по три раза за день пытался везде подмести и убраться. Он сам подходит и говорит, что с ним что-то происходит, просит помочь. Такое состояние длится 2–3 дня, проходит, когда уменьшают дозу антидепрессантов.

С. А. Анохина, психолог. Я смотрела его несколько дней назад. Обследованный ориентирован правильно. Выглядит моложе паспортного возраста. На вопросы отвечает по существу, тихим голосом. Настроение сниженное. Жалоб спонтанно не предъявляет. О многочисленных госпитализациях в психиатрическую больницу говорит равнодушно. В конце исследования становится более оживленным, интересуется результатами. Мотивация к проведению исследования достаточная, инструкции усваивает, выполняет задания в несколько замедленном темпе без признаков утомляемости, реагирует на похвалу.

По объективным данным выявлено следующее: Объем произвольного внимания в норме, отмечаются колебания концентрации, которые нивелируются по мере включения в работу. Так, при выполнении специализированной методики, направленной на исследование динамики в сфере внимания (методика Шульте) при переходе от первой таблицы к последующим отмечается положительная динамика, т.е. он выполняет задание все быстрее и быстрее. Показатель непосредственного запоминания в норме, отсроченное запоминание снижено: всего 4 слова из 10. Опосредование повышает эффективность до 80%, ассоциативный процесс протекает в нормальном темпе, без трудностей. Образы в целом адекватные, преимущественно отдаленного плана. Значительный процент ассоциаций основан на субъективно значимых связях. Например, для запоминания понятия “обман”, испытуемый изображает луну, объясняет, что “как-то был обманут одной лунной ночью”. Для запоминания понятия “мечта” изображается гитара, т.к. “есть мечта научиться играть на гитаре”. Особенности графики в проективном отношении свидетельствует о депрессивной окрашенности переживаний, значительной тревоге.

Теперь я хочу сказать, что никаких специфических нарушений я у него не нашла, хотя искала очень тщательно. Мышление характеризуется трудностями в сфере планирования, что выражается в недостаточной сформированности навыков построения развернутой программы осуществления сложных действий. Темп интеллектуальной деятельности снижен. Отмечается влияние эмоционального торможения, преобладают решения с опорой на конкретно-ситуационные признаки связей между предметами, в том числе чисто конкретного плана. При выполнении задания на классификацию предметов, испытуемый создает группу, в которую включает карточки с изображением ребенка, книги, кровати, кошки и собаки, при этом говорит: “вот ребенок ложится спать и рядом с ним ложится кошка, вот книга, которую он читает”. Обобщение высокого уровня испытуемому не доступно. При объяснении пословиц выявляется недостаточная культурная осведомленность. Однако при условии мотивирующей и организующей помощи психолога обследуемый способен адекватно пояснить их переносный смысл. Мы иногда предлагаем, если человек

не знает пословицу, догадаться, что это может значить. Испытуемому это очень хорошо помогает, он активно берет подсказки. И действительно, это мотивационные нарушения, ему проще ответить “не знаю”, чем напрячься и подумать. Но когда есть дополнительная стимуляция, он вполне успешно со всем справляется. Обычно такие феномены бывают у испытуемых психопатического склада, которых недостаточно хорошо учили в школе. Эмоционально-личностная сфера характеризуется эмоциональным напряжением, тревогой, депрессивной окрашенностью переживаний. Проективная диагностика выявляет актуализацию защитных тенденций, пассивность, зависимость от значимых других в сочетании с повышенным уровнем латентной скрытой агрессии, которая имеет инвертируемую форму и проявляется в виде преимущественно аутоагрессивного поведения, т.е. не вовне, а на себя. Недостаточность развития коммуникативных навыков, слабая социализация, крайне неустойчивый уровень притязаний сочетаются со страхом потерпеть неудачу, что приводит к защитному обесцениванию задания. Принцип: зелен виноград. Также по результатам проективной диагностики можно говорить о нарушении полоролевой идентификации, недостаточным отождествлением с нормативной мужской ролью. Таким образом, по результатам исследования на первый план выступает депрессивная окрашенность актуальных переживаний, выраженная эмоциональная напряженность, тревожность у эмоционально лабильной незрелой личности со слабой социализацией.

БЕСЕДА С БОЛЬНЫМ

Добрый день, садитесь, пожалуйста. Вас зовут Сергей Игоревич? Можно просто Сергей, да? Сколько Вам лет? — 21 — Вы здесь находитесь уже не в первый раз. Что Вас приводит в эту больницу? — *Суицидные мысли, одиночество, замкнутость, боязнь людей.* — Эти мысли, эти переживания присутствуют при каждом стационарировании? Вы здесь были уже 11 раз. И в принципе, каждое стационарирование вызвано однотипными мыслями и переживаниями. Когда подобные мысли о никчемности, о суициде стали возникать? — *Полтора года назад.* — В 19 с чем-то лет. А раньше никогда ничего подобного не было? — *Никогда.* — Вы были жизнерадостный, активный или нет? — *Ну, времени не было, просто учился и работал.* — Где Вы учились? — *В колледже.* — А потом в каком-то коммерческом институте? — *Да.* — Какой институт? — *ИГТМ* — Это что за институт? — *Институт гостиничного туризма ...* — Сейчас Вам 21, а когда Вам было 14 – 15, тогда не было кратковременных спадов в настроении? Вот что-то не то. Снижается активность, понижается настроение, возникает тип какой-то душевной боли, возникает неудовлетворенность собой, возникает какое-то самоедство. Такого не было? — *Нет.* — Это все возникло в 19 с

чем-то лет. Да? — *Да.* — Понятно. Ну и сколько у Вас, Сережа, было суицидальных попыток? — *Где-то 4.* — Скажите, Вы всерьез каждый раз хотели уйти из жизни? Убить себя? И как Вы пытались это осуществить? Какими способами? — *Броситься с крыши, резать себе руки.* — Но с крышей, как я понимаю, Вам не удалось. Сколько этажей? — 15 — Ну да, если бы Вы прыгнули, то конечно... И резали руки. Я правильно понимаю, резали не для того, чтобы кого-нибудь напугать суицидом, а действительно уйти из жизни? — *Да.* — Для этого, да? Скажите, Ваше настроение зависит от времени года или нет? — *По временам.* — Ну, вот весна, лето, осень, зима, все для вас одинаково плохое или когда-то лучше или хуже? — *Когда-то лучше, когда-то хуже.* — А когда? Какая зависимость? Какое время года лучше, какое хуже? — *Поздней осенью хуже.* — Поздняя осень это ноябрь, а может еще в октябре? — *Ну, конец октября, начало ноября.* — И плохое настроение при этом, возникнув, остается плохим, до какого месяца, Сережа? До следующего года? — *До весны следующего года.* — А весной когда оно чуть улучшается? — *В мае, где-то.* — Ну, сейчас май уже близко, но пока настроение у Вас плохое. Или сейчас уже не такое тяжелое? Не такая тяжелая депрессия? — *Нет, не такая тяжелая, вот осталось только ждать мая, когда улучшится настроение.* — А это примерно один и тот же день, когда Вы... ну, знаете, как включая выключателем или выключая, меняется настроение, резко. Вот, допустим, что Вы проснулись и у Вас совсем другое, хорошее настроение. Или Вы проснулись, и у Вас настроение как никогда скверное. Или это все как-то постепенно, незаметно? — *Постепенно, незаметно.* — Еще один вопрос. Когда Вам плохо, вот в осенний период, утро, день и вечер, настроение одинаково плохое в течение суток или оно может варьировать? — *Утром, полегче настроение.* — А к вечеру? — *А к вечеру наоборот похуже.* — Это такая четкая закономерность? И еще такой вопрос: я понял из истории болезни, что у Вас раньше, лет в 20 – 19, возникали мысли, о том, что Вы были не довольны своей внешностью. Вы были не просто недовольны, Вы были убеждены, что у Вас внешность уродливая, очень некрасивая. Вы до сих пор пребываете с этим убеждением? — *Да.* — Впервые в каком возрасте эта мысль возникла? Что Вы уродливый, некрасивый и т.д.? — *После того, как я закончил колледж.* — Сколько Вам было? — 19 лет. — Это возникло одновременно с плохим настроением? — *Да.* — А что раньше, можно спросить? — *А раньше я как-то не замечал.* — Т.е. Вы не можете четко сказать, что раньше возникло плохое настроение, а потом убежденность в своей уродливости? — *Нет.* — Скажите, пожалуйста, как, по каким признакам Вы понимаете, что у Вас внешность уродливая? — *По взгляду.* — Осуждающие, ехидные улыбки, насмешки, какие-то может быть реплики вслух? — *Нет, реплик не было.* — Значит только взгляды, а отдельные слова, вон мол урод,

такого не было никогда? — *Нет.* — Окликов по имени, Сережа, никогда не было? Ну, вот Вы идете, и кто-то Вас вроде как зовет. — *Нет.* — Такого не было. Только взгляды, да? — *Да.* — Ну, взгляды явно осуждающего характера. А скажите, бывают, наоборот, взгляды такого благоприятного плана, которые Вас как бы поощряют? — *Тоже бывают.* — Но это, видимо, разные группы людей по-разному к Вам относятся. Т.е. какая-то группа людей относится негативно, осуждает Вас, а другая относится к Вам позитивно, и в принципе Вас хвалит за что-то, защищает. Я так понимаю? — *Да.* — А как эти группы различаются между собой? По каким признакам еще? — *Наверное, по возрасту.* — А осуждает Вас кто? — *Молодые.* — А пожилые и зрелые наоборот защищают? — *Да.* — Скажите, вот у Вас было и есть такое хобби. Вы входили в это группировку неформальную готов. Там идеология движения какова? К чему они стремятся? Какова их цель, задача? — *Анархия.* — Вы об этом говорите с улыбкой. Вы к этому с иронией относитесь? — *Да.* — Т.е. Вы всерьез их не воспринимаете. Тогда почему Вы с ними общались? Почему Вы входили в это движение в таком случае? — *Наверное, из-за музыки.* — А что у готов за особая такая музыка? — *Ну, готы неформалы.* — Ну, неформалов много, я так понимаю. — *Ну, мы были все вместе и готы и панки.* — И они между собой ладят или враждуют? — *Ладят, конечно.* — Сережа, у Вас было еще одно движение православного толка “не грузи ближнего своего”. Я правильно говорю? — *Да.* — Ну, я даже представить себе не могу, что готы и вот эта православная группировка могли поладить друг с другом. По-моему это взаимно исключают направления. Я не прав разве? — *Нет. Это вообще совсем другое.* — Так, а это что за движение? — *Это просто христианская группа в интернете.* — В интернете, православного такого характера? — *Не православного, а христианского.* — Ну, православие — это часть христианства. Христианство — это более широкое понятие. И у них какие цели и задачи? — *Ой, ну объединить людей в своей вере, направить их на правильный путь.* — А как они к готам относятся? — *К готам... Не знаю.* — Я думаю сугубо негативно, так же как и готы к ним. Непонятно, как Вы могли быть сторонником и того и другого движения. Понимаете, это взаимоисключающие группы. Это все равно, что быть одновременно и коммунистом и фашистом. — *Сторонником того движения христианства я не был, просто в какой-то момент в своей жизни хотел обратиться к богу и не получилось.* — Не получилось. А готы как к богу относятся? — *Кто-то верит, кто-то нет.* — Понятно. Обязаловки нет, верить или не верить. В общем, свобода выбора, свобода совести у готов. Вообще, основное кредо к чему сводится у готов? Кроме того, что они носят черные одежды, и все такое. Я правильно понимаю? Еще чем они увлекаются? Спиртными напитками? Какими, легкими алкогольными? — *Да легкими.* — Или водка? — *Водка нет.* — А Вы все же

остались у готов, или Вы от них ушли? И пришли в “не грузи ближнего своего”. — *Ну, в какой-то момент я хотел все это оставить и обратиться к богу, но у меня не получилось ничего и вернулся обратно.* — Т.е. Вы метались? Это два полюса, между которыми Вы метались. Т.е. выбора Вы никакого не сделали. Вот скажите, еще один вопрос, что у Вас с мыслями? Все у Вас в порядке или бывают какие-то не лады, мягко говоря? Мысли, допустим, Вас не слушают, текут помимо Вашей воли. Какая-то сила посторонняя влияет на Ваши мысли. Такое бывает? — *Никогда не было.* — Скажите, Вы не замечали, что когда Вы где-то на улице, куда-то идете, происходят события, которые как бы предназначены специально для Вас. К примеру, вот расхожие ситуации. Вы идете, и навстречу едет машина, она останавливается. Это может быть с каждым, но Вы понимаете, что она остановилась рядом с Вами не просто так. Такое бывает? — *Не бывает.* — Ну, а навязчивые мысли бывают как таковые? От которых, Вы пытаетесь избавиться? Насильственно, независимо от вашего желания, возникают снова и снова? Ну, допустим мысли о своей внешности. Они носят навязчивый характер. Но бывает ощущение, что кто-то узнает, читает или, как компьютерщики говорят, скачивает Ваши мысли? Такое бывает? — *Такого не было никогда.*

Вопросы больному

— Вот в 19 лет появились депрессивные состояния. Но немножко раньше появилась, как Вы сказали, боязнь людей. И эта проблема имеет более давнюю историю. Что такое боязнь людей? Почему Вы боитесь? Или чего Вы боитесь? — *То, что боюсь взглядов, неуверенность появляется, заикание.* — Это когда люди неизвестные. А когда знакомые? — *Ну, среди знакомых тоже иногда.* — Вы можете, допустим, в публичном месте говорить по телефону мобильному в метро или в общественном транспорте? Можете? Есть в общественном месте, где неизвестные люди? С какого времени такие страхи или боязнь людей? — *18, 19, 20 лет.* — Или со школы? Вы все-таки у доски как-то неуверенно отвечали, да? — *Да.*

— Вот эти депрессивные мысли или мысли о своей внешности непривлекательной — это отдельные состояния? Отдельно депрессия, сниженное настроение и отдельно мысли о внешности. Или мысли о внешности провоцируют плохое настроение? Бывает, что о внешности Вы не думаете, а настроение все равно плохое? — *Такое тоже бывает.* — Несколько раз в больнице у Вас было такое состояние эйфории. Что это такое? — *Ну, желание что-то делать.* — Прилив сил такой? Энергии? — *Да.* — Ну, это очень кратковременный был эпизод? — *Да.* — Несколько дней, я бы сказал. Потом убирали лечение, и возвращалось плохое настроение? — *Да.* — Дома такого состояния не было? Только в больнице и только на этих препаратах? — *Да.*

— Вы же после колледжа работали на заводе достаточно успешно и хорошие заказы у Вас были. Почти три года Вы работали. — *Да*. — И если бы не сократили производство, Вы бы так бы и работали? Вот тогда бы с Вами случилась эта ситуация? Как Вы думаете? Со всеми своими страхами, плохими отношениями к своей внешности Вы прекрасно справлялись с работой в коллективе. Брала заказы, и все было благополучно, вот если бы Вас не сократили, как Вы думаете? — *Нет, меня не сократили, я сам ушел просто*. — Нет, у Вас объем работы закончился, я так понимаю. Или Вы уволились по другой причине? — *Уволился потому что зарплата уже начала уменьшаться*. — А вот если бы хорошая оставалась зарплата? — *То там бы остался*. — Т.е. жизнь у Вас потекла бы по-другому? — *Да*.

— Вы всякий раз поступаете в нашу больницу с одной жалобой — с мыслью о самоубийстве. Мыслей было много, а попыток несколько. Попытки все однотипные, Вы наносите себе поверхностные порезы на руках. Ну, прямо скажем, не слишком серьезные для того, чтобы умереть. Вы зачем это делаете? — *Чтобы попасть в больницу*. — И что Вы хотите, когда Вы госпитализируетесь, цель у Вас пребывания здесь? Если Вы через 2–3 недели проситесь назад. Объясните мотивацию своего поступка. Понятно, что так жизнь не покончишь. Тогда смысл наносить порезы? — *Ну, вот когда я наносил, я был в алкогольном опьянении*. — Т.е. Вы наносите это в опьянении. В компании готов Вы всегда выпивали. 3 дня у готов и 3 дня Вы пьете слабоалкогольные напитки, но в больших дозах. Сколько выпиваете за сутки коктейлей этих? Литр, 2, 3? — *2 где-то*. — Что Вы хотите от больницы? Какой помощи? — *Не знаю*. — Ну, Вы же сами сюда идете. Вы же взрослый человек и отдаете отчет своим поступкам. Зачем Вы сюда идете? От чего Вы хотите вылечиться? Или Вам здесь привычно общаться? Вы чувствуете себя в кругу таких же нездоровых людей. Смысл какой? Объясните — *Только вылечиться* — От чего? — *От этих мыслей суицидных*.

— Еще один вопрос, хочу уточнить. Вы сказали, что одни люди смотрят на Вас, вернее Вы так предполагаете, что они смотрят осуждающее, а другие одобряющее. Так вот, зависит ли это от Вашего настроения, то, как смотрят на Вас. Как Вы воспринимаете окружающих? В плохом настроении — плохо смотрят, в хорошем — хорошо. От Вашего настроения не зависит это? Тогда объясните, почему Ваши сверстники смотрят, как Вы считаете с осуждением. А взрослые с одобрением, может они вообще на Вас не смотрят. Почему Вы считаете, что с одобрением? Как вы дефинируете осуждение и одобрение в глазах, или Вы это додумываете сами? — *Сами* — Т.е., Вы так предполагаете. А может, на Вас вообще не смотрят? — *Может и не смотрят*. — Т.е., это Ваша точка зрения.

— Скажите Сережа, вот у Вас в процессе лечения в отделении на короткое время, на 3–4 дня улучшалось настроение, когда был прилив сил, энергии. В

эти моменты мысли о своей внешности некрасивой проходили или оставались? — *Оставались* — Т.е., при хорошем настроении оставались мысли о своей уродливой внешности. — *Но не такие сильные*. — Они, значит, более легкими становились, эти переживания. Вот Вы говорите, что Вы думаете, чувствуете, что у Вас плохая внешность. Вы знаете, не девушки должны интересоваться, какая у парней внешность, а это Вы должны интересоваться, какая у них внешность. Вы спрашивали у девушек, какое у них мнение о Вас? — *Нет* — Что же вы приписываете им то, что не знаете? Девушки иногда худеют ради того, что бы Вам понравиться. Они не спрашивают, каким парням нравится какая фигура. Все-таки жизнь более такая земная. Вы знаете, у Горького есть рассказ о вреде философии, там, где человек начитался книжек, пришел к доктору и сказал, что ему не хочется жить. Доктор сказал: соберите все книжки о философии, свяжите и отнесите на чердак. И найдите себе девушку, чтобы любовь спустила Вас на землю. Вы знаете вкусы девушек? — *Нет* — У Вас бывает так: одновременно хочется и не хочется, любит и не любит? Т.е. противоположные чувства существуют без внутреннего конфликта? Бывает такое, что хочется умереть и не хочется, хочется жить? — *Нет, но чаще хочется умереть*.

— Сережа, вот если девушки не довольны своей внешностью, своей фигурой, они садятся на диету и т.д., как-то пытаются изменить свою фигуру, внешность, а Вы пытались изменить свою внешность? Она Вас не устраивает. Это понятно, Вы с этим как-то боретесь? Иногда девушки делают пластические операции и т.д. У Вас таких мыслей не было? — *Ну, я думаю что в моем случае это вообще бесполезно*. — В спортзал не ходил? — *Ходил* — Все-таки, хотел, как-то избавиться от этого. — *Не, ну, это просто для себя*.

— Сережа, скажите, Вы боитесь убить себя? — *Да*. — Поэтому Вы и проситесь в больницу? — *Наверное, да* — И Вы чувствуете, что Вы можете это сделать? — *Убить себя?* — *Да*. — *Да* — И что Вы несколько раз спаслись, а в другой раз не спасетесь? А как Вы думаете, что там после жизни? — *Наверное, другие миры какие-нибудь*. — Вы думали об этом? — *Да*. — Представляли себе? И к чему пришли? Что там? Полная пустота или какая-то особая жизнь? — *Может быть, новый более высокий уровень жизни*. — Т.е. Вы верите в загробную жизнь? — *Да* — А что там? Какая эта загробная жизнь? Или Вы не знаете и думаете, что это невозможно узнать? Но Вы убеждены, что она есть. — *Да* — И что просто так Вы не уйдете в какую-то черную пустоту. Скажите, в жизни Вам, что-нибудь интересно? — *Да* — А что именно? — *Футбол* — А как это интересно: самому играть или смотреть? — *Самому играть и смотреть, болеть* — А почему Вам это так интересно? — *Я не знаю от кого мне это передалось. Мне просто интересно очень*. — Ну, Вы всерьез болеете за какую-то команду? — *Да*. — Не пропускаете по телевидению матчей интересующей Вас команды? — *Да* — А Вы книги ка-

кие-нибудь читаете? — *Да, детективы.* — А Вы могли бы заинтересоваться философией смерти? — *Да.* — Почитать про это, что это такое, почему одни об этом не думают и живут радостно, а другие наоборот. Это интересно? — *Да* — А вот встречаетесь Вы с товарищами, им это тоже интересно? — *Им? Ну некоторым да. А с кем я встречаюсь, ну, сейчас мне это не очень интересно.* — Сережа, вот сейчас так вяло на душе, можно почитать, а можно и не почитать. Остро-го страха тоже нет? — *Остро, такого нет.* — Что вот упаду с 15 этажа, подпрыгну, лечу и осталось мгновение жизни. Это не представляется острым страхом? Это все-таки не остро страшно, но все таки страшно. Вы сами своими словами можете объяснить это подробно? Что будет с Вами дальше? — *Дальше... Я как-то об этом не задумывался вообще. Не задумывался, о том что дальше будет.* — Не задумывались? — *Будет, что будет.* — А спрашивали ли Вы себя: в чем смысл вообще жить? — *Да.* — Зачем живут? Что отвечал себе сам? — *В ответ тишина.* — И никто не помогал Вам? Может, голос какой-нибудь? — *Нет.* — Может быть, какое-нибудь внутреннее раздумье? — *Нет.* — Т.е. у Вас все нестойко и неслаженно? Во всяком случае, то что называют мировоззрением? — *Да.*

— Сережа, Вы можете себя сравнивать с самим собой в возрасте 18 лет, до того момента, когда у Вас впервые понизилось настроение? Скажите, произошли изменения какие-то внутренние, которые замечаете Вы сами? — *Да.* — В чем они заключаются? Вы изменились за эти 1,5 – 2 года, и в чем эти изменения? — *И во внешности, в своем внутреннем состоянии.* — А во внешности Вы как изменились? — *Ну, стал более физически крепким.* — А во внутреннем психическом состоянии? В какую сторону? — *В негативную сторону.* — В том смысле, что плохое настроение? Многие вещи, которые радовали, были безразличны, сейчас уже не радуют и безразличны? Было такое? А окружающий мир воспринимается по-прежнему живо, зримо, чувственно, или такое ощущение, что смотришь на неживую черно-белую фотографию? — *Когда как.* — Вот так как я говорю, т.е. как на фотографии? От этого возникает болезненное ощущение? — *Да, есть чуть-чуть.*

— Вас лечат практически год, Вам лечение помогает? Если помогает, то в чем? Как Вы оцениваете свое состояние на лечении? Достаточно дорогостоящее лечение, серьезные лекарства. Как Вы себя чувствуете на лечении, что-то меняется в процессе лечения? — *В лучшую сторону меняется.* — А в чем конкретно? — *Настроение поднимается от таблеток.* — А в настоящий момент, как Вы оцениваете свое настроение? — *Сейчас?* — *Да, вот именно сейчас.* — *Сейчас среднее.* — Т.е. не очень плохое, но и не очень хорошее? Мысли о смерти не бывают навязчивыми? Как я понял, иногда Вы режете себе руки для того, что бы не прыгнуть с высоты. Т.е., не желание что-то сделать, а страх, что я это сделаю. Что больше? Есть

страх, что могу выбраться из окна, тогда Вы режете себе руку? — *Нет.* — Понятно, именно из желания. Что Вы любите из продуктов питания? — *Каши, свинину* — А рыбу любите? — *Нет* — А из фруктов что любите? — *Апельсины, яблоки.* — Бананы? — *Бананы не очень.* — Шоколад любите? — *Шоколад, да, сладкий белый.* — А вот мысли о смерти, эти порезы — это не попытка оживить чувство к жизни? — *Может быть, в какой-то мере.* — Зачем Вы, все таки, режете для чего? Для того, чтобы умереть, или для того, чтобы почувствовать? — *Может быть, почувствовать* — А на подоконнике стояли на 13 этаже? — *Да.* — То же чтобы почувствовать? — *Нет, меня просто сняли* — Т.е. Вы были готовы переступить? — *Да* — Переступить подоконник и броситься туда, да? Это один раз было? — *Да* — А что удержало? — *Меня просто отговорили, сняли меня, не успел я прыгнуть.*

— Технический вопрос: у Вас плохое зрение? — *Да.* — И по зрению у Вас неважно? — *Да, и по зрению, и по весу.* — Сейчас вроде с весом получше? — *Сейчас я просто набрал уже.* — А зрение -7. Вы ходите в очках или без очков по улице? — *По улице без очков* — Вот сейчас Вы вошли в очках, а потом их сняли, почему? — *Просто глаза болят, когда долго их носишь* — А Вы взоры, взгляды окружающих определяете в очках или без очков? Когда осуждающе смотрят, Вы в это время смотрите в очках? — *Нет, без очков.* — А если в очках? — *В очках не пробоval ни разу* — Тяжело ориентироваться без очков? — *Нет, я уже все метро изучил* — Вы стесняетесь носить очки? — *Да, очень* — А почему стесняетесь? Вы считаете, что очки уродуют Вас еще больше? — *Да.* — Спасибо, Сережа, все доброго. Идите, отдохайте.

Врач-докладчик. Проводя клинический анализ данного пациента, можно говорить о дифференциальной диагностике между конституциональными личностными особенностями с последующим патопсихологическим развитием личности и процессуальными изменениями, т.е. эндогенным заболеванием. Надо вспомнить, что у пациента имелась пренатальная патология, тяжело протекающая беременность, родился с малым весом. В то же время, серьезного отставания в психическом развитии у него не отмечалось. С детства был застенчив, отмечались сложности в общении со сверстниками, но объективно все складывалось достаточно удачно: имел друзей, адаптировался в детских коллективах, уезжал один в летние лагеря. Из-за озабоченности своей внешностью, он еще в школьные годы занимался в качалке. И были реальные основания — дефицит веса. Он набрал за этот год 15 кг, и сейчас у него нормальный вес тела. Он говорит, что доволен, что у него есть животик — “это по мужски”, хотя считает, что в целом внешность его от этого не стала лучше. Ранее он был достаточно успешен и социально адаптирован: умел вести себя в коллективе сверстников, были близкие отношения с девушками, работал на заводе. Он сам определяет начало своей

болезни как лето 2008 г., что совпало с уходом с завода. В это время мысли о недостаточно хорошей внешности переродились в мысли об уродливости, и в какой-то степени как следствие, а в какой-то степени самостоятельно появились мысли о необходимости ухода из жизни. Мать пациента отмечает изменения в нем за последние полтора-два года: если раньше он был более открыт в общении, охотнее шел на контакт с родителями, интересовался, как протекает лечение у мамы, то в последний год он об этом даже не спрашивает, хотя мать тяжело больна. Сам он родителям практически никаких вопросов не задает, общение сведено к минимуму. Жизнь его строится по такому графику. Он попадает в больницу, проходит две-три недели, начинает просить маму, чтобы она его забрала, говорит, что будет искать работу. После выписки два дня сидит дома за компьютером, что-то спросит-ответит, потом берет деньги или продает купленный ему мобильный телефон, уходит на несколько дней и опять поступает в больницу. Он говорит, что выпивает потому, что, во-первых, употребление алкоголя убирает “суицидные” мысли, ему становится легче на душе, а с другой стороны, облегчается общение. К готам он приходит всегда под шафе. Готы ему нравятся тем, что они его воспринимают таким, какой он есть. Он не чувствует там никакой опасности, его там принимают, никто не осуждает. Но сам он говорит, что это может быть связано и с тем, что он всегда приходит туда выпившим. Он говорит, что когда видит деньги, мысль его работает так: есть возможность реально уйти из жизни, но перед этим следует покутить, напиться, несколько дней можно попить, а потом не страшно и из жизни уйти. Его самопорезы — от запястья до подмышек, на двух руках, — это достаточно своеобразный способ уйти из жизни. Это все склоняет нас к мысли о том, что диагноз должен быть “вялотекущая шизофрения” — *А как насчет циклотимии?* — Проф. Циркин считает, что циклотимия это такие аффективные колебания, которые имеются постоянно и которые могут приводить и к такому поведению, как у нашего больного. Аффективные нарушения лежат в основе всякой патологии. — *Мне интересно, почему поставили диагноз циклотимия при очень глубокой депрессии с суицидальным поведением?* — Ну, во-первых, истинных суицидальных попыток не было. Был один раз, когда он резал себе руки. Тогда у него было ощущение, что он что-то чувствовал, и это было приятно. Большей частью он поступал с жалобами на суицидальные мысли. — *Суицидальные мысли проходят как стержень красной строкой на протяжении полутора-двух лет. А суицидальные мысли при депрессии всегда говорят о глубине, о тяжести расстройства* — В больнице мысли уходят. Он доволен. Спрашиваешь его: “Когда последний раз были?” — “Вот ходил на ЛФК, там девушки были, и опять все пошло у меня” — “Значит есть суицидальные мысли?” — “Ну да”... При первой госпитализации суицидальные мысли не звучали. То-

гда звучало, что ему стыдно идти домой, потому что он взял деньги у родителей и напился. Он плохо поступил и ему будет стыдно им смотреть в глаза. Еще звучало, что внешность у него некрасивая. О том, что он хочет уйти из жизни, он не говорил. Но когда это один раз появилось, и потом его стали спрашивать... Здесь присутствует какой-то элемент обучения. Еще в техникуме, когда он на сайте в контактах общался и не считал себя больным, ему было интересно с теми, кто может совершить суицид. Он всячески изучал эту проблему, но собственных мыслей о самоубийстве тогда не было. При поступлении он рад, улыбается. Когда его положили в 13-е отделение, и он увидел незнакомую обстановку, он переживал. Когда он видит знакомых пациентов, он здоровается, с кем-то может перебраться парой фраз. Так что диагноз циклотимия здесь тоже может быть.

И. В. Гущина, психотерапевт. Мы исходим из презумпции психического здоровья. И когда он только что поступил, хотелось в него много вложить. Он казался таким застенчивым мальчиком, с которым нужно работать. Я с ним работала индивидуально, мы поднимали много вопросов. В течение двух недель он ходил с томиком Достоевского “Подросток”, я нашла там для него какие-то аналогии, застенчивый молодой человек т.п. Но он не смог прочитать ни одной главы. Потом мы с ним поднимали экзистенциальные вопросы, обсуждали Бога. Он не знает разницы между христианством и православием, вернее он все это четко не различает. Потом он увлекся каким-то пациентом преклонного возраста, который ему это объяснил. Очень примитивно, но все же. Я всячески повышала его самооценку. Он всегда уходил такой приободренный. Он очень здорово качался. У него выросли плечи, он все это мне демонстрировал. Я у него никогда не видела никакой депрессии. Он был настроен на занятия, с удовольствием ходил. Потом я взяла его на суггестивные сеансы в группе и делала ему много индивидуальных гетеро суггестий, на ушко ближе к концу сеанса, направленных на повышение его самооценки, уверенности. Уходил он окрыленный: “На работу устроюсь, девушку найду, очки буду носить, они мне очень идут”. За счет моей эмоциональности, включенности, любви, он был ободренным, окрыленным. И вот он ушел, и я думала, что он уже не вернется, я верила, что все у него будет хорошо. Но потом он поступает еще и еще, у него мысли о виновности: “Вы в меня столько вложили, а я это не оправдал”. Я сначала говорила: “Ничего-ничего, у тебя все получится”, но в результате я отказалась от психотерапии с ним, и с января он без психотерапии. Он хотел устроиться санитаром в ПБ, ему это нравится, он испытывает сострадание к больным, он считает, что у него все будет получаться. Но он хотел устроиться именно во второе отделение, к Наталье Владимировне, но она сказала, что это невозможно. Я считаю, что это олигофрения и аффективные расстройства. — *А депрессии у олигофренов иначе протекают?* У него никогда

не было настоящих суицидальных попыток. Он ведь режется аккуратненько, это такие царапинки. Он считает, что шрамы мужчине украшают. Он приходит домой, берет деньги или мобильные телефоны, продает их, покупает спиртное, идет к готам, они там гуляют, потом ему становится стыдно. На самом деле за всем этим стоит желание прийти в эту уютную обстановку, где все его принимают. Он радуется, когда приходит сюда. А какие он записочки писал в приемном покое? “Из-за несчастной любви к Маше, — которой вообще и не существовало никогда, — я хочу покончить с собой, и сделаю это, если вы меня не госпитализируете”. И еще он лживый и очень примитивный. Это может быть также шизофрения у олигофрена.

А. В. Павличенко. У всех у нас есть желание уложить это в прокрустово ложе — как говорил еще Ясперс — вопроса: что это — развитие личности или процесс?. И мы всегда пытаемся найти нозологию, это особенность нашей психиатрии. Но если не держать эту схему априори и рассматривать это, как рассматривает проф. Циркин, то мы должны искать синдромы, искать расстройства. Здесь есть все критерии дисморфофобии, критерии Коркиной: сниженное настроение, идеи физического уродства и идеи отношений. Кроме того, можно говорить о социальных фобиях, в современном описании, которые развиваются в 10 – 15 лет. Это страх, боязнь людей, это сопровождается элементами избегания различных ситуаций. Он об этом говорит. Ему трудно в компании незнакомых людей, трудно разговаривать по телефону, трудно оказаться в чужом отделении, он хочет в отделение, к которому привык. В своей кампании, среди своих людей он будет чувствовать себя хорошо, что типично для пациентов с социофобиями. Они обычно рассматриваются как замкнутые, необщительные личности. Я не думаю, что это избегающее расстройство личности, это все-таки расстройство тревожного спектра, социальная фобия, расстройство, которое дебютирует раньше всех остальных, с идеями отношения, которые не развились дальше. Ему кажется, что о нем говорят, но не более того. И третье расстройство, которое мы здесь видим, это циклотомия или биполярное расстройство. Кто-то воспримет это как депрессивный эпизод средней тяжести, кто-то как легкий эпизод. Это уже особенности понимания. Мне кажется, что это невысокий уровень, это циклотомия, но я не думаю, что у него нет аффективных расстройств. Во-первых, у него есть гипоманиакальные состояния. В большой группе биполярного спектра, которыми много лет занимается проф. Акискал, специально выделяется группа расстройств, которые инициированы антидепрессантами. Это маниакальные состояния, инверсия аффекта. Далекое не у каждого депрессивного пациента есть инверсия аффекта. Но если она есть, то это особый вариант биполярного расстройства. У него есть депрессивные состояния, но это нетяжелые депрессивные состояния, амбулаторного уровня. Они сопровождаются деперсонализацией в структуре де-

прессивных расстройств. Оживить себя, почувствовать жизнь. Для этого он совершает суицидальные попытки. Итак, социальная фобия, дисморфофобия и биполярные расстройства. Циклотомия или биполярные расстройства — это дискуссионный вопрос. Интересны его суицидальные попытки. Я сначала подумал, что это суицидофобия, здесь есть элемент навязчивости, сделать что-то недозволенное. Но это не так. У него нет тревожного аффекта, который есть у больного с контрастными навязчивостями. Его суицидальные мысли нужно выводить из его примитивной личности. Личность у него примитивная, инфантильная, и все его интересы такого уровня. Он чрезвычайно внушаем, у него недоразвит инстинкт самосохранения, у него нет осознанного желания что-то с собой сделать, он до этого когнитивно не дотягивает. И потому это не суицидальные мысли, и не суицидофобия. — *Вы считаете, что его можно запросто выписать и не беспокоиться о его судьбе?* — Я оцениваю состояния, с которыми он поступает, как способ оказаться в отделении, как способ привлечь внимание. Больные социальными фобиями часто стремятся в психиатрическую больницу, они знают, что в этом обществе им хорошо, в этом обществе они готовы жить, трудиться. И они знают, что легче всего поступить в психиатрическую больницу, если порезать себе вены. Тогда тебя обязательно стационарируют. Его поведение, я бы назвал его парасуицидальным, не коррелирует с его депрессивным аффектом и не говорит о тяжести его состояния. Оно вытекает больше из личностных особенностей. Что есть? Слова мамы, что он стал несколько более замкнутым, эмоционально холодным. Но он три дня бывает дома, как мама может это оценить? Три дня он дома, потом продает телефон и поступает в больницу. В основе нашей диагностики должны быть объективные вещи. Выступление психотерапевта и выступление психолога, который не находит в мышлении никаких специфичных для шизофрении симптомов, убеждают меня, что это не процесс. Это более объективные вещи, чем наше чувство иначе, шизофрении. Субъективизм, который присущ нашей психиатрии, делает ее “шизофренической” психиатрией. Я согласен с проф. Циркиным, этого больного можно рассматривать как больного с тремя расстройствами: дисморфофобия, биполярное расстройство и социофобия. Мы можем рассматривать это как коморбидное расстройство. — *Вы дадите гарантию, выписав этого больного, что он снова не совершит суицидальную попытку?* — Это нельзя называть суицидальной попыткой.

А. А. Глухарева. Этот пациент, который производит следующее впечатление. Для пограничной патологии — многовато, для эндогенной — маловато. В конечном итоге только эндогенный больной может жить в психиатрической больнице и ничего больше не хотеть. Но с другой стороны. Есть пренатальная патология, постанатальная патология, конечно он умственно легкий дебил. Он плохо учился. Его выгнали

из 9 класса за двойки. Но тем не менее, он адаптировался в коллективе. Этот умеренный олигофрен хорошо адаптировался в училище, великолепно адаптировался на заводе, где он был вестом, где он приходил, уходил, им руководили, он получал зарплату. Как только он остался без работы он декомпенсировался. И он ищет себе некое руководство, мотивацию, которую Елена Владимировна хотела ему дать, но не смогла. И тут у инфантильной личности с интеллектом на грани умственной отсталости, начинается искание некой приемлемой для него ситуации. Его декомпенсировала социальная ситуация в пубертатном возрасте. Потому что 19 лет — это еще пубертатный возраст. И что у пациента появляется? Он, наверное, и раньше был тревожно-мнительным. Но когда его вело общество, вела какая-то группа, он был социально адаптирован. А потом начинаются дисморфофобические расстройства, начинается желание пристать к какой-нибудь группе, метания. Если бы он не встретил готов, а встретил кого-нибудь другого, была бы другая ориентация на смерть. Он очень внушаемый, и в этой внушаемости он, наверное, все-таки заболевает шизофренией. Я предполагаю, но не уверена, потому что говорить об измененности очень сложно. Я видела, как он рыдал, когда хотел попасть в отделение Натальи Владимировны, это были такие живые эмоции! Ни один шизофреник так живо не расплачется. И конечно, я согласна, что речь не идет о тяжелом депрессивном расстройстве. У него нет каких-то витальных переживаний, нет моторных и идеаторных нарушений, нет классических ощущений для тяжелых эндогенных депрессий. Есть плохое настроение, есть вербализация суицидальных мыслей. Это нечто среднее между пограничной патологией и эндогенной. С одной стороны, его выписать невозможно, но с правой точки зрения это добровольная госпитализация. Он говорит “нет”, суицидальные мысли отрицает, психоза нет, он упорядоченный — “до свидания”.

И. С. Павлов. Один психиатр сказал: чем характеризуются многие высказывания психиатров? — Мышление не нарушено, но полностью дезадаптирован и дезинтегрирован. Наш пациент дезадаптирован. Циклотимик имеет связь с реальностью, окружающим миром. Дебил тоже вел бы себя более целесообразно, больше получал от жизни. А наш пациент — это вещь в себе. Он живет своим внутренним миром, он не связан с реальностью, а связь с реальностью это важный компонент для адаптации человека. Конечно, раньше он работал и как-то функционировал в социуме, но сейчас он полностью дезадаптирован. Я бы поставил ему диагноз шизотипического расстройства личности с аффективными расстройствами.

М. Е. Бурно. Конечно, здесь есть органическая недостаточность, есть духовная ограниченность. Это всем понятно. Сразу скажу, что я поставил бы ему циклотимоподобную малопрогрессирующую шизофрению. Она развернулась в 19 лет, но, конечно, поглотила тлела, тянулась и раньше. Вот она — эта вялая

психастеноподобность, о которой тут хорошо рассказывали. К сожалению, вижу его только сегодня. И могу сказать лишь то, что сегодня психиатрически чувствую, думаю. Он гипомимичен, похож вялой разлаженностью на больного шизофренией. Напряжен апатической депрессией. В отличие от апатии, при апатической депрессии не просто “всё всё равно”; там по Ясперсу, “смерть с открытыми глазами”. Здесь — другое: хочется хотеть. Хотя и хочется вяловато. Мы хорошо видели в разговоре Сережи с Владимиром Вениаминовичем, что он улыбался по временам, и в улыбке виделось что-то насмешливое, лукавое, такая издевка. Хотя, конечно, живого участия в беседе не было, улыбка была тусклая. Такая вот апатическая улыбающаяся (или ироническая) депрессия. Она опасна для жизни с точки зрения некоторых старых авторов. Вспоминаю, как лет 20 назад у нас был выездной цикл в Ташкент. Там много лет заведовал кафедрой психиатрии профессор Детенгоф, ученик Ганнушкина. Ташкентские психиатры много важного рассказывали о нем. Вообще эта больница необыкновенная, необыкновенная своим прекрасным садом, в котором стоят могильные памятники местным психиатрам, погибшим от руки душевнобольных. Там же гуляют душевнобольные. Федор Федорович Детенгоф, как рассказывали, говорил о больных с улыбающейся вялой депрессией с суицидальными намерениями, с жалобами на то, что не работают половые органы, или какое-то другое видели у себя уродство. И вот Детенгоф говорил, что если больной может “повеситься” на своем каком-нибудь “уродстве”, на своем половом члене, то он может повеситься и на веревке. Это он говорил, конечно, из своего богатого многолетнего психиатрического опыта. И вот мне тоже думается, что с Сережей такое возможно, особенно когда слушаешь его разговоры об этом 15 этаже, об этом подоконнике и видишь, что у него нет живого страха, полнокровного инстинкта самосохранения. Алексей Викторович сказал (совершенно с ним согласен), что у него снижен инстинкт жизни, инстинкт самосохранения, и от этого никуда не уедешь. Это не циклотимия. При циклотимии такого не бывает. Ведь он, с одной стороны, не хочет жить, хочет покончить с собой, но остро это не звучит. Пришел сюда, потому что боится покончить с собой, но и боится тоже вяло. Состояние характеризуется вот такой апатической ангедонической депрессией, перепутанной с навязчивостями, беспредметными страхами, психастеноподобностью. Инна Владимировна замечательно рассказала, как она его психотерапевтически разожгла, и я хорошо представляю себе, как это произошло, но ведь держалось недолго. Это все и следует делать психотерапевтически, но это большая многодневная, даже порою многолетняя психотерапевтическая работа, оживляющая таких пациентов. То есть психотерапия тут, конечно, показана. Все эти разговоры о том, что в загробной жизни... Он почитал философию, это все тоже вяло. И когда вспоминаешь при всем этом, что

было 11 поступлений в больницу за год, и говоришь с ним, то видишь как по причине внутреннего схизиса концы не сходятся с концами, предполагаешь, какая там у него внутри вяловатая и, может быть, опасная для его жизни душевная каша. И возникает к нему настоящие психиатрическое сочувствие, сочувствие к его душевнобольной депрессивной беспомощности.

Ведущий. Уважаемые коллеги, я с сожалением могу констатировать, что идеи МКБ -10, МКБ-11, а так же ДСМ-4 живут и побеждают, а классическая немецкая психиатрия и классическая психиатрия московской школы, к сожалению, проигрывает и отступает. Это мы видим по выступлению Алексея Викторовича, по трактовке, которую мы слышали от Аллы Анатольевны, которая считает, что у больного нетяжелая депрессия, что он олигофрен и т.д. Давайте оценивать статус. Статус очень сложный, депрессивно-обсессивно-дисморфоманический, имеющий также идеи отношения. Это говорит о том, что здесь речь идет не о простой депрессии. Но речи нет и о трех диагнозах. Согласитесь, это противоречит здравому смыслу. Диагноз может быть только один, а синдромов может быть несколько. То, о чем Вы говорите, — это наличие множества синдромов, но не диагнозов. Итак, депрессивный синдром. У молодого человека возникает депрессия, весьма своеобразная, при которой одновременно возникает дисморфоманическая симптоматика, обилие фобических переживаний, в том числе социофобия. Это уже о многом говорит. Если мы посмотрим на это в ракурсе гендерных различий, то дисморфофобическая и дисморфоманическая симптоматика больше характерна для больных женского пола, у мужчин это в принципе большая редкость. Если у мужчин возникает симптоматика, которая характерна в основном для лиц женского пола, это говорит об атипичном заведомо более тяжелом течении заболевания. Потому что в эволюционном отношении симптоматика, которая характеризует женский пол, более старая, более архаичная. Она у части популяции за многие тысячелетия, так сказать, элиминировалась. У мужчин, у которых сохраняется женская симптоматика, она говорит о том, что она устойчива, прогредиента, более злокачественна, более серьезна. Почему-то никто не обратил внимания, что у него помимо депрессии есть явления анестезии (*anaesthesia dolorosa psychica*), т.е. это фактически симптоматика по сути дела дереализационная, и он, кстати, сам признает это. При аффективной патологии наличие такой симптоматики всегда утяжеляет прогноз, всегда вносит элементы атипичности и всегда говорит о затаянном течении и о плохом реагировании на фармакотерапию. Фармакотерапия здесь проводилась недостаточно интенсивно, недостаточно неотступно.

Итак, с одной стороны дисморфоманические включения вносят черты атипичности, с другой стороны, деперсонализационно-дереализационная симптоматика говорит о более тяжелом течении. Далее надо иметь в

виду следующее: несмотря на то, что он debil, несмотря на то, что есть органический фактор в преморбиде, это личность скорее всего психастенического круга, тревожно-мнительная, робкая личность. Может ли повести себя тревожно-мнительная личность так, как ведет он себя на протяжении последних 1,5 – 2 лет? Да никогда. Вот эти порезы, которые, безусловно, имеют черты демонстративности. Это уже явление совсем другого плана, полюса, противоположного психотеническому, это полюс уже скорее истероидный, демонстративный. И вот это сочетание психастеничности и истероидности у одного человека, это что? Это мозаичность какая-то. Но это мозаичность, приобретенная в процессе, в результате процессуального заболевания, это сочетание несочетаемого. Это может быть только в результате процессуального заболевания. Он сам говорит, что изменился. Он говорит, страдает депрессией уже около года, но это уровень гораздо более глубокий, чем уровень циклотимический. При циклотимических депрессиях больные сохраняют творческий потенциал, работают, что-то создают. Здесь этого нет: полная неадекватная оценка, здесь щепка, брошенная в поток реки, которую волны бросают из стороны в сторону, которая предоставила себя на волю волн. Вот такая личность. Личность, у которой ничего нет. Личность, которая противоречива во всем. Тесты психологические могут не зафиксировать нарушений мышления. Мы знаем, что при вялотекущей шизофрении нарушения мышления не всегда и не сразу могут быть очевидны, но то, что здесь есть эмоционально-волевой дефект, видно вооруженным взглядом, и сомнений не вызывает. После лечения он выписывается, через 2 – 3 дня он вновь поступает или готов прыгнуть с 15-ого этажа или порезаться. Это не тяжелая депрессия? Этот больной не должен оставлять Вас спокойным, никого. Это пороховая бочка. Гарантии, что он не совершит суицид, нет. Здесь биполярная фаза сомнительна. Три – четыре дня для маниакальной фазы слишком мало. В лучшем случае, это биполярное расстройство второго типа, да и то с большой натяжкой. Я бы говорил здесь не о циклотимии, не о биполярном расстройстве, а о стойкой униполярной депрессии, с суицидальными тенденциями и с дисморфоманическими и обсессивными включениями в результате вялотекущего эндогенного процесса. Лечить его надо интенсивно антидепрессантами. 30 мг миртазопина для него очень мало. Здесь нужны препараты типа паксила, для начала 40 или даже 60 мг. 10 мг ципролекса тоже мало. Анафранил — хороший антидепрессант с серотонинергической активностью, можно применять капельно. Есть работы, которые говорят, что суицидальное поведение обусловлено недостаточностью серотонина в мозге, в ЦНС. Эту недостаточность надо устранять с помощью серотонинергических антидепрессантов.

ИЗ КЛАССИЧЕСКОГО НАСЛЕДИЯ

От редактора. Публикации перевода монографий Й. Берце и Г. Груле “Психология шизофрении”, одного из наиболее выдающихся вкладов в эту центральную проблему психиатрии, наряду с IX томом “Руководства по психиатрии” О. Бумке, нуждаются в транспонировании понятия “психология” со всеми производными от него на современный профессиональный язык. Современное словоупотребление использует во всех подобных случаях понятия “психопатология”, “психопатологический”. За этим стоит фундаментальное классическое обоснование Николаем Гартманом различия “однослойных наук”, к которым относится психология, и “многослойных наук”, к каковым принадлежит психиатрия, как патологическая антропология, т.е. наука о расстройствах личности. Это означает, даже при полном словесном совпадении, принципиально различный охват предмета изучения: скажем, “психология и патопсихология мышления” — это в наше время ограничение рассмотрения только психологическим аспектом, тогда как “психопатология мышления” — это более объемлющее целое, подразумевающее не только психическое как таковое, но психическое вместе со всем его биологическим базисом (психофизиологическим и физиологическим) и ценностным содержанием. Т.е., это принципиально более целостное и более конкретное рассмотрение. Именно в этом последнем смысле использовали обычно понятие “психология” Й. Берце, Г. Груле, А. Кронфельд, К. Шнайдер и мн. др., что хорошо видно из контекста.

Психология шизофрении¹

Йозеф Берце² (Вена)



Введение.

I. Классификация шизофрений по существенным психологическим признакам.

II. Первичные шизофренические симптомы как выражение шизофренического процесса.

III. Вычленение первичных шизофренических симптомов.

IV. Шизофреническое нарушение мышления.

V. Различия в нарушении мышления при шизофреническом процессе и в состоянии дефекта.

VI. Психологическая теория шизофрении.

¹ Psychologie der Schizophrenie von Dr. Josef Berze und Dr. Hans W. Gruhle. Перевод с немецкого Евгении Григорьевны Сельской (после окончания в 1976 г. МГПИИЯ им. Мориса Тореза, более 30 лет преподаватель немецкого языка на городских курсах иностранных языков). Редакция выражает глубокую признательность Евгении Григорьевне за перевод, и Марку Евгеньевичу Бурно — за предоставленную работу Берце и инициативу по ее переводу.

² Josef Berze (1866 – 1958) — автор монографии “Первоначальная слабость психической активности” (1914), один из самых крупных исследователей шизофрении, экстраординарный профессор психиатрии Венского университета. В 1918 – 1928 гг. директор приюта для неврологических и душевнобольных Amsteinhof.

ВВЕДЕНИЕ

Этот труд о психологии шизофрении создан на основе реферата ежегодного собрания “Немецкого психиатрического общества”, проведенного в Вене 13-го сентября 1927 г.

Нашей целью являлось освещение следующей проблемы: с одной стороны, психическая симптоматология шизофрении охватывает процессуальные симптомы, с другой стороны — симптомы, характерные для дефекта. Различие между этими двумя группами симптомов является фундаментальным в феноменологическом и генетическом отношении. Мы не смогли бы навести порядок в шизофренической симптоматологии и создать прочную основу для психологии и психологической теории шизофрении, если бы нам не удалось провести четкое разграничение между симптоматикой процесса и дефекта.

Шизофренический дефект в чистом виде выступает однозначно в состояниях шизофренического исхода. Но развитие его начинается и протекает в различных фазах психотического процесса, где он выступает наряду с процессуальными симптомами — раньше или позже — в зависимости от степени его развития к этому времени. Однако часто он, в особенности вначале, перекрывается процессуальной симптоматикой. С другой стороны, он претерпевает значительные изменения и при выраженном психозе под влиянием психического основного нарушения, возникающего в результате развития процесса. Наши знания симптоматики “стационарных” шизофренических состояний (резидуальные состояния — *Restzustaende*, состояния исхода — *Endzustaende*) не позволяют нам уверенно и окончательно провести разграничение между симптомами процесса и шизофренического дефекта в различных фазах течения шизофренического процесса.

Пока еще мы не решили этой проблемы, хотя то здесь, то там видятся проблески мысли и появляется надежда на новый взгляд. В связи с этим, целью данного труда является представить материал, который способствовал бы решению поставленной проблемы. Эта работа является также попыткой должным образом осветить необходимость разграничения процессуальной симптоматики и симптоматики дефекта.

Преследуя эту цель, мы подробно остановимся в данной работе лишь на тех симптомах, детальное освещение которых необходимо для решения нашей проблемы.

І. КЛАССИФИКАЦИЯ ШИЗОФРЕНИЙ ПО СУЩЕСТВЕННЫМ ПСИХОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ

Шизофренией, при всем различии в их проявлениях, все без исключения объединяет определенная психологическая общность. В этом ничего не меняет тот факт, что никому до сих пор не удалось охватить

вполне эту общую суть шизофрении и дать ее исчерпывающее определение. Наряду с этим общим обнаруживаются внутри шизофрений значительные психологические различия, побудившие нас к выделению подгрупп в зависимости от психологических особенностей. Это деление не имеет ничего общего с разделением по поверхностным признакам на гебефреническую, кататоническую и параноидную формы. Наша классификация основывается на том, 1) являются ли симптомы психоза выражением основного психотического настроения, обнаруживающегося в данное время, или же 2) симптомы эти являются симптомами дефекта или симптомами психотического развития на базе дефекта. При этом следует подчеркнуть, что данная классификация служит не только и не столько различению форм, но и — в большей степени — стадий заболевания. Необходимо учитывать, что шизофрения вначале обнаруживает себя как психотическое основное нарушение (*psychotische Grundstoerung*) (“свежие случаи”), затем с исчезновением основного нарушения выкристаллизовывается шизофренический дефект (*Defektschizophrenie*) (“старые случаи”), на котором, в свою очередь, может базироваться психотическое развитие; впрочем, оно порой начинается еще при наличии основного нарушения.

Помимо отсутствия общепринятой терминологии в области психологии и патопсихологии, имеет место недостаток внимания к тем моментам, которые являются камнем преткновения в спорах разных авторов относительно психологии шизофрении и психологической теории шизофрении.

Из литературы следует, что понятие *психотического основного нарушения* (*psychotische Grundstoerung*) требует пояснения. Часто это понятие смешивают с понятием психотических *первичных симптомов* (*Primaersymptome*). Психотические первичные симптомы — это симптомы, непосредственно констатируемые, отличающиеся от других, вторичных, симптомов тем, что они ни в какой мере не являются психологически обоснованными. Психотическое основное нарушение, напротив, само по себе *не* может быть выявлено феноменологически. Более того, на это нарушение указывает вся совокупность первичных симптомов. О наличии первичного нарушения, как уже отмечалось, — а в дальнейшем будет подробно показано — можно судить на основании аналогии. Далее: первичные симптомы психоза могут быть многочисленными и всё же иметь общую основу в едином основном нарушении. Таким образом, будет ошибочным сводить попытки определения основного *нарушения* к поиску *одного* кардинального *симптома*. Также неправильным будет предположение, что якобы собственно психотическому основному нарушению должен соответствовать единый “сквозной” симптом. Какими будут симптомы психоза, не зависит от одного лишь рода психотического основного наруше-

ния. Всегда — и при легкой степени основного нарушения в особенности — значительную роль играет психическая конституция личности. Конституция оказывает также значительное влияние на степень выраженности определенных психических *первичных* симптомов. Это выражается помимо прочего в том, что в отдельных случаях то тот, то другой из первичных симптомов обнаруживается в такой степени, что это определяет целостную картину. В дальнейшем эти моменты психической конституции могут и качественно влиять на первичные симптомы, так что последние выступают в искаженном виде и вследствие этого могут лишь с трудом и допущениями быть признаны симптомами в их привычной форме. Все эти моменты отнюдь не способствуют тому, чтобы мы обнаружили сквозной симптом.

То, что было описано вначале как *dementia praecox* (Крепелин), затем как группа шизофрений (Блейлер), объединенных в одну группу психозов, и с самого начала получило широкое признание, — всё это были *вторичные* симптомы. *Первичные* симптомы, о вычленении которых вначале вообще не думалось, упоминались лишь вскользь, если вообще упоминались. Блейлер впервые провел четкое разграничение между первичными симптомами, т.е. “непосредственными психическими выражениями органического процесса”, и вторичными, т.е. “частично психическими функциями при измененных условиях, частично следствиями более или менее удавшейся или не удавшейся вовсе адаптацией к первичным нарушениям”. Таким образом, был сделан важнейший шаг, внимание было обращено на первичные симптомы. Был указан путь, помогающий нам понять психологическую суть шизофрении, если отталкиваться от способа и степени выражения ее разнообразной вторичной симптоматики, зависящей от психической конституции индивида. Но на этом пути, как оказалось, можно впасть и в величайшее заблуждение. Некоторые исследователи сделали вывод — разумеется, не в понимании Блейлера, — что первичные симптомы, важные, существенные проявления шизофрении, в отличие от вторичных несущественных, должны обнаруживаться в любой стадии и в любом шизофреническом случае. Но это не так. Напротив, велико число случаев шизофрении, где трудно найти следы собственно первичных симптомов (*scil. процесса*).

Как же такое возможно? Как ни странно, эта проблема не была даже поставлена, не говоря уже о ее решении.

Каждый органический процесс порождает функциональные нарушения по двум причинам: во-первых, тем, что он своим существованием непосредственно нарушает какую-то функцию или функции, во-вторых, тем, что он производит непреходящие перемены в органе (поражения, дефекты), который этот процесс затрагивает. А перемены эти, в свою очередь, порождают симптомы дефекта. Давайте представим

себе любой органический процесс, породивший органическое изменение. Мы увидим, что по окончании процесса его симптомы, *процессуальные симптомы*, сменяются симптомами *постпроцессуальными*. Постпроцессуальные симптомы же, при определенных обстоятельствах, могут постепенно исчезнуть. Это возможно, если органическое изменение может дать обратное развитие или если в процессе компенсации возможно устранение атрофии функций. В противном случае постпроцессуальные симптомы сохраняются длительное время. Мы увидим далее, что при тяжелых процессах постпроцессуальные симптомы присоединяются уже к процессуальным; это происходит вследствие органических изменений, обусловленных текущим процессом.

Все вышесказанное действительно и для шизофренических процессов. Пока имеет место органический процесс, лежащий в их основе, обнаруживается — как непосредственный результат этого процесса, как выражение его *актуальности* — шизофреническое основное нарушение в соответствующих ему первичных симптомах. Органический шизофренический процесс приводит постепенно к органической деструкции, которой на уровне психики соответствует постепенная деструкция личности. Последняя является *постпроцессуальным* нарушением, существующим и по окончании органического процесса, и, соответственно, при угасании основного нарушения. Постпроцессуальное нарушение наблюдается в случае окончательной декомпенсации (*Unkorrigierbarkeit*), порой, до конца жизни больного.

Вместе с постпроцессуальным нарушением продолжает обнаруживаться значительная часть вторичных шизофренических симптомов. Если раньше они зависели от первичных нарушений, то теперь приобретают своего рода самостоятельность, автономность. Образно говоря, душевная жизнь, сдвинутая процессом на неверные рельсы, по завершении процесса продолжает свой путь по этим неверным рельсам.

Большинство шизофрений, попавших в поле нашего зрения, и являются как раз постпроцессуальными психозами. Это находится на первый взгляд в противоречии с тем фактом, что во многих из этих случаев никогда ранее не наблюдалась стадия истинного процесса (*Prozessstadium*) или истинная процессуальная фаза (*Prozessphase*). Но так только кажется! Многолетний опыт учит, что масштаб постпроцессуального изменения личности при шизофрении вовсе не находится в исключительно прямой однозначной зависимости от интенсивности основного нарушения, не говоря уже о степени выраженности первичной симптоматики в стадии текущего органического процесса. Более того, существует множество случаев, когда после впечатляюще яркой стадии процесса с выраженной первичной шизофренической симптоматикой наблюдается на редкость незначительное

изменение личности. И наоборот, известны случаи, когда едва можно было диагностировать шизофрению из-за недостаточной выраженности процессуальной симптоматики, однако заболевание привело к глубокой деструкции личности. Бывают и такие шизофрении, которые квалифицируют как постпроцессы, но развились они, по-видимому, вовсе без предшествующей процессуальной стадии³.

Область постпроцессуального изменения личности, развившегося из латентной фазы органического шизофренического процесса, поистине необъятна. От легчайших изменений личности, проявляющихся в определенных более или менее заметных чертах характера, о которых и сказать-то можно лишь с натяжкой, что они имеют психотическую основу, через разнообразные переходные состояния к случаям глубокого, выраженного состояния шизофренического исхода.

С этой точки зрения следует рассмотреть, по меньшей мере, две важные проблемы: проблему *шизоидов* и *шизофренического* (или *шизоидного*) реагирования. Внесение определенных скороспелых предположений, касающихся еще не проясненных результатов биологической наследственности, в значительной мере запутало проблему. Распутать ее возможно лишь в том случае, если, прежде всего, сознательно избегать предположений относительно биологической наследственности.

В проблему *шизоидов* внес свою лепту Бумке, указавший, что мы, прежде всего, должны пытаться “отделить от психопатий случаи, являющиеся в действительности скрытыми шизофрениями”, и что мы должны идти по пути, определенном Вильмансом (Wilmanns). И при скрытых шизофрениях следует учитывать принципиальное различие между процессуальными случаями и случаями постпроцессуального состояния. Предположение, что мы имеем дело со скрытым шизофреническим *процессом* тогда правомерно, когда *шизоид* сформировался, так сказать, у нас на глазах, и продолжает приобретать выраженные черты, с тем, чтобы, в конце концов, превратиться в шизофрению. Таким образом, это те случаи, когда развитие заболевания идет через *шизоид* к шизофрении, без той стадии, когда наблюдается “отход” (“Abknickung”), отличающий начинающуюся шизофрению от препсихотического состояния. Предположение наличия *постпроцессуального* состояния, причиной которого является маскированная шизофрения, т.е. вялотекущий органический процесс, лежащий в ее основе, повторяю, предположение наличия такого состояния правомерно, скорее, для определен-

ных длительных статичных *шизоидных* состояний (Schizoide).

При этих последних возможно, даже после многолетнего отсутствия какой бы то ни было динамики, развитие выраженной шизофрении. Это возможно по причине того, что процесс, в свое время обусловивший *шизоид*, после длительной ремиссии может возобновиться и привести, как показывают некоторые случаи, удивительно быстро к полному формированию психоза. Аналогичную ситуацию наблюдаем, когда, при очевидной с детства шизофрении, даже после ремиссии в десятки лет, внезапно появившаяся бурная симптоматика приводит к быстрому наступлению шизофренической деменции. Такие явления объясняются возобновлением органического процесса после длительного покоя.

В этой связи следует учитывать, что, как недавно подчеркнул Neustadt, “заболевание гебефренией начинается примечательно рано, не говоря уже о dementia praecocissima (deSanctis, Higier, Weygandt) и dementia infantilis (Heller), и что ранние заболевания, полностью сформировавшись, ведут к значительной психической слабости (Schwaechе), при abortивном течении, по всей видимости, вызывают изменения, соответствующие какой-то форме “шизоидии”.

А как же обстоит дело с другими “шизоидиями”, которые, исключая случаи шизофрений, пусть даже маскированных, в процессе или в постпроцессуальной стадии, все же остаются в группе шизофрений (Schizosefamilien)?

Теоретически допустимо, что среди “шизоидий”, которые нельзя обозначить как *приобретенные*, встречаются и психопатии, *исконные* психопатии, находящиеся в определенной взаимосвязи с шизофренией, например, в том, что существует врожденный дефект, обуславливающий перерождение основ психической жизни, аналогичное психическим изменениям при приобретенной *шизоидии*, происходящим из органического процесса. Далее, по-видимому, возможно, что каждый врожденный дефект (Anlagedefekt) восходит к генотипическим данным, идентичным тем, которые — при известных условиях — лежат в основе унаследованной конституциональной предрасположенности к шизофреническому психозу. Но такая взаимосвязь лишь возможна; она вовсе не подтверждена фактами. Совсем не установлено, что среди “шизоидий”, оставшихся после исключения маскированных шизофрений, имеют место такие, где вообще может идти речь о подобной взаимосвязи.

Для большей части этих оставшихся случаев данное утверждение *не* правомерно. В многочисленных семьях, где не было случаев заболевания шизофренией, встречаются разнообразные психопатии, и их немало. Эти психопатии невозможно отличить от психопатий, относящихся к группе шизофрений (Schizosefamilien). Эти психопатии встречаются в определенных семьях наряду с шизофрениями и наряду

³ Среди прочего Kahn указывает на процессы dementia praecox, “развивающиеся настолько поверхностно, что мы какое-то время, а порой длительное, не можем поставить диагноз шизофренического процесса”.

с шизоидиями, квалифицированными как абортивные шизофрении (в стадии процесса или постпроцесса). Было бы грубой ошибкой оценивать такие состояния исключительно как шизоидные (и называть их так). И ошибка эта явилась следствием, весьма сомнительным, теории биологической наследственности касательно данного вопроса. Эвальд (Ewald) по праву спрашивает: “Где же характеры, до сих пор обозначаемые как реактивно лабильные, истерические, непрактичные (“не от мира сего”)? Где характеры с наклонностью к параноиду, где эпилептоиды? Где неустойчивые и стенические? Где личности с лабильным чувством собственного достоинства, где твердолобые? Всех мать-шизоид принимает в свои широкие объятия”. Вряд ли можно оспаривать, что некоторые из типов, упомянутых Эвальдом, по меньшей мере в отдельных случаях, всё же относятся к шизоидиям, даже если абортивный шизофренический процесс может повредить психическую надстройку (Ueberbau), которая при нормальном развитии гарантирует более или менее значительное обуздание определенных черт характера. В таком случае эти черты характера приобретают остроту, яркость, жесткость; в этом проявляется главный признак многих шизоидий. Но с другой, стороны, не следует забывать, что большинство типов, упомянутых Эвальдом, в действительности не имеют ничего общего как с шизофренией, так и с шизоидией.

Следует также исключить типы, неверно обозначаемые как психопатические личности.

Бострем (Bostroem), подобно Бумке, очень удачно выразился о таких характерах следующей фразой: “Мы имеем дело при так называемых шизоидных качествах с чертами *нормальной* душевной жизни”. Таким образом, характерные психические симптомы шизофрении “нельзя считать усилением шизоидных качеств”. Поэтому Бострем предпочитает говорить “не о шизоидных, а о дистонных (dyston) качествах”. (Наверное, было бы лучше сказать об “асинтонных”, так как имеется в виду именно отход от синтонности. К тому же “дис-” указывает, скорее, на патологию). Только когда подтверждено, что именно патологические моменты вызывают аномальную остроту определенных черт характера⁴, или что эти черты характера получили искаженное выражение — лишь в этом случае носителя таких черт характера можно считать психопатом. Только в этом понимании оправданной будет мысль, что существует постепенный переход от “шизотима”, находящегося в обширной области ду-

⁴ Часто это *внешние* моменты, провоцирующие выявление определенных, а именно асоциальных, черт характера личности. Так может, например, при благоприятной обстановке и соответствующей предрасположенности личности возникнуть “чувство неограниченной свободы” (ср. Голлендер — Hollaender), которое ведет к определенной вольности, беспрепятственному самовыражению.

шевного здоровья, к шизоидному психопату. Иногда случается, что медленный (ползущий) процесс превращает “шизотимную” (асинтонную) личность постепенно в шизоидного психопата.

Бострем подчеркивает, что дальнейшая связь между так называемым шизоидом и шизофренией обнаруживается в том, что “шизоидные” или, вернее, дистонные (асинтонные) черты личности “явственно патологически выступают в психозе”. Подобное мы видим “при шизофрениях у синтонных натур, соответствующую циркулярную симптоматику”. “Только при исключении патологических наслоений (Beiwerk) дистонной или синтонной личности” — следует принять в расчет и другие личностные типы — выступают в чистом виде присущие болезненному процессу *собственно шизофренические* симптомы.

Второй из ранее поднятых вопросов, касающийся шизофренического (и шизодного) типа реагирования до сих пор считался проблемой генотипа. Очевидно, для значительного числа случаев генотипический фактор (или комплекс факторов) является основным моментом, исходя из которого следует рассматривать типы реагирования вообще и эту специфическую норму реагирования в частности. Но этот подход не должен приводить к тому, чтобы мы оставляли без внимания возможность развития той или иной нормы реагирования в процессе жизни индивида под влиянием внешних факторов, другими словами, возможность *приобретенного* экзогенного шизофренического реагирования. Не следует забывать и о возможной обусловленности некоторых шизоидоподобных реакциях, а также реакциях, похожих на шизофренические, сходство с которыми вызвано когда-то воздействием вредоносным фактором (Noxe) или комбинацией таковых. Согласно Кану (Kahn), “следует также учитывать, что и без шизоидной или шизофренической предрасположенности в идиотипе могут развиваться шизофренические черты; их невозможно отличить с клинической и патопсихологической точек зрения — во всяком случае, какое-то время — от случаев с конституциональной предрасположенностью” (“шизоформные состояния”). Существует конституционально не обусловленное “*шизоформное* реагирование, возникшее из переплетения множества различных экзогенных причин; это реагирование в большой степени перекликается с шизофреническим реагированием Бумке”.

С другой стороны, не следует забывать, что и в случаях, где мы предполагаем *исконное* реагирование или, по Кану, “идиотипически подкрепленное шизоидное реагирование, нам нельзя довольствоваться лишь представлением, что данная реакция проистекает *непосредственно из генотипа*, или, другими словами, генотипический фактор (или комплекс факторов) влияет на фенотип только в ситуации, когда внешние факторы провоцируют определенное реагирование. Нет, мы должны помнить, что в таких случаях речь

идет о заранее заданном *фенотипическом* изменении, до сих пор оставшемся бессимптомным; это изменение проявится под влиянием провоцирующих факторов как конституциональная предрасположенность к определенному реагированию⁵.

Исследователи, подробно занимавшиеся проблемой шизофренического (шизоидного) реагирования, считают, что этот вопрос еще недостаточно освещен. Согласно Попперу (Popper), реагирование “проявляет индивидуально-специфическую суть личности, ранее находившуюся в латентном состоянии”. Под “латентным” может в принципе пониматься лишь что-то, данное в фенотипе, и только пока оно остается скрытым. Манифестация реагирования означает, что это фенотипическое становится из латентного явным, когда оно вызывает определенную симптоматику или определенным образом окрашивает уже имеющуюся симптоматику. Возможно, но не обязательно, что Поппер придерживается такого мнения. Кан (Kahn) говорит по этому поводу следующее: “Определенные факторы среды, воздействующие на генотип или шизофреническую либо “готовую к шизофрении” часть генотипа, могут дать толчок к развитию шизофренических. До тех пор имелись в виду только генотипические факторы. Правда, трудно представить, как факторы среды могут воздействовать на что-то, не существующее так или иначе в фенотипе.

Для Поппера фактор биологической наследственности отступает на задний план. Он рассматривает шизофреническое реагирование только с “чисто клинической и практической точки зрения”. Шизофреническую реакцию следует ожидать “исключительно от шизофренического процесса и вообще от понятия шизофреники”. Кан, напротив, на передний план выдвигает фактор биологической наследственности. Согласно Кану, Попперовское шизофреническое реагирование относится, как и шизофренические постпроцессуальные психозы, “к шизоидно-шизофренической группе наследственных заболеваний”, где *conditio sine qua non* существует наследственная предрасположенность к шизоидии. “Наследственная предрасположенность к шизоидии” нередко “реализуется фенотипически в шизоидных личностных типах”.

Как возникло фенотипическое изменение, лежащее в основе шизофренического (шизоидного) типа реагирования, можно лишь предполагать, поскольку нет ничего дескриптивно обозначенного. По всей видимости, по этому вопросу тоже нет единства. В общем и целом, для шизофренического реагирования характерно все то, что было сказано о проблеме шизоидии. И здесь, наряду с маскированными шизофреническими, постоянными изменениями после завершившихся легких процессов, существуют случаи кондиционального шизоформного реагирования (Кан). Сюда же относятся и случаи, где мы имеем дело не с истинно шизофреническим реагированием, а с реакциями дистонной личности в понимании Бострема (Bostroem). Различие же между носителем чем-то обусловленного “шизофренического реагирования” и

похожего на него (в плане обусловленности) шизоида — поскольку шизоид может иметь подобные реакции — состоит, в общем, лишь в том, что первый не имеет в своем хабитусе “шизоидных” признаков или они крайне слабо выражены.

От форм выражения шизофренического реагирования принципиально отличаются те шизофренические психозы, которые по праву называют *симптоматическими* шизофреническими.

Кронфельд ясно указывает на неоднозначность слова “реакция”. В переносном смысле любой психоз — это, в конечном счете, “реакция”, а именно: реакция на совокупность факторов, ее обусловивших. И все же под *реагированием* в психиатрии понимают “нечто существенно иное, а именно: *психическую переработку переживаний*”. Но эта дефиниция требует уточнения; это становится очевидным тогда, когда противопоставляются два понятия: понятие реагирования и понятие симптоматического психоза. Не все равно, на чем основано утверждение, что психическая переработка переживаний имеет патологические, например, шизофренические черты, или же, при определенных обстоятельствах, формируется картина психоза, например, с шизофренической психотической симптоматикой. Лишь тогда может идти речь, строго говоря, о патологическом, например, шизофреническом реагировании, когда причиной является *конституциональная аномалия* психики, будь то изначальная исконная личностная предрасположенность или же изменение личности, приобретенное в течение жизни. Для обычных симптоматических психозов, например, шизофренических, это не так. В этих случаях патологически измененная психическая переработка переживаний является частью симптоматики, не сводящейся к ранее заданной конституциональной аномалии, а к базирующейся на процессе перерождения, *протекавшем в течение определенного времени*. Существует принципиальное различие между формами выражения шизофренического реагирования и симптоматической шизофреники. Да не введут нас в заблуждение некоторые трудности, когда процесс, который может обусловить симптоматическую шизофренику, встречается у человека, где по причине биологической наследственности возможно предположить наличие шизофренического реагирования.

Если мы говорим о *симптоматических* шизофренических, то мы предполагаем заранее наличие *идиопатических* шизофренических. Проблема вычленения идиопатических шизофренических крайне трудна, она труднее, чем выделение какого-либо идиопатического *заболевания* из разряда аналогичных симптоматических форм. Трудность состоит в том, что мы не имеем права рассматривать идиопатические шизофренические в качестве клинической единицы. Кронфельд подчеркивает — и по праву, — что даже если бы мы могли выделить психологически-дескриптивную общность группы шизофренических, то “еще не факт, что это психо-

⁵ Это касается не только *шизофренического* реагирования.

логически-дескриптивное единство будет соответствовать клинической единой группе”. То же самое можно сказать и о любой из групп шизофрений, выделенной на основании определенных критериев; это действительно и для той группы, которую мы рассматриваем как группу идиопатических шизофрений.

При попытке вычленения идиопатических шизофрений мы, безусловно, должны исходить из *dementia praecox* Крепелина. Однако, границы этой группы, как известно, были сильно расширены, так что теперь она включает в себя много более того ядра, которое можно считать идиопатическим. Крепелин, в конце концов, вынужден был снова сузить понятие, выделив определенные формы, в частности, парафрении.

Очевидно, нужен более общий взгляд, чтобы провести верное разграничение с идиопатическими шизофрениями. При этом следует учитывать, что идиопатические шизофрении являются процессуально обусловленными. Они — процессуальные шизофрении. Поэтому первейшим требованием является исключение из Крепелиновской *dementia praecox* всех форм, которые по своему проявлению являются психическими развитиями (“психическими процессами”) иного рода; это видно по их нетипичным исконным отклонениям или приобретенным изменениям личности. Итак, исключить следует, например, определенные “дегенеративные” развития личности, имеющие большое сходство с процессуальными гебефрениями. Надо также исключить и определенные *параноидные* развития, в настоящее время все еще включенные в процессуальную *dementia paranoides*. То, что там не найти специфического шизофренического нарушения мышления и связанных с этим симптомов; то, что *актуальная* личность не страдает; что в интеллектуальной переработке бредовых идей, развившихся под влиянием патологических установок, образуется организованная бредовая система; что после длительного развития (психического процесса) ни в коей мере не наблюдаются элементы “расщепления”, — всё это объясняется незначительной интенсивностью, вялотекущим характером предполагаемого процесса. Однако, следует заметить, что во многих случаях не существует причин предполагать наличие такого процесса. По всей видимости, следует выделить также большую часть отмеченных в свое время Крепелином парафрений, но не потому, что в их основе лежит предположительно *иной* процесс, чем при процессуальной шизофрении, а потому, что эти парафрении — и это очевидно — обусловлены вообще не текущим процессом, а множеством уже упомянутых параноидных развитий, длительных изменений личности *после* завершившегося процесса. С другой стороны, в большинстве этих подлежащих вычленению форм или случаев существует определенная связь с процессуальными шизофрениями, поскольку изменения личности со своей определенной симптоматикой являются результатом завершившейся оставшейся латент-

ной (*verborgen*) *шизофренической* фазы. Это предположение подтверждается и тем, что при многих из них, порой даже после десяти и более лет ненарушенного психического развития начинается — внезапно или с постепенным усилением — процесс с явной характерной симптоматикой процессуальной шизофрении. Это изменение общей картины бывает особенно примечательно в случаях параноидного развития и при некоторых парафрениях. Что касается парафрений, то уже Блейлер давно заметил, что всё, характерное для парафрений, встречается и в случаях, “которые спустя много времени обнаруживают типичную *praecox*-картину”. Бумке утверждает, что понятие “парафрения” является сегодня “поднятой, но не решенной проблемой”. Бумке стоит, в общем, *за* разграничение парафрении и шизофрении; однако, он сразу же делает оговорку, что “большинство случаев *вначале* (Крепелиновское описание) соответствующих парафрениям, *позже* обнаруживают себя как шизофрении”. Если же мы, несмотря на всё вышесказанное, утверждаем, что означенные формы надо выделить из *dementia praecox*, когда речь идет о вычленении шизофренической группы, то это потому, что картина, которую мы трактуем как шизофреническую, не дает нам возможности с полной уверенностью констатировать шизофрению или определить, в какой связи с шизофренией находится симптоматика наших пациентов.

Хотя мы не в праве считать *dementia praecox* в наличествующем узком обозначении клинической единицей, даже если результаты исследования биологической наследственности, как подчеркивает Вильманс (Wilmanns), говорят, скорее, в пользу этого, то, насколько можно судить, общее всех форм, принадлежащих к ней, заключается в том, что органически-процессуальное, лежащее в основе шизофрении, проявляется *исключительно* в симптомах, включая физические, которые мы считаем шизофреническими. Другими словами, шизофреническое в этих формах выступает *самостоятельно*. Не очень убедительный критерий! Но разве не всегда так обстоит дело, когда речь идет о разграничении идиопатического и симптоматического? Разве не должно так и быть, если мы не определили существо идиопатического процесса? Каждый новый день может показать нам — благодаря новейшим исследованиям, до сих пор остававшимся вне поля нашего внимания, или путем применения новых исследовательских путей, — что ту или иную форму, которую мы до сих пор считали идиопатической, следует отнести к симптоматическим. Так, например, обстоит дело с эпилепсией, и точно так же с шизофренией. То, что останется после выделения предполагаемой шизофренической группы, трактуемой нами как идиопатической, вовсе не обязательно будет клинически нозологической единицей. По всей вероятности, оставшаяся идиопатическая группа будет одновременно гениальной, группой дегенератив-

ных наследственно-конституциональных форм, отличающихся друг от друга вот чем: дегенерация затрагивает только церебральную парциальную систему, к функциональному дефекту которой относится шизофреническое основное нарушение, или же дегенерация касается вместе с тем какой-либо другой парциальной системы. Нерешенным остается вопрос, будет ли эта оставшаяся группа *значительно* меньше по объему и содержанию, чем *dementia praecox* в ее более узком значении.

К симптоматической шизофрении могут привести все процессы, способные нарушить эту церебральную парциальную систему. Чем более выходит процесс за эти пределы, тем более отесняются шизофренические явления другими, как правило, более общими психическими нарушениями вплоть до полного вытеснения. Соответственно, мы видим симптоматическую шизофрению часто только в коротких фазах ее проявления. Иногда и эти краткие фазы симптоматической шизофрении порождают стойкие изменения личности, придающие общей картине “шизофренический” отпечаток и в дальнейшем.

Если речь идет не об общей психической симптоматологии шизофрении, а об описании психической симптоматики, картины заболевания, характерной для отдельных групп шизофрении с позиции генетики, и, в особенности, когда речь идет о выявлении первичных симптомов шизофрении, следует найти соответствующую группу. Группа шизофрений объединяет следующие подгруппы с точки зрения психопатогенетики:

1. *Активные процессуальные шизофрении*, т.е. шизофрении, в основе которых лежит органический процесс, являющийся в данное время активным. Процесс может остро начинаться и остро протекать или постепенно начинаться и иметь вялотекущее развитие. Встречаются случаи стремительного течения и случаи, когда процесс продолжается многие годы. Течение процесса может быть непрерывным, интермитирующим и ремитирующим.

2. *Неактивные процессуальные шизофрении*, т.е. процессуальные шизофрении в стадии временного затихья или окончательного завершения. Это шизофренические резидуальные (остаточные) состояния и состояния шизофренического исхода. Даже после десятилетней ремиссии возможно возникновение шуба органического процесса, и неактивная процессуальная шизофрения снова становится активной. К этой группе относится, по всей видимости, большое число Крепелиновских парафрений.

3. *Реактивные шизофрении* — это шизофрении, развивающиеся *психогенно* (психически -реактивно); имеется в виду шизофренически-психотическая переработка переживаний. При этом наличие *активного* органического процесса в данное время *не* обнаруживается. Такие шизофрении могут быстро пройти, но могут и принимать форму развивающихся психиче-

ских процессов (хронических “психических процессов”) и продолжаться как угодно долго. Многие из реактивных шизофрений — это психически обусловленные манифестации шизофренического реагирования. Другие же следует трактовать как реактивные психозы шизоидной личности. Подавляющее число случаев последнего рода касается личностей с наследственной (постпроцессуальной) шизоидией. К этой категории также, по-видимому, относятся почти все без исключения случаи, симптоматика которых (полагает Блейлер и его сторонники) каким-то образом психически обусловлена. В основе этой симптоматики нет процесса, есть лишь легкие количественные отклонения от нормы. Они ведут к психическим развитиям на основе выраженных резидуальных (остаточных) состояний процессуальной шизофрении. Также большая часть так называемых пропфшизофрений тоже относится к этой категории. “Слабоумие”, на которое шизофрения как реактивный психоз накладывается, следует рассматривать как шизофреническое резидуальное (остаточное) состояние, т.е. как результат шизофренического органического процесса — процесса, протекавшего в раннем детстве или младенчестве. Надо сказать, что в других случаях в основе так называемой пропфшизофрении лежит новый *процессуальный шуб*; это видно из ее активной формы проявления шизофренического процесса⁶. Эти случаи не следует считать ни активными процессуальными, ни реактивными шизофрениями в нашем понимании⁷.

4. *Сложные (комплицированные) шизофрении*, т.е. реактивно-психотические развития при активном шизофреническом процессе. В особенности при незначительной интенсивности органического процесса исподволь начинающейся и вялотекущей активной процессуальной шизофрении часто вслед за внешним поводом-толчком начинается реактивное психотическое развитие. Толчком этим может послужить переживание, являющееся при данных патологических психотических условиях психической травмой. Это реактивное психическое развитие, как правило, остро начинающееся и стремительно протекающее, легко создает видимость начала шизофрении, если предшествующая фаза активной процессуальной шизофрении вследствие бедности симптоматики не будет нами вообще замечена. В общей картине заболевания

⁶ Нельзя не упомянуть, что шизофренический процесс может развиваться и у индивидуума, страдающего исконной олигофренией или рано приобретенным слабоумием какого-либо иного генеза. В этом случае мы имеем дело с истинными пропфшизофрениями.

⁷ Вопрос о “реактивном” начале процесса не является для нашего рассмотрения релевантным. Там, где в основе заболевания лежит живой процесс, мы имеем дело с активной процессуальной шизофренией, как бы этот процесс ни начинался.

реактивно-шизофренические симптомы четко выступают на передний план, и часто заглушают существенные симптомы острой процессуальной шизофрении до полного их затуманивания. Но они все же никогда не исчезают полностью. Временами, смотря по обстоятельствам, эта симптоматика становится заметной то одним, то другим своим проявлением. Не находясь в непосредственной зависимости от органического процесса, подобные реактивно-психотические развития в любое время могут прекратиться или же дать более или менее завершённое обратное развитие, даже если продолжается органический процесс и, соответственно, сохраняются признаки активной процессуальной шизофрении.

II. ПЕРВИЧНЫЕ СИМПТОМЫ ШИЗОФРЕНИИ КАК ВЫРАЖЕНИЕ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА

Поскольку шизофренические *первичные симптомы* являются выражением живого органического процесса, мы не находим их при чисто реактивных шизофрениях; больше не находим их при неактивных процессуальных шизофрениях; они проступают при активной процессуальной шизофрении, они менее заметны при осложнённой шизофрении.

Определить, к какой группе шизофрений относится тот или иной случай, бывает порой нелегко. Следовательно, едва ли возможно с достаточной вероятностью поделить “без остатка” на такие группы весь контингент больных-шизофреников какой-либо психиатрической больницы. Так же трудно было бы, например, точно выделить из этого контингента группу больных активной шизофренией. Прежде всего, активный характер шизофрении бывает не ярко выражен и, вследствие этого, трудно определяем. К тому же, он часто сильно или полностью перекрывается вторичной симптоматикой, трудно отличимой от неактивной шизофрении. Во многих случаях активная шизофрения переходит постепенно и незаметно в неактивную фазу или в постоянное состояние исхода. С другой стороны, границы с чисто реактивными шизофрениями размываются из-за того, что и при активных шизофрениях — и даже не только при осложнённых шизофрениях в нашем понимании — можно выявить многочисленные и логически понятные связи содержания психоза с определёнными переживаниями. В то же время *многие* реактивные шизофрении являются как раз такими реакциями, при которых подобные понятные связи полностью отсутствуют, а содержание психотравмирующей ситуации скрывается за другими переживаниями, обусловленными установками самого разного происхождения или даже “комплексами”.

Если же специально остановиться на первичных симптомах, то мы опустим случаи, где трудно определить, к какой из групп отнести того или иного пациен-

та, и будем рассматривать лишь типичные для данной проблемы случаи.

Не все авторы, до сих пор занимавшиеся психологией шизофрении, ставили своей задачей выявление различий психологически или психогенетически разных подгрупп шизофрений. Даже Кречмер, под доминирующим влиянием исследований биологической наследственности движется в совершенно противоположном направлении. В своих исследованиях о существовании шизофренического нарушения он принимает за основу не только всю совокупность шизофрений без различия. Более того: он выходит за пределы этой огромной области, охватывающей так много различного, и включает сюда также препсихотическое, или шизоидное, и постпсихотическое и даже не-психотическое “шизотимное”. При этом очевидно, что главное — психотическое основное нарушение — как раз осталось вне поля зрения автора.

В общем, всё больше сторонников завоевывает мысль, что следует выделить для отдельного рассмотрения определённые формы и фазы шизофрении, чтобы прийти к неоспоримым выводам относительно первичных симптомов шизофрении.

Против утверждения Блейлера, что психическое нарушение только тогда следует признавать психотическим основным нарушением, когда оно встречается во всех формах и фазах психозов, и в особенности, шизофрений, выступал Берце. Я много лет назад обращал внимание на то, что следует различать между “шизофрениями, где *развивается* собственно болезненный процесс, базирующийся на основном нарушении шизофрении” и шизофрениями, где этот патологический процесс в настоящее время *не развивается*, “... но где существуют изменения, обусловленные некогда имевшим место процессом. Эти изменения определяют дальнейшую душевную жизнь индивидуума в смысле шизофренического дефекта”. Шильдер (Schilder) разъяснял, что “существенный симптом может при определённых условиях встречаться только при острых шубах”, а Блейлер якобы ищет свой первичный симптом в каждой фазе заболевания и находит его “благодаря растяжимости понятия”. Вильманс указывал в своем известном реферате, что, по его мнению, является спорным правильность стремления Блейлера “сводить острые и хронические шизофренические состояния к одинаковому основному нарушению”. Карл Шнейдер (C. Schneider) также пишет о необходимости “клинической дифференциации между стационарными и прогрессивными процессами”, причем под “прогрессивными процессами” он понимает случаи, где “процесс еще не остановился”⁸. В другом месте он подчеркивает, что “именно начальная стадия шизофрении, а также легкие случаи имеют существенно иное выражение”, чем состояния исхода.

Прежде всего, совершенно забыт принцип Блейлера, положившего в основу анализа именно состояния шизофренического исхода. Напротив, почти все мо-

⁸ Стационарным может быть состояние, а не процесс. Остановившийся процесс — вовсе не “стационарный”: его просто нет. Поскольку же он есть, он *eo ipso* всегда “прогрессивный”. Шнейдер выбрал неудачное выражение.

лодые авторы, хотя и делают это частично неосознанно, занимаются активными процессами, “свежими”, “острыми” случаями или шубами.

Рейс (Reiss) предпочитает “заниматься острыми состояниями сновидного помрачения сознания, где изменчивая картина заболевания или частые хорошие ремиссии дают возможность хорошего контакта с больным”. Тот, кто выбирает острые формы, фазы, шубы, делает правильно. Если ему удастся выделить остро начинающиеся реактивные шизофрении, то он всегда будет иметь дело с процессуальными шизофрениями. Но спорным является вопрос, правильно ли предпочитать именно те острые формы, при которых в картине болезни преобладает “сновидное помрачение сознания”. Именно острые формы побуждают нас подозревать токсический генез и действие безветворного начала. Следовательно, здесь могут иметь место и нарушения другого рода, помимо собственно шизофренических процессуальных симптомов. Этот “плюс” нарушений, который может оттеснять на задний план, а порой и полностью затмевать шизофренические первичные симптомы, часто приближает эти формы к аменции. Бумке пишет, впрочем, очень осторожно, о “возможностях, еще не оформившихся в гипотезу”. Он задается вопросом, “не проглядывает ли в шизофренической расщепленности оставшийся навсегда рудимент синдрома, который лишь в своем остром выражении объединяет затрудненное восприятие и понимание, склонность к наглядности представлений и т.п. — словом, все признаки помрачения сознания”. Определенно прав Бумке, утверждающий, что “большая часть случаев, ранее описанных как острая галлюцинаторная спутанность или аменция, выливаются, в конечном итоге, в шизофреническое слабоумие”. Если же мы учтем возможность, на которую Бумке указывал, — а к этому нас побуждает тот факт, что в случаях с “аментивно подобным” началом шизофрении, чисто с клинической точки зрения, а в действительности с исчезновением аментивного, остается “хвост”. Таким образом, мы не можем не признать, что шизофреническое, с психологической точки зрения, не может рассматриваться просто как низший уровень аменции, даже если психологическое исследование “состояний спутанности чисто шизофренического рода”, как это признавал Майер-Гросс, несмотря на значимость новейших исследований, “еще не дало окончательной формулировки шизофрении”. Если бы шизофреническое предполагалось частью аментивного *постоянно*, — это было бы в том случае, если бы оно было частью последнего, — то было бы крайне удивительно, что мы, при излечении истинной аменции (очень редко встречающейся), никогда не наблюдали шизофренической расщепленности, тем более удивительно, что просветление при истинной аменции происходит очень медленно, в отличие от внезапно прекращающихся аментивно подобных состояний при шизофрении. Уже потому намного вероятнее, что сновидную запутанность при аментивно подобном начале шизофрении следует рассматривать как нарушение своего (шизофренического — Е. С.) рода, которое, пока оно существует, напластовывается на шизофреническое основное нарушение. Очевидно, это же характерно для определенных синдромов, подобных аменции, синдромов, которые нередко перекрывают определенные мании, имеющие экзогенную обусловленность или со-обусловленность, в начальной стадии или в стадии обострения. Если же с постепенным угасанием аментивного нарушения сознания всё чаще

обнаруживается шизофреническое основное нарушение в шизофренических симптомах, то его можно рассматривать как рудимент (Rest), но не аменции, а в смысле суживания общего действия безветворного фактора, когда он в начале заболевания сильно и ярко действовал на шизофренический компонент. И, как это всегда бывает, аментивный плюс затрудняет в этих случаях обнаружение и описание специфически шизофренического. А поскольку бывает острое шизофреническое начало и острые шубы, где вовсе нет сновидной спутанности, то стоит исходить из этого.

Но нет причин ограничивать исследования первичных симптомов шизофрении *острыми* случаями или начальными фазами. Нет причин возводить это ограничение в принцип. Мы, по меньшей мере, ничего не достигнем, если выберем только эти случаи. Определенно, встречаются шизофрении, в основе которых лежит выраженный *хронический* процесс, с прогрессированием которого основное нарушение шизофрении становится всё отчетливее, если первичные симптомы не перекрываются слишком сильно вторичными. Это касается, прежде всего, определенных гебефрений и других форм, ведущих к истинной шизофренической *деменции*. Когда-нибудь их выделят из всей совокупности шизофрений как dementia graecox в узком смысле. Берингер проводил наблюдения, о результатах которых доложил в статье, посвященной анализу мыслительных нарушений при шизофрении. Рассматривалась небольшая группа шизофрений, “обнаруживающих в общей картине заболевания характерный признак расщепленности, но при этом, несмотря на тщательное исследование, не было оснований предположить наличие обычных шизофренических симптомов, таких, как бредовые идеи, галлюцинации, аномальные чувства и проч.”. Он находит, что “именно эта бедность симптоматики и непродуктивность относительно содержания, являющаяся собой картину иссякающей пустой гебефрении”, по-видимому, “дает определенные преимущества в понимании мыслительных нарушений в области *формального*”. Берингер по праву подчеркивает, что для таких случаев “вопрос, насколько обнаружение чего-то влияет на бредовые комплексы или галлюцинации — следовательно, является вторичным, — остается нераскрытым”. Кроме того, в пользу его Берингера, выбора говорит то, что именно у гебефреников (органический) процесс, как правило, имеет долгое и непрерывное течение. Вследствие этого имеется немало возможностей сделать предметом исследования фазы ремиссии.

Бывает трудно определить, является ли какая-либо процессуальная шизофрения еще активной, или она только что стала неактивной. Порой эти трудности связаны с незначительной интенсивностью органического процесса, медленным его течением и цветистой вторичной симптоматикой. Предполагается, что эта проблема — как и многие другие, с которыми мы сталкиваемся при шизофрении — будет решена,

лишь когда мы определимся с существом органического процесса. Можно ожидать, что тогда отыщется возможность определить активность и неактивность этого органического процесса путем соматического исследования. Но пока этого еще нет и в скором времени не предвидится, нам ничего не остается, кроме различия по психологическим критериям. Насколько известно из литературы, критерии эти нечетко определены. В учебниках и работах по шизофрении имеется, как правило, раздел, посвященный “исходу”. В остальном предполагают “по умолчанию”, что длительность органического процесса совпадает с продолжительностью шизофрении в психическом развитии. При этом упускают из виду, что психотические развития в принципе могут неограниченно долго протекать, пережив органический процесс. Критерии, которые мы ищем, должны служить тому, чтобы, кроме душевных обломков, наблюдаемых нами у больных в состоянии исхода, мы могли бы выделить огромное количество пациентов, имеющих легкое душевное нарушение, где шизофрения после окончания органического процесса развивается как психический процесс.

Карл Шнайдер пишет следующее: “Пока психоз колеблется между ступором, расщепленностью, бредовыми идеями или подобными комбинациями, процесс еще не прекратился”. Разумеется, если шизофрения, четко обнаруживающая подобную “смену синдромов”, с определенного момента перестала ее обнаруживать, то этот факт рассматривают, как правило, как признак если и не прекращения, то, во всяком случае, затухания органического процесса. Но несмотря на то, что значимость этого критерия всё еще остается спорной, встречаются многочисленные шизофрении, где с самого начала не наблюдалось смены синдромов.

Кажется почти как *circulus vitiosus*, когда, с одной стороны, говорится, что в целях исследования первичных симптомов следует выбирать активные процессуальные шизофрении, а, с другой стороны, выдвигается тезис, что *первичные симптомы шизофрении* являются единственно *верными признаками процессуальной активности (органического) процесса* какой-либо формы или фазы *шизофрении*. Но обладание первичной симптоматики в острых случаях, а также в начальных стадиях шизофрений не острого характера, далее, долгая сохранность первичных симптомов в случаях с тенденцией к истинной шизофренической деменции, повторное оживление первичной симптоматики в истинных шубах, т.е. в фазах возобновления органического процесса и, наоборот, ее угасание или полное исчезновение в периоды перед шубами и после них, наконец, отсутствие первичных симптомов в выраженных состояниях исхода, —

всё это говорит однозначно в пользу правильности их оценки в этом плане.

Отсюда следует, как уже было вскользь упомянуто, что исследование первичных симптомов шизофрении — дело не только чисто психопатологического, но и, вместе с тем, большого практического значения. Прежде всего, *прогноз* каждого отдельного случая в значительной степени зависит от того, активен ли еще в настоящее время органический процесс или, в противном случае, возможен ли его рецидив. Для нас важны, следовательно, те моменты, о которых мы можем судить по первичным симптомам. Но и при выборе *терапии* для каждого конкретного случая мы будем, прежде всего, руководствоваться тем, свидетельствует ли наличие первичных симптомов об активности органического процесса (активная начальная фаза или позднейший шуб), или первичные шизофренические симптомы отсутствуют. В настоящее время предпочитают — впрочем, не учитывая особенностей каждого отдельного случая, да и вообще без какого-либо ведущего принципа — то органотерапию, то психотерапию; это зависит от терапевтических предпочтений врача. Кажется, нигде еще четко не сказано: пока органический процесс активен, следует ориентировать терапию на него, и соматическая терапия, в особенности, органотерапия, здесь уместна. Если же органический процесс завершился, оставив дефект, то больше нет возможности воздействовать на психоз соматической терапией. С другой стороны, не имеет смысла лечить психотерапией выраженные активные процессуальные шизофрении, в особенности, острого характера. При значительной интенсивности шизофренического основного нарушения мы вообще не достигнем действенных психотерапевтических результатов. При незначительном нарушении можно, время от времени, достигать каких-то результатов в плане устранения части вторичной надстройки (если речь идет о осложненной шизофрении). Но успех в этих случаях, как правило, постепенно вновь сходит на нет, или же с трудом достигнутое быстро уходит с обострением основного нарушения. В противоположность этому реактивные шизофрении, при легкой степени дефекта, не только хорошо поддаются значительному психотерапевтическому воздействию, но и эффект от него долго держится⁹.

⁹ Ср. Когерер — Kogerer — выступающий за “Компенсаторные психические терапевтические упражнения” Странского (Stranskys “Kompensatorische psychische Uebungstherapie”) у шизофреников, парафреников и параноиков. Целью этой терапии является, согласно Когереру, “устранение патологического в мышлении путем логических доказательств, а также подтверждение сомнений больного относительно его собственного бреда”.

Замечания и предложения по проекту федерального закона “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации”

Ю. Н. Аргунова

Представленный на ознакомление общественности на сайте Минздравсоцразвития России законопроект по замыслу его авторов должен заменить собой действующие Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. № 5487-1 (далее — Основы), став базовым законодательным актом, устанавливающим правовые основы регулирования всех сфер здравоохранения.

Как следует из Пояснительной записки к документу, его авторы на первое место среди принципов охраны здоровья граждан ставят принцип соблюдения прав человека и гражданина в сфере охраны здоровья и обеспечения связанных с этими правами государственных гарантий. Однако, по ряду позиций законопроект явно расходится с указанным принципом. Гражданам предстоит лишиться некоторых своих прав, предусмотренных действующими Основами. Другие же права граждан в данной сфере, признанные международно-правовыми актами, так и остались не обеспеченными в проекте базового федерального закона.

1. Права пациента

1.1. Права пациента не выделены в законопроекте в самостоятельную статью, как это предусмотрено в Основах. Им отводится лишь одна из частей ст. 18 “Право граждан на медицинскую помощь”. Кроме того, если согласно ст. 30 Основ “Права пациента” такие права распространяются на граждан уже при их обращении за медицинской помощью, то, как следует из ст. 18 законопроекта, — лишь на стадии ее оказания. Теперь, например, уважительного к себе отношения не сможет требовать гражданин, который обратился за медицинской помощью (при осуществлении выбора врача, ознакомлении с информацией о медицинской организации и предоставляемых ею услугах и т.д.), поскольку он еще не начал ее получать.

1.2. *Право пациента на получение информации о своих правах* (и обязанностях) лишь декларировано. Это право, во-первых, не конкретизировано в последующих статьях законопроекта и, во-вторых, не обеспечено механизмом реализации, т.к. в ст. 69 законопроекта об обязанностях медицинских работников и в ст. 74 об обязанностях медицинских организаций нет соответствующих указаний о том, что эти лица и организации обязаны информировать (а лучше разъяс-

нять — см. ч. 1 ст. 37 Закона РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”) пациента о его правах (и обязанностях) при обращении за медицинской помощью.

1.3. *Право гражданина на получение информации о состоянии своего здоровья* в законопроекте необоснованно ограничено.

Во-первых, такая информация будет предоставляться только медицинскими работниками, в то время как в соответствии с ч. 2 ст. 31 Основ она должна предоставляться также и другими специалистами (например, по результатам МРТ и других исследований).

Во-вторых, продолжает оставаться невнятным с правовой точки зрения условие предоставления гражданину копий медицинских документов, отражающих состояние его здоровья: копии таких документов предоставляются, если в них не затрагиваются “*интересы третьей стороны*” (ч. 4 ст. 20 законопроекта). В психиатрии, в частности, расплывчатость данной формулировки приводит к необоснованным отказам гражданам в получении информации, например об авторе и содержании заявлений с просьбой о его освидетельствовании или госпитализации. В результате гражданин лишается возможности (если это позволяет ему психическое состояние) опровергнуть доводы заявителя, выразить свою позицию, узнать, наконец, по чьей воле он лишился свободы, оказавшись в психиатрическом стационаре. Этот вопрос приобретает особую актуальность в связи с участвовавшими случаями использования психиатрии в немедицинских целях.

“Интересы третьей стороны” — слишком широкое и безграничное понятие, требующее законодательного уточнения. Интересы могут быть как законными, так и незаконными.

Предлагаем сформулировать данную норму в следующей редакции: “*По требованию гражданина ему предоставляются копии медицинских документов, отражающих состояние его здоровья, если их предоставление не нарушает права и законные интересы третьих лиц и не создает угрозу для их безопасности*”. Учет же психического состояния самого гражданина при предоставлении им такой информации уже предусмотрен Законом РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”.

1.4. В несколько усеченном виде представлено в законопроекте *право гражданина на проведение консультаций врачей-специалистов.*

Приглашать “консультантов” по требованию пациента вправе лишь лечащий врач (ст. 6б). Отсутствие права у пациента приглашать для консультаций специалистов по своему выбору (специалистов из других медицинских организаций с их согласия) приводит на практике к недопущению администрацией стационара специалиста, явившегося по договоренности с пациентом.

1.5. В законопроекте не получил закрепления *институт представительства граждан, которым оказывается медицинская помощь.*

Согласно ст. 18 законопроекта гражданин имеет право на выбор лиц, которым в его интересах может быть передана информация о состоянии его здоровья (п. 6), а также на “допуск адвоката или иного законного представителя для защиты прав” (п. 9).

Между тем, в соответствии с российским законодательством представителем гражданина (в т.ч. пациента) может быть отнюдь не только адвокат, но и иное лицо. Кроме того, авторы документа ошибочно отнесли адвоката к законным представителям, которыми могут выступать, как известно, только родители, опекуны и попечители.

Совершеннолетний дееспособный пациент, у которого не может быть законного представителя, должен иметь право выдать доверенность любому лицу (не обязательно адвокату или родственнику) для представления его прав и законных интересов при оказании медицинской помощи, а также на доступ к нему его представителя.

Институт представительства предусмотрен, например, ст. 7 Закона РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”.

1.6. В законопроект не вошла норма, содержащаяся в ч. 2 ст. 30 действующих Основ, о *праве пациента в случае нарушения его прав обратиться с жалобой непосредственно к руководителю или иному должностному лицу медицинской организации, а также в профессиональные медицинские ассоциации либо в суд.*

Такая позиция авторов законопроекта недемократична втройне. Лишение граждан данного права происходит на фоне упразднения с 2006 г. четкого правового регулирования порядка рассмотрения заявлений и жалоб граждан в организациях, в т.ч. медицинского профиля (ФЗ “О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации” регулирует рассмотрение обращений лишь в органах власти). Снижает уровень защиты прав пациента и исключение де-юре профессиональных медицинских ассоциаций (объединений) из перечня субъектов, участвующих в рассмотрении жалоб пациентов. Так, для Независимой психиатрической ассоциации России как профессиональной общественной организации защита прав

граждан с психическими расстройствами является одной из основных форм деятельности.

2. Судебно-медицинская и судебно-психиатрическая экспертизы

Положения законопроекта, регулирующие производство судебно-медицинской (далее — СМЭ) и судебно-психиатрической (далее — СПЭ) экспертиз: 1) не соответствуют нормам процессуального законодательства; 2) лишают граждан тех прав, которыми они наделены ст. 52 действующих Основ; 3) вводят новые ограничения прав подэкспертных, не предусмотренные Законом РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”.

2.1. В ст. 58 законопроекта в нарушение норм УПК, ГПК и АПК РФ указывается, что данные виды экспертиз производятся лишь в государственных судебно-экспертных учреждениях и только государственными судебными экспертами в соответствии с ФЗ “О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации”.

Аналогичное правило содержится в ст. 52 Основ. Однако Определением Кассационной коллегии Верховного Суда РФ от 16 сентября 2004 г. КАСО4 – 451 статья 52 Основ в этой части была признана *не подлежащей применению*, т.к. в соответствии с процессуальным законодательством судебная экспертиза может проводиться как в государственных судебно-экспертных, так и в иных учреждениях (п. 60 ст. 5 УПК РФ, ч. 1 ст. 79 ГПК РФ), государственными судебными экспертами и иными экспертами из числа лиц, обладающих специальными знаниями (ч. 2 ст. 195 УПК РФ). Наконец, в ст. 41 упомянутого ФЗ “О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации” прямо предусмотрено распространение его действия на судебно-экспертную деятельность вне государственных судебно-экспертных учреждений и лицам, не являющимися государственными судебными экспертами.

Разъяснения по этому вопросу были даны и Высшим Арбитражным Судом РФ в постановлении Пленума от 20 декабря 2006 г. № 66 “О некоторых вопросах практики применения арбитражными судами законодательства об экспертизе”, в соответствии с которым заключение эксперта негосударственной экспертной организации не может быть оспорено только в силу того, что проведение соответствующей экспертизы могло быть поручено государственному судебно-экспертному учреждению.

2.2. В ст. 58 законопроекта не включена важная норма, предусмотренная ч. 3 ст. 52 действующих Основ, о праве граждан ходатайствовать перед органом, назначившим СМЭ или СПЭ, о включении в состав экспертной комиссии дополнительно специалиста соответствующего профиля с его согласия.

Данная норма, несмотря на сопротивление государственных экспертных учреждений, применяется при назначении СПЭ по гражданским и уголовным

делам, она позволяет в большей мере обеспечить объективность, полноту и всесторонность экспертных исследований, независимость экспертных комиссий.

2.3. Исключено из проекта нового базового закона и положение об обжаловании в суд заключения экспертного учреждения (ч. 5 ст. 52 Основ). Данная норма, безусловно, не корректна с правовой точки зрения, т.к. заключение экспертов (оценка экспертного заключения, данная судом) может оспариваться вместе с решением (приговором) суда при его обжаловании.

Вместе с тем, обжалованы в суд могут быть действия проводившего экспертизу учреждения (эксперта), нарушающие права и законные интересы граждан (участников процесса). Такую норму следовало бы включить в ст. 58 законопроекта.

2.4. Пункт 5 ч. 8 ст. 8 законопроекта при проведении СМЭ и СПЭ допускает медицинское вмешательство без согласия граждан.

Под медицинским вмешательством в соответствии с п. 9 ст. 2 законопроекта понимается любой вид обследования, лечения или иное действие, затрагивающее телесную или психическую сферу человека. Подэкспертного, таким образом, теперь можно будет без его согласия подвергать не только обследованию, но и лечению и другим видам вмешательства, не обусловленным потребностью в решении диагностических и экспертных вопросов.

Это правило противоречит ч. 4 ст. 11 Закона РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”, которая допускает лечение без согласия гражданина только в двух случаях: при применении принудительных мер медицинского характера, назначенных судом, а также при недобровольной госпитализации в порядке ст. 29 данного Закона.

Такое же недобровольное медицинское вмешательство предполагается ввести и в отношении лиц, совершивших общественно опасные деяния (п. 4 ч. 8 ст. 8). Это допущение представляется так же необоснованным с учетом того, что в отдельной ч. 10 ст. 8 применение принудительных мер медицинского характера к данной категории лиц уже предусмотрено.

3. Права недееспособных граждан

Новеллой в законопроекте, вытекающей из международно-правовых обязательств России и постановлений Конституционного Суда РФ, должно было бы стать, по нашему мнению, дифференцированное правовое регулирование медицинского вмешательства в отношении граждан, признанных судом недееспособными. Оно должно отличаться от действующего порядка, согласно которому информированное согласие на оказание недееспособному медицинской помощи дает исключительно его законный представитель без учета способности самого недееспособного выразить свое отношение.

Недееспособный, таким образом, лишен права, с одной стороны, самостоятельно обратиться за медицинской помощью, а, с другой стороны, отказаться от

мер медицинского характера, на которые дал согласие его опекун.

Недееспособный лишен также права лично получать у медицинских работников и специалистов информацию о состоянии своего здоровья, такая информация опять-таки без учета возможности недееспособного ее воспринять, предоставляется только его опекуну. Безоговорочное лишение всех недееспособных возможности выражать свою волю при оказании им медицинской помощи нельзя считать обоснованным.

Заслуживает безусловной поддержки идея авторов законопроекта о введении судебного порядка принятия решения об искусственном прерывании беременности у совершеннолетней, признанной недееспособной (ст. 52), а также решения о медицинской стерилизации указанных лиц (ст. 53). В этих случаях вполне обоснованно предлагается также учитывать мнение самих недееспособных.

Между тем, в связи с признанием Конституционным Судом РФ не соответствующей Конституции РФ ч. 4 ст. 29 Закона РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”, позволяющей госпитализацию недееспособного в психиатрический стационар лишь по заявлению законного представителя, перед законодателем стоит задача введения в законодательство судебной процедуры помещения недееспособного в психиатрический стационар, а также пересмотр других норм в отношении недееспособных. Это обстоятельство никак не учитывается авторами данного законопроекта.

Не учтены также принципы и нормы международного права, сформулированные в Конвенции о правах инвалидов, которую Российской Федерации предстоит ратифицировать, Принципах защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи, утвержденных Генеральной Ассамблеей ООН 17 декабря 1991 г., а также Рекомендация Комитета министров Совета Европы № R (99)4 “О принципах, касающихся прав защиты недееспособных взрослых”. Так, согласно Принципу 22 указанной Рекомендации “в тех случаях, когда совершеннолетнее лицо, находящееся под опекой, фактически обладает способностью дать свободное информированное согласие на конкретное вмешательство в сфере здоровья, такое вмешательство может осуществляться только на основе его согласия. Согласие должно испрашиваться лицом, уполномоченным на осуществление вмешательства”.

В законопроекте не представлена норма о порядке проведения клинических испытаний новых методов лечения и лекарственных средств с участием человека (ст. 43 действующих Основ), хотя медицинское вмешательство согласно законопроекту предполагает и “исследовательскую направленность”. Нет соответственно и нормы о возможности и порядке участия в них недееспособного гражданина. Об испытании новых методов диагностики и лечения, а также лекарственных препаратов упоминается лишь в ст. 24 законопроекта и только применительно к недопущению

нию таких испытаний с привлечением заключенных и осужденных.

В такой ситуации испытание лекарственных средств с участием недееспособных может стать возможным с согласия опекуна, что действующими Основами, Национальным стандартом Российской Федерации “Надлежащая клиническая практика”, а также международно-правовыми актами не допускается.

Законопроект, следовательно, должен быть составлен с учетом очевидной необходимости реформы института недееспособности и опеки.

4. Профессиональные общественные организации

Антидемократическим нововведением законопроекта является лишение профессиональных медицинских общественных объединений их прав, предусмотренных ст. 62 действующих Основ, Федеральным законом “Об общественных объединениях” и международно-правовыми актами.

В законопроекте указывается, что такие объединения принимают участие в разработке норм этики в сфере охраны здоровья граждан и решении вопросов, связанных с нарушением этих норм; разработке порядка оказания медицинской помощи и ее стандартов; в разработке программ подготовки и повышения квалификации медицинских работников, в их аттестации для получения ими квалификационных категорий только в случае, *если они аккредитованы* уполномоченным федеральным органом исполнительной власти в порядке, установленном Правительством РФ. Таким образом, государство получает право выбирать для этих целей лояльные организации по своему усмотрению. Тем самым из перечисленных сфер деятельности могут устраняться профессионалы, могущие выступать с конструктивной критикой и предложениями.

В Декларации о политике в области обеспечения прав пациента в Европе, принятой в 1994 г., оказание поддержки со стороны правительства созданию и успешной работе неправительственных общественных объединений, чья деятельность связана с отстаиванием прав пациентов, названа стратегическим компонентом.

Права профессиональных медицинских общественных объединений в законопроекте должны быть расширены за счет введения права на защиту прав пациентов. Всем известен положительный опыт по разработке нормативной базы по защите прав пациентов Всемирной медицинской ассоциацией, основанной в 1947 г. национальными медицинскими ассоциациями. Важное значение имеют принятые ВМА Международный кодекс медицинской этики (1949 г.), Лиссабонская декларация относительно прав пациента (1981 г.), а также Хельсинская декларация (1964 г. с последующими изменениями).

5. Ответственность в сфере охраны здоровья граждан

5.1. Законопроект введено понятие профессиональной ошибки при оказании медицинской помощи (ст. 93), которой признается “допущенное нарушение качества или безопасности оказываемой медицинской услуги, а равно иной ее недостаток, независимо от вины медицинской организации и ее работников”.

Такое определение не позволяет отграничить профессиональную ошибку, т.е. неправильность в действиях, мыслях медицинских работников (см. Словарь русского языка С. И. Ожегова) от дисциплинарного проступка, административного правонарушения, гражданско-правового деликта и уголовно-наказуемого деяния. Нарушение “качества”, а тем более “безопасности услуги” может быть следствием добросовестного заблуждения. Однако эти определения, скорее, указывают на виновное поведение, которое может выражаться как в умысле, так и в неосторожности, а, следовательно, влечь ответственность.

В Пояснительной записке авторы законопроекта указывают, что понятие “профессиональная ошибка” вводится ими “в рамках *совершенствования* института ответственности в сфере охраны здоровья граждан”. При этом ими приводится уже другая дефиниция, отличная от той, которая содержится в ст. 93 законопроекта. Профессиональной ошибкой медицинских работников в Пояснительной записке признается “добросовестное заблуждение при отсутствии прямого или косвенного (халатности, небрежности) умысла, направленного на причинение вреда жизни и здоровью пациента”.

Это определение указывает на вопиющую правовую безграмотность авторов Пояснительной записки. Во-первых, халатность предполагает неосторожную форму вины, а никак не косвенный умысел. Во-вторых, небрежность — эта одна из форм неосторожности, а не умысла, пусть даже косвенного. В-третьих, авторы этой нормы, исключая лишь прямой и косвенный умысел, допускают, следовательно, возможность считать простой врачебной ошибкой действия, причинившие вред по неосторожности, т.е. при небрежном или легкомысленном отношении к делу, что является нонсенсом.

5.2. Законопроект (ст. 67) воспроизводит текст клятвы врача, содержащийся в ст. 60 действующих Основ. Однако отличие между этими двумя статьями все же имеется и весьма существенное. В ст. 67 законопроекта не включена норма, которая имеется в ст. 60 Основ, об ответственности врача за нарушение данной им клятвы.

Авторам законопроекта следовало бы не исключать эту норму, а развить механизм ее реализации: предусмотреть процедуру принятия решения о нарушении клятвы врача, а также этические и правовые последствия для врача, ее нарушившего.

Законопроект нуждается в концептуальной доработке.

С ФОРУМА НПА РОССИИ

От редактора. На сайте НПА России с апреля 2010 г. работает Форум, на котором идет живой непринужденный разговор, а подчас острая дискуссия на самые различные общественноинтересные темы. Вы можете зарегистрироваться под любым именем (на-

жав кнопку “Вход” в правом верхнем углу), и получите возможность участвовать в обсуждении, задавать вопросы, давать свои комментарии. Приглашаем!

Похищение амбулаторной карты

Иван: Что будет, если я заберу у психиатра свою амбулаторную карту со стола или в регистратуре, пока регистраторша мозга парит. Без всякого насилия, угроз и оскорблений, просто выхватил и ушел. Какая ответственность за это предусмотрена?

Правильно ли я понимаю, что в соответствии со статьей 31 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан, у меня и больницы одинаковые права на амбулаторную карту. Верно ли, что я лишь нарушу пункт Письма от 4 апреля 2005 г. № 734/МЗ-14 О ПОРЯДКЕ ХРАНЕНИЯ АМБУЛАТОРНОЙ КАРТЫ, в котором я нарушу лишь то, что без разрешения главврача получил амбулаторную карту. Сам я не нашел в УК РФ и КоАП статьи, наказывающей за такое деяние.

ОБСУЖДЕНИЕ

Соня: Если просто выхватил и ушел, то статья 161 УК РФ. Грабеж.

Дмитрий Баргенов: Уважаемый Иван! Вы должны понимать, что сведения о наличии заболевания регистрируются не только в амбулаторной карте, но и в статистической отчетности и в журналах врачебной комиссии, поэтому в случае пропажи амбулаторной карты эти данные могут быть восстановлены. Будет оформлен дубликат карты.

Иван: Боюсь, вы не уловили моей логической последовательности. В чем состав преступления по статье грабеж, если я имею право непосредственно знакомиться с медицинской документацией (и хочу с ней знакомиться бесконечно долго).

Спасибо, что объяснили про статистическую отчетность и т.п. Думаю, еще есть в двух больницах две истории болезни, а еще вроде постоянно счета идут в мою страховую компанию за медицинские услуги с шифрами заболевания (и как-то там можно все восстановить). Что касается сведений о наличии заболевания, то думаю, только ядерная бомба на всю область очистит полностью мою историю. У меня сейчас стоит F60.01 и “снимать” я его таким образом да и вообще снимать не собираюсь, я просто хочу ознакомиться без проблем со своей историей болезни, а не получать от главврача отказы на выдачу копий мед. документации. В общем, я не против того, чтоб они нудно восстанавливали мою амбулаторную карту, потом задумываться начнут, прежде чем мне отказывать. Сами меня доводят.

Дмитрий Баргенов: Грабежом такие действия не являются и уголовной или административной ответственности не предусмотрено. Однако это не означает, что Вы вправе забрать амбулаторную карту без разрешения главврача. Если Вам отказывают в выдаче заверенной копии амбулаторной карты, Вы вправе оспорить такой отказ в суде в течение 1 месяца, с того момента, как получите отказ.

Иван: Вы правы, грабеж это открытое хищение, а судя по комментариям к УК “Не являются предметом хищения вещи, не имеющие экономической ценности: большинство документов, рукописи книг, дипломные и курсовые работы студентов, сувениры, ценность которых имеет исключительно субъективный, личный, а не объективный экономический характер (следует учитывать, что такие предметы могут приобрести экономическую ценность как предметы антиквариата, культурные ценности и т.п.)”.

А также:

“Объективная сторона хищения включает в себя

1) деяние — противоправные безвозмездное изъятие и (или) обращение чужого имущества в пользу виновного или других лиц;

2) последствия — причинение имущественного ущерба собственнику или иному владельцу имущества;

3) причинную связь между деянием и последствиями. Противоправность в понятии хищения следует понимать не в узком смысле запрещения деяния уголовным законом, а в смысле отсутствия права на изъятие, пользование или распоряжение имуществом. Осознание противоправности изъятия входит в содержание умысла при хищении. Изъятие имуществ-

Похищение амбулаторной карты

ва при обстоятельствах, когда лицо ошибочно полагает, что действует правомерно (например, с целью обеспечить возврат долга), не квалифицируется как хищение. При наличии всех признаков самоуправства содеянное может быть квалифицировано по ст. 330 УК РФ. При этом подобные “ошибки” не должны быть лишь внешним предлогом для совершения преступления, к примеру прикрытием реального разбоя или вымогательства. Для правильной квалификации содеянного необходимо с учетом всех обстоятельств дела точно установить направленность умысла обвиняемого.”

Статья 330 УК. Самоуправство.

“1. Самоуправство, то есть самовольное, вопреки установленному законом или иным нормативным актом порядку совершение каких-либо действий, правомерность которых оспаривается организацией или гражданином, если такими действиями причинен СУЩЕСТВЕННЫЙ ВРЕД”. — Нет экономической ценности, нет и вреда.

А по судам таскаться я не очень-то хочу.

Джюльермо Марикото: Иван! Амбулаторная карта является собственностью ЛПУ, в данном случае ПНД. В соответствии со ст. 31 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан Вы вправе получить копию амбулаторной карты.

Иван! Если Вы в ПНД на глазах у врача-психиатра или медицинского регистратора нагло, бесцеремонно, а может быть, даже и с особым цинизмом заберете “свою” (все-таки она не Ваша, а собственность ПНД) амбулаторную карту, то в Ваших действиях не будет содержаться состава преступления, предусмотренного ст. 161 УК РФ.

Предметом любой формы хищения (кража, грабёж, разбой, мошенничество, присвоение или растрата) могут быть только товарно-материальные ценности в любом состоянии и виде, обладающие экономическим свойством стоимости.

Не являются предметом хищения документы, которые не содержат каких-либо имущественных прав, например, та же амбулаторная карта.

Адвокат Дмитрий Бартев прав. Если Вы заберете свою амбулаторную карту, усилиями ПНД она будет восстановлена. Все карточки в ПНД хранятся в регистратуре. Также существует журнал, в котором имеются записи по каждому из пациентов диспансера. Помимо этого существует резервная копия этого журнала, хранящаяся за пределами ПНД, а с недавнего времени все данные о пациентах занесены в общую электронную базу данных психоневрологических диспансеров Москвы и Подмосковья. Поэтому даже в случае уничтожения всех карточек в ПНД они будут восстановлены, как это уже было в пушкинском ПНД после пожара.

Я не знаю, из какого Вы субъекта РФ, но не исключая, что Вы также занесены в компьютерную базу данных ПНД.

Иван! Но если бы я был правоприменителем, от юридической ответственности Вы бы у меня не ушли. Здесь я не согласен с г-ном Бартевым.

Я бы вменил Вам ст. 19.1 КоАП РФ, если Вы достигли 16-летнего возраста.

Статья 19.1. Самоуправство

Самоуправство, то есть самовольное, вопреки установленному федеральным законом или иным нормативным правовым актом порядку осуществление своего действительного или предполагаемого права, не причинившее существенного вреда гражданам или юридическим лицам, — влечет предупреждение или наложение административного штрафа на граждан в размере от ста до трехсот рублей; на должностных лиц — от трехсот до пятисот рублей. (в ред. Федерального закона от 22.06.2007 № 116-ФЗ)

Еще одна позиция, по которой не согласен с г-ном Бартевым.

Иван вправе оспорить отказ в выдаче ему копии амбулаторной карты в течение трех месяцев с момента отказа (ч. 1 ст. 256 ГПК РФ).

Буду рад поговорить с г-ном Бартевым.

Иван: Я из Свердловской области. Я уже писал вам в теме “Как трактуется в суде статья 27 ЗПП (снятие с диспансерного наблюдения)”. А если у меня шизофрения, то ко мне может быть применена Статья 2.8. КОАП. Невменяемость.

Да и не особо вы напугали меня ответственностью в размере от ста до трехсот рублей. Думаю, переживу, если мои врачи захотят меня привлечь к такому страшному наказанию.

Джюльермо Марикото: Действительно, ч. 2 ст. 47 Закона о психиатрической помощи (ЗоПП) устанавливает месячный срок для обжалования. Так как еще только разрабатывается проект Кодекса об административном судопроизводстве, обжалования таких действий пока осуществляются в порядке гражданского судопроизводства (гл. 25 ГПК РФ). В соответствии с ч. 1 ст. 1 ГПК РФ порядок гражданского судопроизводства в федеральных судах общей юрисдикции определяется Конституцией РФ, ФКЗ “О судебной системе РФ”, ГПК РФ и принимаемыми в соответствии с ними другими федеральными законами. Таким образом, ЗоПП в данном случае должен соответствовать ГПК РФ в части сроков обжалования. Кроме того, существует правовая позиция Конституционного Суда РФ, в соответствии с которой в случае противоречия двух законов, обладающих одинаковой юридической силой, применению подлежит тот закон, который устанавливает больший объем прав и обеспечительных гарантий.

Таким образом, приоритет за трехмесячным сроком.

Джюльермо Марикото: Иван! Вы весьма неплохо осведомлены! А почему не хотите через суд решить проблему, боитесь, что в амбулаторной карте появится запись “бред сутяжничества”, тем более у Вас уже

существует опыт судебного разбирательства? Напишите Ирбитскому районному прокурору жалобу. Пусть вступится за Вас.

Иван: Мне по диагнозу F60 и так положено сутяжничеством заниматься, так что, думаю, никакого бреда не появится. Писать прокурору неохота по причинам: тупо, стремно, затратно по времени и физическим силам по сравнению с просто отобрать.

Дмитрий Бартев: Уважаемый г-н Марикото!

Относительно срока на обжалование я с Вами соглашусь, и, будучи адвокатом, смогу аргументировать то, почему подлежат применению положения ГПК, а не Закона о психиатрической помощи. Однако зачастую судьи применяют к таким ситуациям положения ст. 47 Закона о психиатрической помощи, поэтому, дабы упредить ситуацию, в которой гражданину откажут в защите его права по причине пропуска срока, я рекомендую придерживаться 1 месяца.

Джильермо Марикото: Уважаемый Дмитрий! Пожалуй, с позиций юридического практицизма соглашусь с Вами в том, что лучше не затягивать обращение в суд и уложиться в месячный срок. Кто его знает, может быть, судьи руководствуются пропедевтикой юриспруденции и считают положение ч. 2 ст. 47 ЗоПП специальной нормой по отношению к нормам ГПК РФ, а с позиций доктрины права в случае конкуренции общей и специальной нормы приоритет отдается специальной норме. Воистину справедлива поговорка в нашем профессиональном сообществе: “Два юриста — три мнения”.

Армен: Господа юристы, а документ добытый таким путем, имеет какую-либо юридическую ценность? Или для суда, прокуратуры, экспертизы и т.д. это просто набор сшитых листов?

Джильермо Марикото: Уважаемый Армен! В соответствии с ГПК РФ амбулаторная карта может быть отнесена к письменным доказательствам. Если Иван завладеет картой тем способом, о котором он писал, и решит обратиться в суд с целью защиты своих законных интересов, и, ссылаясь на карту, начнет обосновывать свои требования и заявлять ходатайство о приобщении карты к материалам дела, однако в суде будет установлен факт неправомерного завладения картой, то суд, руководствуясь ч. 2 ст. 55 ГПК РФ, должен признать такое доказательство полученным с нарушением закона, а следовательно, не имеющим юридической силы. Такое доказательство не может быть положено в основу решения суда.

Доказательством суд признает дубликат амбулаторной карты, который был восстановлен усилиями ПНД после неправомерного завладения картой Ивана.

В любом случае на руках у гражданина может быть только заверенная копия карты. Суд сличает копию с оригиналом, который истребует на основании своего запроса в ПНД, а если сторона по делу заявляет, что у нее не копия, а оригинал, то у суда тут же возникнут вопросы о том, каким образом у гражданина

оказался подлинник, если он является собственностью ЛПУ и его изъятие строго регламентировано законодательством?

Что касается прокуратуры, то ее основным методом работы является прокурорская проверка, поэтому прокуратура не ограничится анализом одной амбулаторной карты, которую предоставит Иван, а обратится в ПНД, и факт завладения картой “всплывет наружу”. К тому же у прокуратуры так же, как и у суда, возникнут вопросы к этой карте: каким образом у гражданина оказался подлинник, если он является собственностью ЛПУ и его изъятие строго регламентировано законодательством?

Экспертное заключение, выводы которого основаны на медицинской документации, которой неправомерно завладел подэкспертный, будет признано судом недопустимым доказательством в соответствии со ст. 60 ГПК РФ и повлечет за собой повторное назначение экспертизы.

А вот в случае возбуждения производства по делу об административном правонарушении в отношении Ивана по ст. 19.1 КоАП РФ амбулаторная карта, которой завладел Иван, будет являться доказательством его вины, если, конечно, его не признают невменяемым в момент совершения административного правонарушения. Впрочем, Иван может быть спокоен, так как институт принудительных мер медицинского характера не предусмотрен административным законодательством, в отличие от уголовного.

Иван: Да. Здорово рассмешили. Например, в соматической поликлинике я два года назад для военкомата брал свою амбулаторную карту у терапевта без проблем. Еще полгода назад я предъявив паспорт и талончик на МСЭ в регистратуре соматической поликлиники и опять же без проблем получил свою амбулаторную карту (там история к стати такая забавная была, я со своей историей болезни по псих. заболеванию и амбулаторной картой из соматической поликлиники хотел в обычном ГБ МСЭ получить инвалидность). У меня уже полгода на руках подлинник амбулаторной карты из соматической поликлиники.

Восстанавливать там мою амбулаторную карту никто даже и не думает.

Также я считаю, что через суд можно не только отсудить копии мед. документов, но и сами подлинники для ознакомления. Это мое право знакомиться непосредственно с подлинниками.

Любовь Виноградова: Уважаемый Иван! Я не знаю, предусмотрена ли какая-либо уголовная или административная ответственность за похищение амбулаторной карты, но с этической точки зрения такие действия совершенно недопустимы. Так же как Вы имеете право на получение информации о своем психическом здоровье, выставленном Вам диагнозе и методах лечения, врачи имеют право (и даже обязаны) хранить в тайне информацию, касающуюся третьих лиц и, возможно, содержащуюся в Вашей карте.

Похищение амбулаторной карты

Ст. 31 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан прямо говорит о том, что гражданину “предоставляются копии медицинских документов, отражающие состояние его здоровья, если в них не затрагиваются интересы третьей стороны”. При выдаче человеку выписки из его истории болезни такая информация изымается. Мы знаем случаи, когда получение людьми с психическими расстройствами копий их историй болезни приводило к серьезному ухудшению отношений и даже случаям агрессии в отношении близких родственников и знакомых.

Иван: Уважаемая Любовь Виноградова, считаю что совершенно с этической точки зрения недопустимо и к тому же противозаконно не давать человеку информацию о своем здоровье например так <http://rghost.ru/2249241/image.png>. Или так <http://rghost.ru/2208720/image.png>.

Это полностью противозаконно и не этично. Вы хотите сказать, что какая-то больница может просто сказать: “Нет, Вы не получите информацию о своем здоровье, т.к. там содержатся интересы третьих лиц (например, просто прихоть какого-нибудь левого дяди).

Во-первых, на суде такого понятия как третье лицо нет, есть лишь ответчики и истцы. Отсюда следует, что третье лицо (ответчик), выступающее на суде против того, чтоб я получил амбулаторную карту, должно доказать свои законные интересы с точки зрения какой-нибудь статьи федерального закона. Допустим, содержится в моей истории запись о каком-то Васе, который свидетельствовал против меня и из-за этого свидетельства я получил диагноз. Как по Вашему, он будет защищаться в суде (да еще с условием того, что при его свидетельствовании я сам тоже был свидетелем происходящего)? Если я отберу свою карту и прочитаю о Васе, в чем будет выражаться ущерб для него? Естественно, если я буду ходить мух ртом ловить и меня кто-нибудь сдаст в психушку, я сильно обижусь на этого человека. Также я рассержусь, если после совершенного мною какого-нибудь уголовного преступления меня сдадут ментам (знать, кстати, кто и когда свидетельствовал против меня — это мое законное право, чтоб я мог на судебном процессе опровергнуть сказанное доносчиком). Любовь Виноградова, скажите мне хоть один пример интереса третьего лица, который мне помешает получить мед. документацию.

Андрей Б.: То есть по сути дела, возможен такой ход вещей: человека принудительно госпитализируют, а в истории болезни пишут, кто является инициатором госпитализации. И, соответственно, эту информацию прячут, делая выписки из истории болезни?

Иван: Андрей Б., если довести до абсурда, то возможен по логике Любви Виноградовой такой вариант: я сдаю какого-нибудь здорового в психушку, и человек никогда не узнает что я лжесвидетельствовал против него. Круто. Также вам скажу, что Лю-

бовь Виноградова явно лукавит. В выписном эпикризе должны содержаться подтверждение диагноза и обстоятельства госпитализации. В моем выписном эпикризе я прочитал, что мать сообщала о том, что я агрессивным стал.

Джюльермо Марикото: А вот решение Куйбышевского районного суда г. Омска по защите прав пациента на ознакомление с медицинской документацией.

“Рассмотрев 09.07.2004 г. в открытом судебном заседании гражданское дело по иску Шестаковой Н. П. к ГУЗ “Омская клиническая психиатрическая больница им. Н. Н. Солодовникова” о нарушении прав пациента и компенсации морального вреда,

Суд установил:

Шестакова Н. П. обратилась в суд с иском к ГУЗ “Омская клиническая психиатрическая больница им. Н. Н. Солодовникова” о нарушении прав пациента и компенсации морального вреда. В обосновании иска указала, что ответчик отказал в выдаче для ознакомления и снятия копий медицинской карты стационарного больного Д., опекуном которого она является. Просит обязать главного врача больницы предоставить для ознакомления и снятия копий медицинскую карту Д., взыскать 500 руб. компенсации морального вреда, 25 руб. судебных расходов. В судебном заседании истица свои требования поддержала, пояснила, что, став опекуном Д., усомнилась в правильности его диагноза, обоснованности признания его недееспособным. Для подготовки надзорной жалобы необходима медицинская карта стационарного больного Д., однако, в больнице после неоднократных обещаний в ознакомлении с картой отказали. Ответ на заявление дали с нарушением срока. В результате неправомерных действий ответчика повлекших невозможность надлежащим образом исполнять обязанности опекуна понесла нравственные страдания. Просила иск удовлетворить.

Представители истца требования поддержали, пояснили, что у ответчика отсутствуют законные основания к отказу в ознакомлении с картой недееспособного Д. Доводы ответчика об интересах третьих лиц считают несостоятельными, поскольку эти лица не давали больнице полномочий защищать их интересы. Пояснили также, что истица, будучи опекуном Д., имеет право знакомиться с любой информацией, касающейся ее подопечного. Представитель ответчика требования не признала, пояснила, что в ознакомлении и снятии копий отказано в соответствии со ст. 31 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан, поскольку в медицинской карте больного Д. содержатся сведения, затрагивающие интересы третьих лиц. Указала также, что в соответствии со ст. 9 Закона РФ от 02.07.1992 г. № 3185-1 “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”, сведения о состоянии психического здоровья и об оказанной психиатрической помощи могут быть предоставлены лицу, страдающему психиатрическим

расстройством, по его просьбе либо по просьбе его законного представителя. Таким образом, решение вопроса о предоставлении сведений о состоянии психического здоровья отнесено на усмотрение врача. Просила в иске отказать.

Выслушав стороны, исследовав материалы дела, суд полагает, что требования Шестаковой Н. П. подлежат удовлетворению.

В соответствии со ст. 31 основ законодательства РФ “Об охране здоровья граждан” каждый гражданин имеет право в доступной для него форме получить имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения. Информация о состоянии здоровья гражданина предоставляется ему, а в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными — их законным представителям лечащим врачом, заведующим отделением лечебно-профилактического учреждения или другими специалистами, принимающими непосредственное участие в обследовании и лечении. Гражданин имеет право непосредственно знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и получать консультации по ней у других специалистов. По требованию гражданина ему предоставляются копии медицинских документов, отражающих состояние его здоровья, если в них не затрагиваются интересы третьей стороны.

В судебном заседании установлено, что Шестакова Н. П. на основании приказа начальника управления здравоохранения г. Омска № 22 от 29.01.2004 г. является опекуном недееспособного Д., 1912 г.р. Из приобщенных к материалам дела ответов на обращение Шестаковой Н. П. и пояснений представителя ответчика в судебном заседании усматривается, что основанием к отказу Шестаковой Н. П. в ознакомлении и копировании медицинской карты Д., стало наличие в карте информации, затрагивающей интересы третьих лиц. Судом истребована и изучена медицинская карта Д. и установлено, что в карте имеются сведения о лице, обратившемся с заявлением о госпитализации больного, полученные от родственников сведения об обстоятельствах жизни больного, необходимые для оценки его состояния. Также имеется заявление больного о разрешении внуку снять деньги с сберегательной книжки.

Суд полагает, что данные сведения охраняемых законом интересов третьих лиц не составляют. В силу требований ст. 31, 36 ГК РФ, Шестакова Н. П., будучи опекуном Д., для защиты прав и интересов недееспособного вправе знакомиться с любой информацией, касающейся ее подопечного, также вправе доверять представлять свои интересы как опекуна другим

лицам. Единственное ограничение в данном случае определенное законом “защита прав и интересов подопечного”. Истица в судебном заседании пояснила, что намерена оспаривать признание Д. недееспособным, обжаловать диагноз подопечного, действия больницы в отношении него. Суд полагает, что данные действия интересам подопечного не противоречат.

Кроме того, суд полагает, что упомянутые в ст. 31 Основ ... интересы третьих лиц подлежат защите медицинским учреждением только в случае, если они составляют предмет врачебной тайны, поскольку только врачебную тайну это учреждение обязано хранить.

Требования Шестаковой Н. П. о компенсации морального вреда, наступившего в результате неправомерного отказа ответчика, обоснованны, однако размер компенсации в соответствии со ст. 1101 ГК РФ, суд определяет в 250 руб.

В соответствии со ст. 98 ГПК РФ с ответчика подлежит взысканию госпошлина в сумме 10 руб., в остальной части госпошлина оплачена излишне и подлежит возврату в порядке ст. 93 ГПК РФ.

Руководствуясь ст.ст. 184 – 198 ГПК РФ суд, решил:

Исковые требования Шестаковой Н. П. удовлетворить частично.

Обязать главного врача ГУЗ “Омская клиническая психиатрическая больница им. Н. Н. Солодовника” предоставить Шестаковой Н. П. для ознакомления медицинскую карту Д.

Обязать главного врача ГУЗ “Омская клиническая психиатрическая больница им. Н. Н. Солодовника” предоставить Шестаковой Н. П. копии медицинских документов, отражающих состояние здоровья Д.

Взыскать с ГУЗ “Омская клиническая психиатрическая больница им. Н. Н. Солодовникова” в пользу Шестаковой Н. П. компенсацию морального вреда в сумме 250 руб., госпошлину 10 руб., в остальной части иска отказать.

Комментарий **Джульермо Марикото:** Видите, Иван, не всякие интересы третьих лиц подлежат защите и входят в понятие врачебной тайны. Я Вам приведу пример интереса третьего лица, который подлежит защите и составляет предмет врачебной тайны.

Петров, проживая в коммунальной квартире и страдая пироманией, поджег дверь комнаты, в которой мирно спал его сосед дядя Вася. Бдительным гражданам удалось вовремя потушить дверь, после чего дядя Вася написал заявление о принудительном освидетельствовании Петрова и отправил его в местный ПНД. В заявлении дядя Вася написал, что чуть было не задохнулся в результате поджога из-за того, что с детства страдает бронхиальной астмой и дым может вызвать у него удушье. В заявлении также было указано на неадекватное поведение Петрова и высказаны сомнения по поводу его психической неполноценности. Просил принять меры.

Похищение амбулаторной карты

Иван! В данном случае, что является охраняемым законом интересом третьего лица? Правильно, наличие бронхиальной астмы. Поэтому Петров узнает о том, что донес на него дядя Вася, но Петров не должен узнать о том, что дядя Вася страдает бронхиальной астмой. Иван! Вы можете узнать выставленный Вам ВК диагноз. Если он другой, то это означает, что в больнице есть Ваш выписной эпикриз. Из областной больницы его переслали в Вашу. Вы не обязаны обращаться в областную больницу за выписным эпикризом, если он имеется в Вашей больнице. Ст. 31 Основ законодательства об охране здоровья граждан не содержит каких-либо ограничений требовать копии меддокументов в зависимости от места, где Вы проходили курс лечения.

Любовь Виноградова: приведенное решение суда просто замечательно. Однако все же думаю, что понятие “интересы третьих лиц” шире чем то, что подпадает под понятие “медицинской тайны”. В той же ст. 31 Основ сказано, что “каждый гражданин имеет право в доступной для него форме получить информацию о состоянии своего здоровья”, т.е. здесь предусматривается учет состояния обратившегося.

Иван: Я уже видел диагноз на своей карточке. Стояло на свежем штрихе F60.01 с Д. Н. снят. Забрать амбулаторную карту хочу из принципа. По поводу интереса третьего лица в данной истории, то могут же в больнице как-то просто вычеркнуть моменты о заболеваниях третьих лиц и выдать мед. документы. Да и в саму историю они не могут вносить такие сведения. Зачем?

В моей больнице, естественно, есть выписной эпикриз, сам видел, когда врач листала карточку. А лечение я нигде не проходил, я если и псих, то не леченый. Весь сыр бор про снятие диагноза начался из-за того, что я выделялся перед врачами, что терапию в больнице не принимал. Потом, когда я инвалидность хотел получить, я ходил в ПНД жаловаться на здоровье и получал дорогие лекарства, которые выкидывал около ПНД.

Кстати, я тут много гнал на всех врачей. Вся свердловская область знает, что диагноз F21.8 не инвалидный. Мне это и в Бюро МСЭ руководитель сразу сказала, врачи в местной больнице, врачи в областной больнице. Один я упертый, Смулевича и клинических разборов на этом сайте начитался. На Д. Н. с ним вообще не могли ставить и лекарства выдавать. Когда мне давали справку о том, что я нуждаюсь в обследовании для уточнения диагноза, я ходил к своей заведующей Булькиной и просил, чтоб мне решение ВК заменили на Решения ВК с диагнозом шизофрения.

А на Агафуровых дачах я вообще с привилегиями лежал. Сразу же в нормальную палату положили (минуя наблюдательную), свободный выход, походы в магазины, домашние отпуска.

Заменяли диагноз, полагаю, не для того, чтоб я инвалидность не получил, а для того, чтоб себя мень-

шим психом чувствовал. Мнительный через чур я и ятрогении подвержен особо. Как кораблик назовешь, так он и поплывет.

Хотя большой осадок на местных врачей за старое есть.

Андрей Б.: Не думаю, что кто-то лукавит. Просто есть понятие “интересы третьих лиц”, а что именно подразумевается под этим – мне не совсем понятно.

Армен: Подведем небольшой итог.

Если человек ворует свою карту, то положительный момент, это возможное моральное удовлетворение.

Отрицательных моментов несколько:

1. Необходимо совершить административное правонарушение.
2. Человек опускается на уровень тех, кто, нарушая закон, не дает копию.
3. Психиатрам дается дополнительный козырь в борьбе против человека: «“сумасшедший” стащил свою карту, он точно нездоров».
4. Использовать украденную карту для защиты своих интересов законными методами невозможно.

По закону копию карты обязаны дать, единственное, что не будет в карте, так это информации, которая касается личного здоровья других (так как эта информация охраняется законом). Все, что касается здоровья пациента, должно быть по закону ему предоставлено. Без всяких отговорок.

Иван: Человек не ворует, а реализует свое законное право на непосредственное ознакомление с историей болезни. Человек от этого получает не возможное, а вполне реальное моральное удовлетворение. И здесь есть лишь одни положительные моменты.

- 1 “Необходимо совершить административное правонарушение”. — Видимо, Вы святой.
2. “Человек опускается на уровень тех, кто, нарушая закон, не дает копию”. — Я себя уважать буду больше, когда заберу свою амбулаторную карту.
3. “Психиатрам дается дополнительный козырь в борьбе против человека: «“сумасшедший” стащил свою карту, он точно нездоров». — Мне дается козырь против психиатров: “Они не дают мне копии меддокументов, они точно нездоровы”.
4. “Использовать украденную карту для защиты своих интересов законными методами невозможно”. — Защита законного интереса — это ознакомление с амбулаторной картой (в ней, кстати, содержатся все выписки из стационаров).

Те, у кого есть последующие цели, могут через волюнку получать историю.

По закону обязаны дать саму карту.

Армен: Иван, Вы взрослый человек и вправе поступать так, как считаете нужным.

Но неужели Вы получите меньше морального удовлетворения от такого решения:

“Руководствуясь ст.ст. 184 – 198 ГПК РФ суд, Решил:

Исковые требования Шестаковой Н. П. удовлетворить частично.

Обязать главного врача ГУЗ “Омская клиническая психиатрическая больница им. Н. Н. Солодовника” предоставить Шестаковой Н. П. для ознакомления медицинскую карту Д.

Обязать главного врача ГУЗ “Омская клиническая психиатрическая больница им. Н. Н. Солодовника” предоставить Шестаковой Н. П. копии медицинских документов отражающих состояние здоровья Д.

Взыскать с ГУЗ “Омская клиническая психиатрическая больница им. Н. Н. Солодовникова” в пользу Шестаковой Н. П. компенсацию морального вреда в сумме 250 руб., госпошлину 10 руб., в остальной части иска отказать.

Решение может быть обжаловано в Омский областной суд в 10 дней.”

Просто на минутку представьте глаза того, нарушающая закон, вам отказывал, а теперь вынужден сам

выдать вам документ. Да и вдобавок, в следующий раз они сильно задумаются, а стоит ли вообще нарушать Ваши права и таких, как Вы.

Иван: Уважаемый Армен, когда человек хочет попасть в соседний город, то на машине он может двигаться со скоростью 40, 80, 90, 150, может и 200 км/ч.

Если человек не мазохист, он предпочтет ехать со скоростью 200, чем со скоростью 40, и при этом еще простоять в пробках половину времени пути.

Извините Армен, я не поклонник мазохизма.

Глаза тех, кто будет вынужден отдать мне карту, хорошо представляю: обычные маленькие, узкие и злобные глазенки. Если сам заберу, будут еще меньше и злобнее.

А вот в том, что задумаются, сильно сомневаюсь. Мои после суда ни капли не задумались.

ХIII съезд НПА России

“АНТИПСИХИАТРИЯ КАК ВЫРАЖЕНИЕ КРИЗИСА ПСИХИАТРИИ И ИМПУЛЬС К ЕГО ПРЕОДОЛЕНИЮ”

12 ноября 2010 г., Москва

E-mail: info@npar.ru

XVI КОНСТОРУМСКИЕ ЧТЕНИЯ ПСИХОТЕРАПИЯ И МИР

17 декабря 2010 г., 10.00 – 19.00

Москва, конференц-зал Наркологического диспансера № 1

Тел.: (495) 275-4567

Об ответственности экспертов

Б. Н. Пивень (Барнаул)

В I номере Независимого психиатрического журнала за этот год в рубрике “Отклики и предложения” под заголовком “Психиатр и юрист о новой инициативе Центра им. Сербского” опубликованы письма Ю. С. Савенко и Дмитрия Бартенева, поднимающие, на мой взгляд, более широкий, чем заявлено авторами, спектр вопросов, касающихся судебно-психиатрической экспертной практики.

Среди таких вопросов профессионализм и ответственность экспертов, а также роль судей в качественном и добросовестном выполнении экспертами своих обязанностей.

Полагаю, что обозначенные вопросы, а по сути дела, отражаемые ими проблемы, относящиеся к судебно-психиатрической экспертной деятельности, могут быть проиллюстрированы некоторыми примерами из собственного судебно-психиатрического опыта.

Итак, профессионализм и ответственность экспертов.

Пример 1.

В ходе судебного разбирательства у специалиста-психиатра возникли сомнения в качестве заключения, данного комиссией экспертов-психиатров (назовем их по первым буквам фамилий — А., Б., Ж. — докладчик), в связи с чем возникла необходимость полноты их пояснения. В процессе допроса по ходу судебного заседания эксперт А. на вопрос специалиста и дублирующий вопрос адвоката о том, знакомились ли она (эксперт) со всеми материалами дела, ответила, что изучала документы лишь частично, а именно те, что являлись “основными”. Эксперт Б. на этот же вопрос ответила аналогичным образом, добавив, что при анализе материалов целиком и полностью полагалась на врача-докладчика Ж., так как “он опытный специалист”. Докладчик Ж. в начале допроса на вопрос специалиста и адвоката о том, изучали ли все эксперты все материалы дела, утверждал, что все эксперты изучали их полностью. В конце допроса на этот же вопрос этих же лиц Ж. также ответил утвердительно. (По заявлению специалиста и адвоката ответы экспертов занесены в протокол судебного заседания, и к этому протоколу мы еще вернемся).

Пример 2.

В суде слушается дело по иску о признании недееспособности гражданки Р. В судебном процессе сре-

ди прочих принимают участие эксперты-психиатры Г. и М., проводившие ей амбулаторную экспертизу. При этом в подписанном ими акте ясно и подробно сформулирован диагноз ее заболевания. Однако, давая пояснения в суде, Г. на вопрос специалиста-психиатра о диагнозе заболевания Р. и его обосновании заявил о том, что диагноз комиссией, членом которой он, как отмечено выше, являлся, вообще не был установлен. М. от ответа на аналогичный вопрос уклонился. Но наряду с этим, отстаивая версию о недееспособности Р., в качестве одного из аргументов прибег к утверждению о том, что “у Р. был сожигатель алкоголик, и только благодаря дочери Р. не попала в дом инвалидов”. На вопрос специалиста о том, кто диагностировал алкоголизм у этого человека, и есть ли какие-либо медицинские документы на сей счет, М. заявил, что судит об алкоголизме у него, потому что он дважды приходил к Р. в больницу пьяным. (Этот пример имеет многолетнюю давность. Не знаю, чем сейчас занимается “эксперт” Г. М. же продолжает “экспертировать” по сей день столь же “успешно”, о чем говорят несколько известных мне последующих освидетельствований, проведенных с его участием).

Пример 3.

Г., доверившись мошеннице и под воздействием ее манипуляций, передала той значительную сумму денег, взяв их из обменного пункта, в котором работала (подобный случай был описан также профессором Л. К. Хохловым). В период следствия Г. в местном ЛПУ прошла стационарную комплексную судебную психолого-психиатрическую экспертизу, по заключению которой была “психически здоровой”. Суд признал ее виновной и приговорил к трем годам лишения свободы. В зале суда была взята под стражу. Адвокат Г. обратился с ходатайством об отмене приговора, новом судебном расследовании, что и было удовлетворено судебной коллегией краевого суда.

По просьбе адвоката Г. была проконсультирована на психиатром П. В результате исследования П. выявил и оценил ряд обстоятельств, не принятых во внимание и не учтенных экспертами, но сыгравших, по его заключению, решающую роль в ее поступке — органическое заболевание головного мозга, индивидуально-личностные особенности испытуемой, ее склонность к примитивно-магическим представле-

ниям, повышенную внушаемость, интенсивное психологическое воздействие, которому она подвергалась со стороны мошенницы. Адвокат Г., опираясь на это заключение, обратился с ходатайством о проведении повторной комплексной психолого-психиатрической экспертизы.

Г. последовательно были проведены повторные стационарные комплексные психолого-психиатрические экспертизы в психиатрической больнице г. Новосибирска и ГНЦСС им. В. П. Сербского, согласно которым она на момент совершения правонарушения вследствие психического расстройства не могла осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими, и ей решением суда был вынесен оправдательный приговор. (К изложенному необходимо добавить, что вся эта история оставила глубокий след в жизни Г. О своих мытарствах, впечатлениях от психиатрических больниц, угрозе лишения квартиры, описанной за долги перед банком, в обменном пункте которого она работала, Г. поведала журналисту, и тот с ее ведома опубликовал ее печальную историю в литературно-публицистическом издании).

А теперь о роли судей в качественном и добросовестном выполнении экспертами своих обязанностей.

Ее можно продемонстрировать, вернувшись к приведенным выше примерам, несколько продолжив их.

Пример 1.

Как было показано в приведенном случае, под запись в протоколе судебного заседания два эксперта показали, что они с материалами дела знакомились не полностью, а выборочно, третий же эксперт утверждал, что все члены комиссии полностью изучали

все материалы. Читаем решение суда, полагая при этом, что оно не нуждается в особых комментариях: “Все эксперты подтвердили, что они полностью изучали все материалы дела”.

Пример 2.

В процессе судебного заседания, как было описано в этом примере, эксперты отрицали факт вынесения ими диагностического заключения, содержащегося в подписанном ими же акте, что можно было бы расценить как попытку введения в заблуждение участников процесса. Тем не менее, судья оставила этот факт без внимания, равно как и не придала значения голословному утверждению одного из экспертов о том, что сожитель испытуемой “алкоголик”.

Можно привести и курьезные случаи решения судьями дискуссионных вопросов, возникающих между специалистом и экспертами, примерно с такими логическими выкладками: “Специалист — профессор, он теоретик и только лекции читает, а эксперты — практики, им виднее”.

Здесь были приведены лишь отдельные примеры непрофессионализма и безответственности экспертов, хотя таких случаев можно было бы назвать значительно больше. При этом мне не известно, чтобы эксперты когда-либо были призваны к ответу.

Выше были приведены не только те примеры, когда судьями не указывалось экспертам на их промахи, но и был изложен случай (пример 3), когда суд корректировал недочеты экспертов, что, на мой взгляд, и должно быть одним из определяющих начал в деле качественного выполнения экспертами своих профессиональных обязанностей.

Второй международный конгресс
КОМБИНИРОВАННЫЕ РАССТРОЙСТВА:
ЗАВИСИМОЕ ПОВЕДЕНИЕ
И ДРУГИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

5 – 8 октября 2011 г., Барселона. Испания

www.cipd2011.com

Новый прием удушения состязательности экспертов в суде

Уже около года в Таганском районном суде г. Москвы тянется громкий процесс против устроителей выставки “Запретное искусство-2006” в музее им. Андрея Сахарова. Мы уже публиковали свое заключение (“Обезьяний процесс” продолжается, 20.06.2008) на заключение эксперта, директора одного из институтов детской психологии, академика РАЕН, чл.-кор. Академии образования и т.п. В. И. Слободчикова от 05.05.2008 г.

1 – 2 июня 2010 г. молодой **прокурор**, аспирант, добросовестно пытавшийся отстаивать позицию обвинения, вместо как будто полагающейся прокурору защиты закона, **выступил вместе с судьей инициатором требования, до сих пор нами не слышанного: запрета как-либо критиковать имеющееся в деле экспертное заключение и называть имя его автора.** Текст, действительно, постыдно безграмотный, явно написанный бригадой разношерстных помощников. Но ответственность все равно несет его подписавший. Судья и прокурор многократно одергивали всех выступавших, не уставая повторять, что только судья вправе оценивать экспертизу, опуская уточняющее определение — “окончательно оценивать”. Я заявил, что рассматриваю это как уничтожение состязательности экспертов в суде, что 20 лет регулярно выступаю в судах именно как критик представленных экспертных заключений. Отвечая на вопросы, я подтвердил тезис своего заключения, что графические, как и литературные произведения многозначны, и что однозначное буквальное их восприятие — признак либо недалекости, неграмотности, либо тенденциозности, доходящей до клинического уровня. Прокурор принял слова о неграмотности на свой счет и уже не смог отстроиться от этой своей обиды.

На вопрос судьи, нравятся ли мне эти картины, я ответил, что не нравятся, и не все понятны. А непонятное, лишённое ясного смысла, оставляет равнодушным либо вызывает досаду за потраченное время.

На вопрос, как я объясняю, что нашлось много оскорбившихся, я ответил, что достаточно было аффективно заряженному пастырю поделиться возмущением со своей паствой, чтобы индуцировать ее. В зале присутствовал организатор целой орды “оскорбившихся” свидетелей, подписавших текстуально стереотипное заявление о моральном вреде для себя матерных слов рядом с религиозными сюжетами и т.п., — бывший баркашовец, а сейчас сопредседатель Народного Собора Олег Кассин. С двух собравшихся вместе с ним скамеек неслись мне в спину оскорбительные выкрики.

22 июня прокурор потребовал трех лет лишения свободы устроителям выставки “за разжигание религиозной розни”.

В соответствии с требованием судьи и просьбой адвокатов я представил краткий ответ на адвокатский запрос.

Ответ на адвокатский запрос

«Настоящие ответы составлены 29 мая 2010 г.

Изучив цветные копии работ, которые были представлены на выставке “Запретное искусство-2006”, в свете заданных Вами трех вопросов:

1. Использованы ли в экспонатах выставки “Запретное искусство — 2006”, фотографии которые представлены специалисту, какие-либо графические, в том числе художественно-изобразительные, или лексические средства, унижающие человеческое достоинство и оскорбляющие религиозные чувства верующих граждан, относящих себя к какой-либо религии? Если да, то какие средства и в отношении верующих каких религий?

2. Может ли размещение экспонатов, содержащих матерную лексику или элементы порнографии в непосредственной близости от других экспонатов выставки, использующих элементы религиозной символики, оскорбить религиозные чувства и унижить человеческое достоинство верующих соответствующей религии?

3. Какое психологическое и нравственное воздействие оказывает на зрителей выставки ее обустройство таким образом, чтобы ее экспонаты можно было увидеть только через небольшое отверстие в загораживающей их стене-перегородке?

Могу сообщить следующее.

1) Представленные картины во всех отношениях заурядны, они ничем не выделяются из современного масс-культуры, которым переполнены иллюстрированные журналы, они не вызывают никаких ярких реакций, никакого интереса, по таким произведениям скользят равнодушным взглядом, они как раз нуждаются в таком искусственном ажиотаже, который создан настоящим судебным процессом. Поэтому ни о чем оскорбительном ни в отношении человеческого достоинства, ни в отношении религиозных чувств говорить не приходится.

2) Ненормативная лексика, фигурирующая на некоторых из представленных работ, настолько обычна в быту большинства граждан, включая власть предержащих, что сама постановка вопроса об унижении человеческого достоинства и оскорблении религиозных чувств выглядит надуманной придиркой.

Игнорируется многозначность объектов такого рода. Это всегда метафоры, никогда не с одним, а с многими удачными ответами. Если бы на выставке фигурировала, например, фотография реально имевшего место кошунственного события: свастики, намазанной на Соловецком камне, она бы не оскорбила

никого из правозащитников, как отражающая действительность, а только бы внесла драматическую ноту в ее восприятие и понимание. Изображение Богоматери, Христа и святых вперемежку с атрибутами пошлого быта — это художественный прием, воспроизводящий ту же действительность. Чуть не на любом торговом лотке можно увидеть — причем не в щелочку — вперемежку иконки, предметы религиозного культа с эротическим ширпотребом. И это по своему общественному воздействию значительно сильнее этой выставки — тираж другой. Сакральное, священное растворяется в профанном, тонет, обмирщвляется, и люди — что действительно ужасно — привыкают к этому. Выставка своим общественным значением как раз противостоит этому. Но все это оскорбляет только хороший вкус, а не человеческое достоинство или религиозные чувства. Слишком несоразмерны эти вещи.

Кого могут оскорбить такие экспонаты? Либо людей крайне недалеких, с одномерным буквальным восприятием. Такие даже Ветхий Завет воспринимают буквально (мы описали случай судебного иска к Библии). Либо людей со сверхценной установкой, которые буквально во всем видят то, что касается их болезненного комплекса. Многим памятен один очень активно и долго выступавший в печати антисемит, который везде вокруг себя видел шестиконечные звезды и свитки Торы, вплоть до формы высоток на Новокутузовском проспекте, в хрустальных бокалах и, в конечном счете, даже в снежинках... Психиатры постоянно имеют дело с подобными случаями.

3) Обустройство выставки таким образом, чтобы ее экспонаты можно было увидеть только через не-

большое отверстие в загораживающей их стене-перегородке, производит впечатление явного социально-психологического эксперимента, приглашающего к добровольному участию всех желающих, могущих в любой момент от него отказаться. Так можно исследовать широкий круг самых различных проблем: каков состав зрителей, заинтересовавшихся рекламой выставки и пришедших на нее? Много ли среди них завсегдатаев художественных выставок? Или их заинтересовал сам факт демонстрации отбракованных картин, о чем ясно говорило название выставки? Действительно, название выставки задавало исходную установку на дискуссию относительно цензуры и, таким образом, инициировало активное обсуждение этой горячей темы, что безусловно является общественно полезным делом. Отрицательное отношение к отдельным картинам в этом контексте совершенно естественно и также полезно. Провокационный, эпатажный характер представленных работ — давно и широко распространенный художественный прием. Все представленные работы далеко уступают по своей выразительности и эпатажности тем, которые украшают многие музеи мира, и репродукции которых имеются в свободной продаже в нашей стране.

Таким образом, устройство выставки было продумано таким образом, чтобы одновременно подогревать к ней интерес и застраховаться от претензий, которые — как мы видим — все равно были предъявлены, вопреки необходимости приложить собственные усилия, чтобы “оскорбиться”.»

Ю. С. Савенко

Тематическая конференция ВПА
совместно с Психиатрической ассоциацией Турции
и Турецкой нейропсихиатрической ассоциацией

**ПЕРЕОСМЫСЛЕНИЕ КАЧЕСТВА В ПСИХИАТРИИ:
ОБУЧЕНИЕ, ИССЛЕДОВАНИЯ, ПРОФИЛАКТИКА,
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ**

9 – 12 июня 2011 г., Стамбул, Турция

kueyl@superonline.com

Критическое мышление в теории и практике психотерапии

О. А. Савенков¹

В связи со значительной пролиферацией различных школ, методик и модальностей в психотерапии назрела существенная необходимость в критической их оценке. Научная методология является инструментом не только для оценки эффективности психотерапии, но также и для исследования теорий, лежащих в их основе. Использование научной методологии приведет не только к значительному сокращению психотерапевтических модальностей, но и к улучшению результатов психотерапевтических воздействий.

Ключевые слова: психотерапия, психология, психиатрия, доказательная медицина, критическое мышление, научная методология.

Рынок психотерапевтических услуг в России значительно вырос за последнюю пару десятилетий, о чем свидетельствуют многочисленные научно-практические конференции, школы, декадни, тренинги и семинары, проводимые по всей стране, а также организация кафедр психотерапии и психологического консультирования во многих высших учебных заведениях медицинского и педагогического профилей. Вот уже более десяти лет как существует Профессиональная Психотерапевтическая Лига (ППЛ), объединяющая и поддерживающая психотерапевтов России (3).

Количество модальностей психотерапии и психологического консультирования, только зарегистрированных ППЛ на сегодняшний день, составляет около 40 (на сентябрь 2009), а всего в мире, по подсчетам некоторых авторов, насчитывается более 500 различных типов, школ и модальностей психотерапии (11). Зачастую, особенно среди начинающих психотерапевтов, такая ситуация вызывает затруднения в выборе наиболее подходящей методики или теоретической школы для более детального изучения или посещения дорогостоящего тренинга.

В данной статье я остановился на некоторых методах развития психологических теорий и их научном обосновании, а так же на способах определения эффективности тех или иных психотерапевтических методик, надеясь, что эта информация окажется полезной не только для практикующих психотерапевтов, но и для теоретиков, разрабатывающих новые или работающие с уже существующими психотерапевтическими модальностями.

В основе создания подавляющего большинства психотерапевтических модальностей, начиная со времен Зигмунда Фрейда и заканчивая теоретиками последних десятилетий, лежит результат многолетнего клинического и научного опыта. Зачастую, авторами таких методик являются профессора и академики с со-

лидным послужным списком, что, несомненно, оказывает значительное влияние на потребителей этой информации, вызывая безусловное доверие к ней.

Такое понятие, как “наивный реализм” (naive realism), поможет нам разобраться в том, почему личный клинический опыт не может являться достоверным доказательством эффективности того или иного метода психотерапии (22). Наивный реализм — это ошибочная вера в то, что мир является именно таким, каким мы его видим. Эта концепция распространена не только среди широкого населения, но также и среди начинающих и опытных психотерапевтов. Наивные реалисты не подозревают того, что их собственные многочисленные когнитивные предубеждения, а так же факторы окружающей среды влияют на мировосприятие и оценку, и принимают доказательства личного восприятия как истину, не подвергая ее критике. В некоторых случаях такие психотерапевты правильно воспринимают изменения в клиенте, но не способны понять — почему эти изменения происходят, не осознавая целой плеторы скрытых и контринтуитивных переменных величин (19).

Одной из наиболее частых ошибок в суждении об эффективности использованной методики является так называемая “склонность к подтверждению” (confirmation bias), при которой психотерапевт фокусируется на признаках улучшения в состоянии клиента или других “доказательствах” эффективности терапии, но в то же время игнорируя, минимизируя или искажая свидетельства отсутствия такой эффективности (20).

Нижеприведенный список перечисляет наиболее распространенные факторы, играющие роль в некорректной интерпретации неэффективных методов лечения, включая не только психотерапию, но и другие методы лечения и целительства (гомеопатия, биологически активные добавки, иглотерапия, уринотерапия, шаманизм и т.д.) (6, 19) :

1. *Эпизодичность психического расстройства.* Некоторым психическим расстройствам свойственна эпизодичность в своих проявлениях (например, смена кризисных ситуаций с промежутками относительной

¹ Член Королевского колледжа врачей Канады; Региональная больница Кейп Бретона, город Сидней, Канада.

стабильности у больных пограничным расстройством личности, динамика биполярного аффективного расстройства и т.п.). Если такое состояние ошибочно диагностируется как хроническое, то улучшение в психическом состоянии пациента в результате естественного течения заболевания воспринимается как ответ на успешное психотерапевтическое лечение.

2. **Спонтанные ремиссии.** Многие клиенты с психологическими проблемами и пациенты с психическими расстройствами испытывают улучшение своего состояния уже в результате работы саногенетических психологических механизмов, не связанных с лечением. Даже психоаналитик Карэн Хорни заметила, что “сама жизнь, зачастую, является довольно эффективным психотерапевтом” (16).

3. **Возврат к среднему значению.** Экстремальные состояния (например, сильное состояние психологического стресса) имеют тенденцию к ослаблению интенсивности при многократных повторных оценках эксперта, вызывая ложное чувство эффективности психотерапии.

4. **Влияние других лечебных факторов.** Многие клиенты используют одновременно с психотерапией и другие лечебные методы, например, медикаменты, массаж и другие оздоровительные процедуры, делающие оценку эффективности психотерапии проблематичной (18).

5. **Выборочный отсев.** Клиенты, которые прекращают визиты к психотерапевту без объяснения причин, как правило, имеют более серьезные проблемы по сравнению с теми, кто продолжает терапию. Такая ситуация создает у клинициста ложное впечатление эффективности психотерапии.

6. **Эффект плацебо.** Многие клиенты отмечают значительную эффективность психотерапии не потому, что к ним была применена та или иная методика, а только потому, что они ожидали улучшения. Например, некоторые исследования показали, что от 40 до 60 % клиентов отмечают значительное улучшение в состоянии между записью на прием и первым контактом с психотерапевтом (17).

7. **Эффект новизны.** Люди обычно позитивно реагируют на любые обещающие методы лечения. К сожалению, такой эффект недолгосрочен (23).

8. **Стремление к одобрению.** У многих клиентов наблюдается вполне естественное стремление понравиться своим психотерапевтам, в связи с чем они, зачастую неосознанно, завышают эффективность психотерапии.

9. **Оправдание усилий.** Клиенты могут ощущать стремление к оправданию материальных и психологических затрат в ходе психотерапии, что, в свою очередь, может привести к преждевременному, а порою и необоснованному чувству улучшения (7).

10. **Ретроспективный пересмотр изначального уровня функционирования.** Некоторые виды психологического консультирования, например разработанная в некоторых университетах программа по

улучшению навыков обучения для студентов, не являются эффективными, несмотря на то, что субъективно участники такой программы отмечают значительное улучшение в полученных навыках по сравнению с теми навыками, что у них были до участия в программе. Объективное же тестирование никакого улучшения может не продемонстрировать (8).

Научная методология — мощный антидот наивному реализму и когнитивным предубеждениям психотерапевта. На сегодняшний день научный метод является единственным достоверным методом познания естественного мира, включая продукцию человеческого мозга: мысли, поведение и эмоции. Доказательная медицина (ДМ), разработанная в 90-х годах XX века (2) основана на принципах научной методологии и успешно используется не только для тестирования эффективности биологических методов лечения, но также и других методик, включая психотерапию (1).

Рандомизированным контролируемым исследованиям (РКИ), “золотому” стандарту доказательной медицины были подвергнуты некоторые психотерапевтические методики, главным образом когнитивно-поведенческая, межличностная и краткосрочная психодинамическая психотерапии. Результаты исследований убедительно показали эффективность этих модальностей при лечении широкого ряда психических расстройств. К сожалению, РКИ помогают ученым ответить только на один вопрос: “Является ли лечение эффективным?”. Эти исследования не дают ответа на вопрос о “доказанности” теорий, на которых основаны те или иные психотерапевтические модальности. Как выяснилось в ходе РКИ, эффективность по крайней мере исследованных психотерапий зависит не только от специфической методики, но и от так называемых “общих факторов” — эмпатии, сострадания, участия и понимания со стороны психотерапевта, а также от качества взаимопонимания между психотерапевтом и клиентом (13). Тот факт, что все доказанные методы психотерапии более или менее одинаковы по своей эффективности, несмотря на то, что теории, на которых они основаны, зачастую противоречат друг другу, подталкивает к мысли о том, что использование доказательств эффективности психотерапии в РКИ как косвенное доказательство “научности” теории не может считаться адекватным.

В науке создание теории на основе наблюдения является только первым шагом. Далее — следует формулировка гипотез и их тестирование для доказательства того, что теория, выдвинутая автором, не является результатом наивного реализма и других искажающих реальность когнитивных и средовых факторов. В связи с этим, подавляющее большинство психотерапевтических теорий не отвечают научным требованиям, так как их авторы не в состоянии доказать реальность своих теорий, осознанно или неосознанно отвергая принципы научной методологии.

К примеру, интенсивная краткосрочная психодинамическая психотерапия (ИКПП), разработанная ка-

надским психиатром Х. Даванлу (H. Davanloo) в 60-х годах, была подвергнута РКИ, где ученые убедительно показали ее эффективность при лечении невротических, пограничных и соматических состояний (4, 5, 10). По традиции, методика, которой пользовался проф. Даванлу для разработки своей теории, была основана на наблюдении сотен пациентов из клинической практики (9). Если критически взглянуть на основные теоретические предпосылки ИКПП, то очевидным является то, что эта теория не соответствует научным данным, полученным при тестировании конкретных гипотез данной теории другими, не связанными с проф. Даванлу и его группой учеными. Например, в соответствии с этой теорией, качество аттачмента (attachment) к матерям в младенческом и раннем детском возрасте влияет на развитие психологических проблем или психопатологии у взрослых. Однако, при тестировании этой гипотезы оказалось, что у детей качество аттачмента не только разное по отношению к разным членам семьи или близким родственникам, принимающим участие в воспитание ребенка (12), но также и не было установлено связи между патологическим аттачментом и психопатологией у взрослых (21). Другие исследования не подтвердили, к примеру, взаимосвязи между качеством аттачмента в раннем детском возрасте и успехом в межличностных отношениях и профессиональных успехах у взрослых (24). Таких примеров достаточно много и интересующийся читатель может обратиться к рекомендуемой литературе для более детального ознакомления (14, 15, 21).

К сожалению, некоторые теоретики, разрабатывающие новые виды психотерапий или изучающие уже имеющиеся, не только игнорируют необходимость тестирования как психотерапевтических методик, так и теорий, на основе которых эти методики разработаны, но также и недостаточно знакомы с научными данными в таких смежных областях знаний, как поведенческая генетика, психология развития, эволюционная и экспериментальная психология, где многие гипотезы уже были изучены с использованием принципов научной методологии.

Резюмируя, хотелось бы отметить, что успех развития психотерапии зависит не столько от количества техник, школ, методик и модальностей, и даже не от наличия рандомизированных контролируемых исследований, подтверждающих “эффективность” того или иного метода, сколько от изучения самих теорий, лежащих в основе психотерапевтических модальностей. Систематическое тестирование гипотез убедительно докажет реальность теории, что, в свою очередь, может привести к модификации и улучшению результатов психотерапии, где эффективность лечения будет зависеть не только от общих факторов, но также и от использования конкретных психотерапевтических техник. Видимо, со временем количество видов психотерапии значительно уменьшится, либо произойдет демаркация между научно-обоснованными

психотерапевтическими модальностями и модальностями, не имеющими научной ценности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зорин Н. А. Доказательная медицина и психотерапия: совместимы ли они? // <http://medinfo.ru/article/93/118022/>.
2. Основы клинической эпидемиологии и доказательной медицины: <http://ebm.org.ua/>.
3. Профессиональная Психотерапевтическая Лига (ППЛ): <http://www.oppl.ru>.
4. Abbass A. et al. (2008). Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy for DSM-IV Personality Disorders: A Randomized Controlled Trial. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 196, 201 – 216.
5. Abbass A. et al. (2009). Short-Term Psychodynamic Psychotherapy for Somatic Disorders: Systematic Review and Meta-Analysis of Clinical Trials. *Psychother Psychosom*, 78, 265 – 274.
6. Arkowitz H., Lilienfeld S. O. (2006, April/May). Psychotherapy on trial. *Scientific American Mind*, 2, 42 – 49.
7. Axsom D., Cooper J. (1985). Cognitive dissonance and psychotherapy: The role of effort justification in inducing weight loss. *Journal of Experimental Social Psychology*, 21, 149 – 160.
8. Conway M., Ross M. (1984). Getting what you want by revising what you had. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47, 738 – 748.
9. Davanloo H. (2005) “Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy.” In Kaplan, H. and Sadock, B. (eds), *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 8th ed, Vol 2, Chapter 30.9, 2628 – 2652. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins.
10. Driessena E. et al. The Efficacy of Short-Term Psychodynamic Psychotherapy for Depression: a Meta-Analysis. Internet Publication: <http://www.istdp.ca/Meta-analysis 2009.pdf>.
11. Eisner D. A. (2000). The death of psychotherapy: From Freud to alien abduction. Westport, CT: Praeger.
12. Fox N. A., Kimmery N. L., Schafer W. D. (1991). Attachment to mother / attachment to father: A meta-analysis. *Child Development* 62, 210 – 225.
13. Frank J. D. (1973). *Persuasion and Healing*, 2nd ed. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press; and Strupp, H. H. (1989). Psychotherapy: Can the Practitioner Learn from the Researcher? *American Psychologist*, 44, 717 – 724.
14. Harris J. R. (1998). *The Nurture Assumption: Why Children Turn Out the Way They Do*. Free Press.
15. Harris J. R. (2006). *No Two Alike: Human Nature and Human Individuality*. W. W. Norton & Company.
16. Horney K. (1957). *Our inner conflict: A constructive theory of neurosis*. London: Routledge & Kegan Paul.
17. Howard K. I., Kopta S. M., Krause M. S., Orlinsky D. E. (1986). The dose-effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist*, 41, 159 – 164.
18. Kendall P. C., Butcher J. N., Holmbeck G. N. (Eds.). (1999). *Handbook of research methods in clinical psychology* (2nd ed.) New York: Wiley.
19. Lilienfeld S., Lohr M., Olatunji B. (2008). Encouraging students to think critically about psychotherapy: Overcoming naive realism. In D. Dunn, J. Halonen, R. Smith (Eds.). *Teaching critical thinking in psychology: A handbook of best practices* (pp. 267 – 271). Blackwell Publishing Ltd.
20. Nickerson R. S. (1998). Confirmation bias: A ubiquitous phenomenon in many guises. *Review of General Psychology*, 2, 175 – 220.
21. Paris J. (2000). *Myths of Childhood*. Taylor & Francis.
22. Ross L., Ward A. (1996). Naive realism: Implications for social conflict and misunderstanding. In T. Brown, E. Reed, E. Turiel (Eds.), *Values and knowledge* (pp. 103 – 135). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
23. Shadish W. R., Cook T. D., Campbell D. T. (2002). *Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference*. Boston: Houghton-Mifflin.
24. Sroufe L. A., Egeland B., Carlson E. A. (1999). One social world: The Integrated development of parent-child and peer relationships. In W. A. Collins and B. Laursen, eds., *Relationships as developmental contexts* (241 – 261). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Оценка соблюдения прав стационарных больных с позиций их самих и профессионалов

И. А. Былим, Е. Б. Любов¹

Данные опроса указывают на глубокие расхождения в оценке соблюдения прав пациентов психиатрических больниц профессионалами и ими самими.

Ключевые слова: пациенты психиатрических больниц, права.

Права психически больных глобализованы “Принципами защиты лиц, страдающих психическими расстройствами” ООН [9]. Так, физическое стеснение возможно только в соответствии с официальными методическими рекомендациями, а независимый наблюдательный орган при консультациях с психиатрами должен надзирать за случаями недобровольной госпитализации. Особое внимание уделено доступности и качеству помощи, обучению специалистов. ВОЗ посвятила очередной (2001 год) Международный день здоровья защите интересов психически больных во всем мире. В большинстве развитых стран законы об охране психического здоровья соответствуют принципам ООН, но концепции “недобровольного лечения” и “гарантий качества помощи” отличаются.

Права пациентов психиатрических стационаров — предмет повышенного интереса и дискуссий в свете развития отечественного закона об оказании психиатрической помощи. Хотя правовой аспект не отмечается пациентами при оценке психиатрической помощи [1], но нарушения их прав выделяются как препятствующие социально-личностному восстановлению [2]. Внедрение правовых основ (как и принципов научной доказательности) в психиатрическую практику — нелегкая задача, которую проще выполнить при сотрудничестве психиатров и политиков, групп самопомощи пациентов и их близких [1]. В этой связи важно изучить “точки соприкосновения” и отличия позиции пациента — с одной стороны и специалистов и медперсонала — с другой. Малочисленные сравнения позиций пациентов и персонала указывают различия в понимании ответственности за результат лечения [5, 6, 7].

¹ Ставропольская краевая клиническая психиатрическая больница № 1, Московский НИИ психиатрии Росздрава.

Цель исследования: определить уровни соответствия позиций пациентов и профессионалов в аспекте соблюдения прав первых.

Материалы и методы. Границы соблюдения прав стационарных больных определены по структурированному опроснику [7] из 30 утверждений, объединенных в 6 кластеров. Опрошены 122 пациента (51 % мужчин, 49 % женщин; $33 \pm 16,4$ лет; больные шизофренией 82 %, аффективными расстройствами 18 %; инвалиды в связи с психически расстройством 65 %; 75 % госпитализованы 3 – 4 раза), лечущихся одновременно в ряде отделений Ставропольской краевой клинической психиатрической больницы, и 35 ее работников (мужчины 37 %, женщины 63 %; $36,2 \pm 10,9$ лет; психиатры 43 %, медсестры 31 %, психологи и социальные работники 26 %; у всех стаж более 5 лет).

Результаты исследования и обсуждение. Позиции персонала и пациентов указаны в табл. 1.

Позиции персонала и пациентов отличны в четырех кластерах опросника. Не было существенных различий позиций в отношении прав на сведения о болезни и лечении или права на отказ от лечения, что сходно с литературными данными [7]. Сходны позиции в

Таблица 1. Показатели пациентов и персонала по пунктам опросника

Кластер (количество пунктов)	Пациенты	Персонал	p
Насильственное лечение (4)	$3,02 \pm 0,49$	$2,39 \pm 0,25$	< 0,001
Физическое стеснение (5)	$2,53 \pm 0,47$	$1,95 \pm 0,24$	
Конфиденциальность (6)	$2,80 \pm 0,33$	$2,35 \pm 0,20$	
Недобровольная госпитализация (6)	$3,25 \pm 0,41$	$2,34 \pm 0,33$	
Информация о болезни или лечении (6)	$1,71 \pm 0,29$	$1,68 \pm 0,37$	0,17
Отказ от лечения (3)	$2,59 \pm 0,47$	$2,66 \pm 0,53$	0,03

праве на сведения о болезни и лечении. Пациенты в противовес профессионалам полагали, что насильственная госпитализация, физическое ограничение, нарушение конфиденциальности не оправдано проявлениями болезни. Персонал чаще считает, что правами пациентов следует поступиться согласно клиническим нуждам. Оценка отражает “профессиональную ресоциализацию” [4] персонала, соответственно нормам и идеологии профессии. В нередкой ситуации отказа больного от специализированной помощи клиницисты учитывают его клиническое состояние, потенциальные риск и пользу альтернативных форм лечения, риск (для больного и/или окружающих) непредоставления терапии. Отличия могут быть следствием оценки группами выгоды лечения, даже насильственного. Недобровольная госпитализация, уровень которой служит непрямым показателем соблюдения прав психически больных, априорно нарушает независимость и свободу волеизъявления пациента, но способствует восстановлению его благополучия через облегчение психического состояния. Факт недобровольной госпитализации не исключает информирования о лечении, хотя роль пациента при выборе терапии существенно нивелирована. Позиция пациентов соответствует чисто правовой модели помощи с приоритетом волеизъявления больного, тогда как позиция профессионалов тяготеет к медицинской модели помощи, утверждающей право на лечение, но не отказ от него [3] и одобрение патерналистского вмешательства [8]: пациенты, сопротивляющиеся лечению, позднее якобы оценят пользу облегчения страдания.

Действенный способ добиться соблюдения прав человека — повысить качество реализации принципов ООН в отношении психически больных. Расхождение позиций заинтересованных и ответственных за результат лечения лиц указывает на важность их сопоставления и поиска согласия как основы терапевтического союза. Необходимы совместное обсуждение текущих правовых конфликтов и профилактика но-

вых в больничном совете, объединяющем представителей пациентов и медперсонала. На психообразовательных занятиях важно разыгрывать роли врача, решающего вопрос госпитализации, пациента и его близких, что поможет понять сложность и неоднозначность ситуации, преодолеть разрыв позиций и установить “триалог”: пациент — его близкие — профессионалы. Дальнейшие исследования покажут насколько различия позиций пациентов и профессионалов — результат различий их системы ценностей или лишь оценки баланса пользы лечения — ущемления прав больного.

ЛИТЕРАТУРА

1. Любов Е. Б., Бурьгина Л. А., Бояров В. Г. и др. Оценка качества психиатрической помощи пациентами и их родственниками. / Сб. методических рекомендаций и пособий для врачей и других специалистов, оказывающих психиатрическую помощь. — М.: И-т проблем управления здравоохранением, 2009. — С. 403 – 427.
2. Преодоление: Люди с психиатрическим опытом и их близкие о себе откровенное и сокровенное. / Под ред. И. Я. Гуровича. / Сост. Н. Б. Левина, Е. Б. Любов — М.: ОООИ “Новые возможности”, 2009 – 129 с.
3. Appelbaum P. S., Gutheil T. G. Clinical Handbook of Psychiatry and Law. Baltimore, Williams & Wilkins, 1991.
4. Boris D. S., Pope K. S. Dual relationships between therapist and client: a national study of psychologists, psychiatrists, and social workers. // Prof. Psychology Res. Pract. 1989. P. 283 – 293.
5. Chinman M. J., Allende M., Weingarten R. et al. On the road to collaborative treatment planning: consumer and provider perspectives. // Behav. Health Serv. Res. 1999. Vol. 26. P. 211 – 218.
6. Lang M. A., Davidson L., Bailey P. et al. Clinicians’ and clients’ perspectives on the impact of assertive community treatment. // Psychiatr. Serv. 1999. Vol. 50. P. 1331 – 1340.
7. Roe D., Weishut D., Jaglom M., Rabinowitz J. Patients’ and Staff Members’ Attitudes About the Rights of Hospitalized Psychiatric Patients // Psychiatr. Serv. 2002. Vol. 53. P. 87 – 91.
8. Stone A. Mental Health and Law: A System of Transition. DHEW pub ADM-75-176. Washington, DC, US Government Printing Office, 1975.
9. United Nations: Principles for the Protection of Persons with Mental Illnesses and the Improvement of Mental Health Care. NY: United Nations, 1991.

Комментарий редактора. Отрадно, что главные врачи психиатрических больниц ставят перед собой исследовательские задачи относительно оценки соблюдения прав стационарных больных, тем более с их собственных позиций. Конечно, ограничение исследования опросниками, тем более закрытыми, обрекает на границы, которые мы заранее сами устанавливаем. Следующим неперенным шагом является неформальная коммуникация с больными и их родственниками непосредственно перед выпиской, выясняющая в доверительной атмосфере те же вопросы, а заодно адекватность понимания ими этих вопросов. Это позволит увидеть значительное разнообразие понимания соблюдения прав больными, персоналом, врачами и посторонними наблюдателями, их различную семантику. Этому служит и предлагаемый авторами опыт совместных обсуждений текущих острых правовых проблем и психообразовательные занятия с ролевыми играми. Этим открывается широкий горизонт для дальнейших исследований и организационных новаций.

Психотерапевтическая профилактика постстрессовых состояний у военнослужащих

Е. Ю. Соколов¹

В статье дается информация о наблюдающихся психосоматических осложнениях у военнослужащих, побывавших в ситуациях боевого стресса. Рассматриваются варианты постстрессовых психопатологических расстройств. Для их лечения и, в первую очередь, предупреждения, рекомендуется активное использование психотерапевтических методов. Для этого психотерапевтической службе необходимо обучать людей в погонах умению самостоятельно грамотно использовать психотерапевтические методы, как в мирное так и в военное время, с целью выявления собственных резервных возможностей. Последнее — истинная преграда для постстрессовых расстройств у военнослужащих.

Ключевые слова: постстрессовые расстройства, чрезвычайные ситуации, адаптация, истощение, методы саморегуляции.

По данным ВОЗ, первое место по длительности жизни на Земле занимают Голландия, Япония, Швеция, Австралия, Канада, Новая Зеландия, где человек в среднем проживает 70 – 80 лет. 13-е место занимают США, 20-е — Россия, где за последние 15 – 20 лет наблюдается снижение средней продолжительности жизни до 50 – 55 лет. А сколько нам известно в России смертельных исходов в молодом, среднем, детском возрасте? Главная причина такого состояния — длительно существовавшая низкая культура отношения россиянина к собственному здоровью, отсутствие должной здоровой любви и уважения к себе, неумение и нежелание научиться использовать грамотно свои бесчисленные подсознательные энергетические ресурсы. А такое небрежное отношение к природному и народному богатству приводит к разрушению личности, дезадаптации ее при столкновении со стрессовыми, чрезвычайными обстоятельствами.

Военнослужащий, выполняющий боевую задачу по обезвреживанию, ликвидации террористов, независимо от физической подготовки, своих личных природных характерологических качеств (человечность, душевность, стойкость духа, принципиальность, хладнокровие, патриотизм, надежность в трудных жизненных ситуациях, бескомпромиссность и т.д.), сталкивается в большинстве случаев с боевой стрессовой ситуацией. Психобиологическая сущность боевого стресса заключается в перепрограммировании ресурсов человеческого организма на выживание в экстремальных жизнеопасных условиях. Этот процесс сопровождается напряжением адаптационных механизмов и выраженными психофизиологическими изменениями, которые, будучи чрезмерно интенсивными и продолжительными, могут оказывать повреждающий эффект и становиться причиной

стрессогенной дезинтеграции психической деятельности — боевой психической травмы.

Особенности службы сотрудников спецподразделений — это постоянные повышенные эмоциональные, интеллектуальные, физические нагрузки, требующие активизации всех жизненных ресурсов. В таких условиях сохранение психического равновесия является важнейшим условием сохранения боевой готовности и адекватного повседневного функционирования. Следует учесть также постоянно присутствующие в работе факторы риска, которые могут быть разделены на две группы: объективные ситуационные факторы, которые изменить невозможно, и субъективные ситуационные факторы, на которые можно повлиять, регулируя индивидуальное поведение сотрудника.

Разнообразные по форме и тяжести психо-невротические расстройства, как следствие чрезвычайной психогении с угрозой для жизни, наблюдаются в настоящее время и в России. Из всех обследованных нами больных 13% составляют сотрудники органов внутренних дел, воевавшие в Чечне, а также продолжающие служить там после выписки из главного госпиталя МВД. По нашим наблюдениям за ветеранами Чеченской войны было обнаружено, что чем дольше они испытывали психоэмоциональные нагрузки и чем интенсивнее было воздействие психогенного фактора реальной угрозы, тем более тяжелые последствия для психического состояния у них обнаруживались. Даже через 4 – 5 месяцев после завершения боевых действий у ветеранов отмечался значительный уровень нервно-эмоционального напряжения и тревоги. У этих же ветеранов Чеченской войны в зависимости от преморбидных особенностей личности отмечаются разнообразные реакции на стресс. Проявления постстрессового расстройства носят затяжной характер, в среднем 2 – 6 месяца после воздействия психотравмирующей ситуации. Также нами замечено, что у большинства ветеранов психоневротические расстройства могут маскироваться соматическими заболеваниями (кардиопатии, миокардиодистрофия, ИБС, гипертоническая болезнь, болезнь желудка и 12-ти перстной кишки, хр.гастрит, гепатит, головокруже-

¹ Врач-психиатр, психотерапевт, канд. мед. наук, член Правления Межрегионального Московского объединения психотерапевтов, психологов и социальных работников; участник оказания медицинской помощи жертвам террористических актов, чрезвычайных ситуаций в г. Москве, Беслане, Перми.

ния, невралгии, расстройства сна, головные боли, тошнота, рвота, урологические проявления, сексуальные дисфункции и др.). Типичными являются психические расстройства пограничного уровня — невротические реакции, неврозы, психопатоподобное поведение, депрессивно-тревожные состояния вплоть до суицидальных тенденций. В ряде случаев в отдаленных периодах манифестируют и эндогенные заболевания. При наличии сочетания острой психогении с черепномозговыми травмами или их последствиями наблюдаются эпилептические состояния с мнестико-интеллектуальными расстройствами разной степени выраженности. В зависимости от конституциональных и психопатологически-личностных показателей постстрессовые расстройства имеют свои особенности. Так, для стеничных, гипертимных личностей характерна тенденция после психотравмы к преодолению стресса, высокая степень компенсации. Астенические личности (психастеники, ананкасты, сензитивные шизоиды) отличаются длительной пролонгированной реакцией на стресс, невысоким уровнем жизненной компенсации. Для личностей истерического типа характерны психопатоподобные реакции, чаще возбудимого типа со склонностью к злоупотреблению алкоголем, наркотиками, с низкой социальной адаптацией, стремлением вновь пережить стрессовую ситуацию. На возникновение психических расстройств, на наш взгляд, влияют и такие преморбидные особенности личности, как нервно-психическая неустойчивость, слабость адаптивных способностей к непривычным климатическим условиям и к военной службе вообще, а также психотравмирующий фактор ранения. Пребывание военнослужащих в разных экстремальных, в т.ч. — боевых условиях неизбежно приводит к глубоким эмоционально-психическим переживаниям, несмотря на активную работу психологов. Это проявляется не всегда сразу, а чаще в отдаленном периоде, особенно если отсутствует необходимая врачебная психотерапевтическая-психиатрическая помощь, которая может быть необходима как до стресса, так и во время и после психогенной ситуации.

Для многих участников боевых действий долгожданное возвращение к мирной жизни становится более тяжелым событием, чем существование “внутри войны”. В условиях смертельной опасности у людей меняется восприятие мира, чувства, поведение. Выжившие в войне несут в себе систему боевых рефлексов, выработанных в результате столкновения с запредельными опасными стимулами. Целый ряд боевых рефлексов вырабатывается специально при подготовке новобранцев для облегчения их адаптации в бою. Так военнослужащих обучают отвечать на возникновение страха агрессивным поведением. Данный навык автоматизируется.

Наши данные подтверждают мнение, что травматический опыт, сопряженный с интенсивными эмоциями, становится источником развития посттравматических расстройств. ПТСР является следствием

травмирующего воздействия на психику человека различных стрессогенных факторов, выходящих за рамки обычного человеческого опыта.

В ситуациях длительного психического напряжения решающее значение имеют факторы утомления адаптационных систем организма, при которых сотруднику необходимо сдерживать себя, тем более на фоне повышенной физической активности, отрицательного напряженно-эмоционального уровня (гнев, ненависть, злоба, ярость, негодование).

В экстремальных условиях каждый сотрудник спецподразделения испытывает эмоциональное напряжение, как состояние активной готовности к выполнению боевого задания в условиях экстремальной ситуации, к которой он готов всегда, в том числе и на протяжении длительной напряженной ситуации. Но как показывают наблюдения, в том числе и из личного опыта, перенесенные психотравмирующие воздействия, а тем более следующие один за другим, вызванные участием в чрезвычайных ситуациях, в боевых операциях, во многих случаях не проходят бесследно для психического состояния участников. В условиях смертельной опасности у людей меняется восприятие мира, чувства, поведение.

Анализ изменений психологических особенностей личности в процессе адаптации к экстремальным условиям деятельности и воздействию психогенных факторов витальной угрозы свидетельствует о том, что изменение структуры психологических характеристик в основном носит негативный характер. При этом, чем больше длительность психоэмоциональных нагрузок и более интенсивно воздействие психогенных факторов реальной угрозы, тем тяжелее последствия для психического состояния военнослужащих. У подавляющего большинства из них уровень удовлетворительной адаптированности к воздействию факторов реальной витальной угрозы не достигается, а эффективность деятельности в подобных условиях определяется уровнем психических и физиологических резервов. Следовательно, “ценой” эффективности военно-профессиональной деятельности в экстремальных условиях является истощение функциональных резервов организма. Возникают также разнообразные астено-невротические состояния, значительная астенизация и психопатизация личности. Наблюдается постепенное развитие синдрома выгорания который охватывает и эмоциональную, и физическую структуры организма. Его составной частью и закономерным следствием является личностная, профессиональная, дезорганизуемая деформация участника боевых действий.

Частым проявлением нарастающих личностных изменений является появление в характере, стереотипе человека, в прошлом (до его столкновения с чрезвычайными психотравмирующими ситуациями) уверенного, целеустремленного, знающего себе цену, неуверенности в себе, завтрашнем дне, снижение социальной значимости, сужение круга общения вплоть до аутизации. Эти характерологические изменения обу-

словлены и сопровождаются аффективно-депрессивными проявлениями разной степени тяжести. Указанные эмоциональные нарушения достигают нередко у ветеранов боевого стресса завершающих суицидальных попыток, а также проявляются в возникновении алкогольной зависимости, различных асоциальных и антисоциальных проявлений.

Депрессивные расстройства обусловлены патологическим функционированием структур мозга, в частности лимбико-таламической и гипоталамо-гипофизарной. При этом лимбическая система является основным координатором, образующим интегративную цепь, через которую кортикальные центры регуляции эмоций посылают импульсы к гипоталамусу, а гипоталамические импульсы передаются гиппокампу. Дисфункция ретикулярной формации, как активирующей системы мозга, вызывает “энергетический дефект”, снижение “биотонуса” мозговых механизмов, регулирующих настроение.

Одним из ведущих нейрохимических механизмов формирования депрессивно-тревожных расстройств, обуславливающих снижение поведенческой, характерологической, профессиональной, социальной адаптации, является истощение катехоламиновой системы и связанное с этим повышение секреции кортизола. Психогенный стресс повышает уровень кортизола в крови, который стимулирует гибель клеток гиппокампа, что в свою очередь провоцирует развитие гипотимических расстройств. Кроме того, формирование аффективных расстройств обусловлено дисбалансом (гипо-, гипер-, дисфункция) взаимодействия между норадренергической, серотонинергической, а также пептидергической системами.

Начало нарушения механизмов психической регуляции в условиях военных, чрезвычайных ситуаций происходит на этапе их непосредственного осуществления. Основное негативное психическое состояние у участников боевых действий отмечается после снижения интенсивности действий или их прекращения.

Особенно это заметно на отдаленных этапах экстремальной ситуации, когда снижается эмоциональная устойчивость, возрастают тревожность, психическое напряжение, появляются так называемые посттравматические стрессовые расстройства, возникающие как следствие психической травмы и проявляющиеся в виде следующих состояний:

1. Упорное повторение травматического события в виде периодически повторяющихся воспоминаний, образов, мыслей; в ощущении, что травматическое событие возвращается, как будто наяву, что в свою очередь может вызвать агрессию человека на словесном и физическом уровне. Навязчивые образы возникают непроизвольно, из подсознания. Возникает обостренное чувство незащищенности, беспокойства и ощущение невозможности управлять своим психическим состоянием.

2. Избегание ситуаций, ассоциированных с травмой: людей, разговоров, связанных с травматическим

событием. Ощущение укороченной перспективы будущего, отделенности или эмоционального отчуждения от других людей; снижение интереса к участию в когда-то вызывавших удовольствие видах деятельности (спорт, спортивные игры, книги, общение); отчуждение от семьи и боевых товарищей, эмоциональная холодность, снижение либидо; различные навязчивые страхи (например, социофобия — страх перед скоплением людей, навязчивый страх возникновения страхов — фобия и др.); снижение или неспособность испытать чувство любви. Обнаруживается психогенная амнезия (неспособность вспомнить важные эпизоды психотравмирующего события). Отмечаются случаи “вины выжившего” — чувство вины из-за того, что выжил в то время, как товарищи погибли. Отмечаются приступы самоуничижения.

3. Постоянная повышенная возбудимость, проявляющаяся в нарушении сна, раздражительности или вспышках гнева, трудности сосредоточения, чрезмерной настороженности, повышенной реакции вздрагивания. При малейшей неожиданности срабатывают “боевые рефлексы”.

Среди участников экстремальных боевых ситуаций долгожданное возвращение к мирной жизни становится более тяжелым событием, чем существование во время операции. В условиях смертельной опасности у людей меняется восприятие мира, чувства, поведение. Выжившие в боевой операции несут в себе систему боевых рефлексов, выработанных в результате столкновения с запредельными опасными стимулами.

У большинства ветеранов в отдаленных периодах после ЧС психоневротические расстройства могут маскироваться соматическими заболеваниями (кардиопатии, миокардиодистрофия, ИБС, гипертоническая болезнь, болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, хронический гастрит, гепатит, головокружения, невралгии, расстройства сна, головные боли, тошнота, рвота, урологические проявления, сексуальные дисфункции и др.). Типичными являются психические расстройства пограничного уровня — невротические реакции, неврозы, психопатоподобное поведение, депрессивно-тревожные состояния вплоть до суицидальных тенденций. В ряде случаев в отдаленных периодах манифестируют и эндогенные заболевания (шизофрения, маниакально-депрессивный психоз, циклотимия).

С целью предотвращения, снижения случаев возникновения указанных серьезных психо-невротических расстройств у сотрудников спецподразделений к их подготовке к будущей опасной работе необходимо активно привлекать не только психологов, но и врачей психотерапевтов с психиатрическим опытом работы.

Психиатр имеет дело в основном с пограничными или психотическими состояниями больного и использует в своей работе чаще всего психотропные средства для ликвидации психического расстройства, не мобилизуя внутренние резервные возможности пациента. Психотерапевт-психиатр без использования психо-

тропных средств может заранее подготовить сотрудника избежать по возможности мешающую работе реакцию при столкновении с внешней причиной, опасной для жизни сотрудника. Психотерапевт обязан предусмотреть у человека ранние или поздние эмоционально-психические последствия какой-либо стрессовой ситуации. Это возможно за счет знаний врача о наличии множества глубоко заложенных в личности резервных возможностей, которые врач с помощью адекватно подобранных психотерапевтических методик помогает выявить, а затем использовать с целью предупреждения каких-либо внешних, внутренних конфликтов, нервно-психических расстройств. Эти же методики, множество раз отработанные в спокойных ситуациях как с участием специалиста, так и самостоятельно, помогут сотруднику при использовании их в экстремальных ситуациях лучше справиться с той или иной эмоциональной нагрузкой, принять правильное решение в боевой обстановке. При необходимости (острые эмоциональные панические, тревожно-депрессивные, шоковые, истерические и другие ситуационно обусловленные расстройства) психотерапевт адекватно состоянию использует и психофармакологические средства, но обязательно (при отсутствии противопоказаний) применяет их одновременно с психотерапевтическими мероприятиями. Последние продолжают использоваться после окончания лекарственного лечения уже как ведущий метод терапии, направленный на появление и закрепление состояния уверенности сотрудника в себе.

Использование психотерапевтических, психологических мероприятий помогает участнику экстремальных событий легче переносить психофизические последствия событий или полностью предусмотреть их появление.

Существуют разные психотерапевтические приемы, помогающие человеку, оказавшемуся в стрессовой ситуации и после нее, облегчить свое напряженное эмоционально-физическое состояние и предотвратить (снизить) последствия стресса. Особенно важно, если во время подготовки к столкновению с чрезвычайными ситуациями сотрудник систематически занимался психорегуляцией как с врачом, так и самостоятельно.

Эмоционально-волевая устойчивость может рассматриваться как один из важнейших показателей психологической подготовленности сотрудников к профессиональной деятельности. Под ней понимается способность сохранять в сложных условиях благоприятное для успешной работы психическое состояние. Эмоционально-волевая устойчивость проявляется в следующих показателях:

– отсутствие у сотрудника в экстремальных ситуациях психологических реакций, снижающих эффективность действий и порождающих неточности, промахи, ошибки;

– натренированность в безукоризненном выполнении профессиональных действий в психологически сложных условиях;

– умение сохранять профессиональную бдительность, проявлять разумную настороженность и внимание к риску, опасности, неожиданностям;

– умение вести напряженную психологическую борьбу с лицами, противодействующими предупреждению преступлений;

– умение владеть собой в психологически напряженных, конфликтных, провоцирующих ситуациях.

Для соответствующих тренировок могут использоваться следующие релаксационные методы, включающие в себя и дыхательные упражнения.

Прогрессирующая релаксация. Сотрудник располагается в удобной позе — сидя на стуле, в кресле, руки на коленях, предплечьях, стопы плотно соприкасаются с полом, колени несколько под тупым углом, голова удобно соприкасается со спинкой кресла или опущена вперед и вниз, при возможности поза лежа, ноги при этом несколько расставлены (под коленями может быть валик), глаза закрыты. Дыхание выравнивается, успокаивается. Вкратце предварительно дается информация о методе лечения, который будет проводиться. По команде специалиста сотрудник делает глубокий короткий вдох, а на последующем медленном (в 2 – 2,5 – 3 раза дольше вдоха) глубоком выдохе врач говорит, что снимается напряжение с мышц головы. Сотрудник вслед за врачом про себя мысленно проговаривает эту фразу. Затем снова глубокий короткий вдох с последующим глубоким медленным выдохом и снятием напряжения с мышц лица. И на каждом последующем выдохе снимается напряжение последовательно сверху вниз по всему телу. После проведенного сеанса предлагается открыть глаза и дать вслух обратную реакцию — сообщить о своих ощущениях. Этот метод, также как и другие психотерапевтические мероприятия, используется и с профилактической целью — для предотвращения или снижения остроты возможных постстрессовых психофизических расстройств в случае столкновения сотрудников с чрезвычайными, стрессовыми ситуациями.

Дыхание как средство саморегуляции. Умение правильно дышать является основой успеха в овладении методами саморегуляции, в том числе и в ситуациях, когда сотруднику необходимо мгновенно взять себя в руки, успокоиться или поднять свой тонус. Положительно в практике показывает себя прием — *дыхание на счет*. Необходимо дышать на счет. Когда необходимо успокоиться, на счет 1, 2, 3, 4 делается вдох, потом на счет 1, 2, 3, 4 — выдох, затем на 1, 2, 3, 4, 5 — вдох, 1, 2, 3, 4, 5 — выдох и так вдох и выдох удлиняются до 12. Происходит искусственная задержка дыхания, что непроизвольно приводит к определенному снятию эмоционального напряжения. Для поднятия тонуса и активизации вдохи и выдохи начинают с 12 и

постепенно укорачивают до 4. Дыхание учащается, напряжение возрастает.

Задержка дыхания. Для снятия острого нервного напряжения делается глубокий вдох и дыхание задерживается на 20 – 30 секунд. Следующий за этим выдох и последующий повторный глубокий компенсаторный вдох будут способствовать стабилизации состояния.

Умение представить себя камнем, которому, в какой бы ситуации он не находился, всегда безразлично, что вокруг него происходит. Необходимо с закрытыми глазами молча представить себя камнем и спокойно созерцать это свое состояние. Упражнение дает возможность сотруднику из тревожного состояния перейти в более уравновешенное, спокойное с целью выхода из сложившейся особой ситуации.

Использование самоприказов. Дисциплинированный сотрудник может хорошо управлять собою с помощью внутренних самоприказов типа: “Надо!”, “Смелее!”, “Терпи!”, “Работай!”, “Вперед!” и т.п. Важно систематически тренировать преодоление себя с таким дополнительным самоприказом. В конечном итоге вырабатывается своего рода органическая связь между внутренней речью и действием. Самоприказ при этом обретает дополнительную силу, становится пусковым стимулом. Удобно объединяются самоприказы с формулами самоубеждения. Например: “Я ничего не боюсь! Вперед!” Или “Я справлюсь с этой задачей! Смелее!”.

Перечислю также психотерапевтические приемы, приведшие к немалым позитивным результатам в психо-соматическом, эмоциональном состоянии у жертв чрезвычайных состояний, которые использовал в своей практике, работая в местах после ЧС (терракты в Москве в 2004 г. — аквапарк, метро “Автозаводская”, “Рижская”, в Беслане — в командировках почти сразу после теракта и через 5 месяцев после психотравмы, работа с жертвами после пожара в г. Перми в 2009 году, взрывов в м. “Лубянка” и “Парк Культуры” в Москве в 2010 г.): аутогенная тренировка по Джекобсону, ускоренная прогрессирующая релаксация, самогипноз, гипноз, аутогенная тренировка по Мюллеру -Хаггеману, индивидуальная и групповая психотерапия, терапия творческим самовыражением, музыкальная терапия и другие. В частности, в своей практике при работе с людьми, побывавшими в горячих точках, мы отметили достаточно неплохие результаты при использовании ускоренной прогрессирующей релаксации, о технике которой сказано выше. При использовании этой методики в группе — от 2 – 3-х человек до 6 – 15, позитивные результаты психотерапевтического лечения отмечаются чаще, чем при использовании индивидуальной психотерапии, в связи с повышением внушаемости пациента в группе, взаимным индустрированием пациентов.

В начале обучения любому методу, тем более при самостоятельном его повторении, это будет занимать немало времени. Необходима систематическая, регулярная тренировка в самых разных условиях, позах, —

так же как спортсмен шлифует каждый прием для получения успеха в поединке с соперником.

Многие методы основаны в т.ч. и на знании анатомии мышечной системы, так как стрессовые и постстрессовые эмоциональные расстройства сопровождаются сокращением определенных мышечных групп, которые необходимо расслабить, чтобы редуцировать аффективные отклонения. Психотерапевт, как врач, обладает знаниями анатомии и может использовать психотерапевтические методы, как с профилактической целью, так и с лечебной. Существуют и другие методики релаксационно-суггестивного характера, которые, при использовании их с участием врача или самостоятельно, помогают военнослужащим и сотрудникам милиции за счет снижения мышечного тонуса добиться снятия эмоционального напряжения и получить после этого лучший результат при нахождении в стрессовой ситуации или постстрессовом периоде.

Психотерапевтическая работа врача с сотрудниками обязательно должна сочетаться с самостоятельными занятиями каждого сотрудника дома, на работе, в разных житейских ситуациях (после сна, перед сном, м.б. даже и в вертикальном положении, в общественном транспорте, за столом, уединившись, или при наличии каких-либо раздражающих факторов, и т.д.) — для закрепления полученного материала при работе с врачом. В дальнейшем теоретические знания методов и правильное практическое их использование дадут возможность сотруднику увереннее и быстрее найти рациональный выход в сложной стрессовой, конфликтной ситуации, нередко связанной с его жизнью.

Знаниями психотерапевтических методик должны владеть не только врачи психотерапевты, но и сотрудники органов внутренних дел, спецподразделений, сначала под пристальным руководством врачей-психотерапевтов, а потом — самостоятельно и в первую очередь — руководители подразделений, отделов. Последние организуют и контролируют усвоение практических знаний своих подчиненных по саморегуляции. Методы саморегуляции являются глубокой профилактической основой нервно-психического здоровья человека, действуют через гармоничное взаимодействие сознания с бессознательным, т.е. с множественными ресурсными возможностями личности, о которых мы на сегодняшний день часто и не догадываемся.

В России много внимания военнослужащим уделяется со стороны психологической службы, которая имеется почти в каждом подразделении, учреждении. Но встает вопрос: “Почему же одновременно у данного контингента постоянно существует и не снижается проблема деформации личности, в том числе и профессиональной?”. Даже у опытных людей в погонах имеются вопиющие поведенческие отклонения, когда сотрудник или совершает суицидальную попытку, или представляет опасность для своих коллег или мирных граждан. Можно назвать и ряд других проблем. Но главный ответ, на мой взгляд один — крайне

недостаточная психологическая подготовка защитников мирных граждан, фактически полное отсутствие профессионального внимания к ним со стороны врачей-психотерапевтов, знающих предполагаемые постстрессовые заболевания, умеющие их не только лечить, но и умело методично предупреждать. Но не врачи в этом виновны. Можно констатировать отсутствие необходимой организации правильного, грамотного взаимодействия психотерапевтов и военнослужащих, отсутствие у руководства понимания необходимости взаимодействия с психотерапевтической службой. Когда человек заболел каким-либо нервным расстройством, он обращается к врачу, в том числе и к психиатру, получает медикаментозное лечение. Но ведь главная и наипервейшая заповедь врача — предупредить недуг, в том числе после выхода сотрудника из боевого стресса.

Для сравнения: с 18 июля 2007 года американская армия решила научить всех своих солдат распознавать симптомы травм головного мозга и посттравматического стрессового расстройства, а также не стесняться обращаться за медицинской помощью при этих заболеваниях. Обучение сначала проходят командиры, которые затем передают полученные теоретически-практические знания своим подчиненным. Такая программа укрепляет у солдат веру в себя и в командование, повышает боеготовность личного состава.

Имеется специальный полевой устав FM26-2, “Меры по предупреждению боевой психической травмы при боевых действиях”. Аналогичные документы разработаны в полиции США, Австралии, Новой Зеландии, многих странах Америки и Западной Европы. Как видно, значимость проблемы профессионального травматического стресса понимается не только полицейскими и военными психологами и клиницистами, но и **управленческим аппаратом**, который выступает инициатором или поддерживает разработку специальных программ.

Отсутствие в России должного взаимодействия военнослужащих с профилактической, методической, систематизированной работой психотерапевтической службы — одна из основных причин разнообразных психосоматических заболеваний у сотрудников, преждевременной летальности, текучести кадров, низкого социально-личностного профессионального уровня, внутренних и внешних конфликтов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеев А. В. Система АГИМ (ауто-, гипно-, идеомоторика). М., 1995.
2. Аппелянский А. И., Бойко Ю. П., Кыров Н. Е. Монография “Стресс и постстрессовые расстройства личности и общество”, 2008 г.

3. Боев И. В. Жертвы терроризма. Ставрополь, 2003 г.
4. Брайан М., Питер Т. Самогипноз. Руководство по изменению себя. М., 2006.
5. Бурно М. Е. Терапия творческим самовыражением. М., 2006.
6. Гордеев М. Н., Ештушенко В. Г. Техника гипноза. М., 2003 г.
7. Коханов В. П., Краснов В. Н. Психиатрия катастроф. М., 2008.
8. Лобзин В. С., Решетников М. М. Аутогенная тренировка. Л., 1986.
9. Макаров В. В. Психотерапия нового века.
10. Мосолов С. Н. Обсессивно-компульсивное расстройство. М., 2005.
11. Пилягина Г. Я. Депрессивные нарушения. Ж-л практического лекаря. 2003, № 1, стр. 40 – 49.
12. Соколов Е. Ю. Метод последовательной релаксации в сочетании с медикаментозной терапией при оказании помощи родственникам погибших во время ЧС в Москве в феврале 2004 г.. М-лы 2й Всероссийской общественной профессиональной медицинской психотерапевтической конференции. М., 19 мая 2004 г., стр. 124 – 125.
13. Соколов Е. Ю. Психотерапевтическая помощь жертвам террористического акта в г. Беслане 1 – 3 сентября 2004 г. Ж-л “Социальная и клиническая психиатрия”, 2005 г., № 3, стр. 61 – 62.
14. Соколов Е. Ю. Психотерапия детей -жертв террористического акта в г Беслане в отдаленном периоде. Ж-л “Психотерапия”, 2006 г., № 9, стр. 38 – 45.
15. Соколов Е. Ю. 25 способов сбросить нервы. Газета “Щит и меч”, № 47 от 14.12.06.
16. Соколов Е. Ю. Проведение психотренингов с психологами органов внутренних дел, выезжающих в командировку на Северный Кавказ 1.06.07. и 29.11.07.
17. Соколов Е. Ю. Научись быть камнем. Ж-л “Братишка”, 2007 г., № 7, стр. 61.
18. Соколов Е. Ю. Стресс и как с ним бороться. Ж-л “Вопросы психологии экстремальных ситуаций”, 2007 г., № 2, стр. 60 – 64.
19. Соколов Е. Ю. Выступление перед руководителями отделений ГУ Центральной поликлиники МВД России с лекцией “О необходимости участия психотерапевтической службы в психическом состоянии сотрудников МВД России” 23.10.08.
20. Соколов Е. Ю. Психотерапевтическая служба в профилактике постстрессовых состояний у сотрудников МВД РФ. Выступление и тезисы научно-практической конференции “Актуальные проблемы оказания психиатрической помощи в северно-западном регионе РФ”, С-ОП, 13-14.11.08, стр. 22 – 23.
21. Соколов Е. Ю. Психологическое обеспечение профессиональной деятельности сотрудников транспортной милиции МВД РФ. Ж-л “Правопорядок на транспорте”, 2008 г., № 12, стр. 28.
22. Соколов Е. Ю. Выступления перед сотрудниками Департамента транспортной милиции МВД РФ на темы “Суицидальные тенденции у сотрудников ОВД РФ и практические навыки по предупреждению суицидальных тенденций” 11.06.09, “Профессиональная деформация личности сотрудников ОВД РФ” 5.11.09.
23. Тукаев Р. Д. Методические и организационные вопросы оказания первой помощи родственникам погибших в терактах и техногенных катастрофах общественной профессиональной медицинской психотерапевтической конференции. М., 19 мая 2004 г., стр. 101 – 104.
24. Тукаев Р. Д. Психотерапия: структура и механизмы. М., 2003.
25. Уфимцев В. Искусство самовнушения спецслужб. Минск, 2008.
26. Ястребов В. С. Терроризм и психическое здоровье. Ж-л “Неврология и психиатрия им С. С. Корсакова”, 2004. Т. 104, стр. 4 – 8.

Зачем психиатрам психоаналитическая интерпретация пристрастия к азартным играм?

Статья Д. Автономова “О психоаналитическом описании этиологии, патогенеза и клинической картины зависимости от азартных игр” во многом знаменательна¹. Во-первых, она продолжает традицию психоаналитической интерпретации азартного расстройства. Во-вторых, в ней находят выражение непрекращающиеся попытки дополнить клинико-описательную характеристику психических расстройств динамическим пониманием причин их возникновения и течения. Тем самым тема рассуждений выводится на новый уровень, затрагивающий различные аспекты психопатологии как научного метода.

Итак, возможно ли при помощи психоанализа исследовать этиологию, патогенез и клиническую картину патологической склонности к азартным играм? Представляет ли психоанализ такие возможности? Ответ на эти вопросы зависит от того, как понимать этиологию и патогенез, и в чем суть психоаналитического подхода. Если понимать под психоанализом попытки априорного теоретизирования и догматического следования установленным З. Фрейдом принципам интерпретации высказываний пациента, то вряд ли. Если же рассматривать психодинамику как самостоятельный вариант психопатологического метода, нацеленный на понимание, толкование и установление причинно-следственных взаимосвязей между субъективными переживаниями пациента, его поведением, психологическим развитием и взаимодействием интрапсихических сил, то такая постановка вопроса оказывается оправданной. Как видно, из рассматриваемой работы, Д. Автономов в основном придерживается именно такой позиции, что позволяет перейти к рассмотрению его работы по существу.

Автором выделяется два психодинамических подхода к рассмотрению азартного расстройства. Первый из них основан на том, что данное расстройство тесно связано с поиском удовольствия, которое дос-

тигается через психологическую регрессию к онтогенетически ранним формам поведения. Названный подход исходит из положений классической фрейдовской психологии драйвов и рассматривает азартное расстройство как трансформированный мастурбационный психопатологический стереотип. В рамках указанного подхода сложный паттерн действий и переживаний пациента сводится к циклу взаимосвязанных незрелых побуждений и эмоциональных реакций, выражающихся стремлением к удовольствию, нарушению запретов, переживанию вины и самонаказанию. Говоря другими словами, согласно этой точке зрения, участие в азартных играх активирует те психологические механизмы, которые сопровождают становление аутоэротической активности, однако в силу их недоступности сознательному контролю, становятся автономными, неуправляемыми и приобретают разрушительный характер.

Второй психодинамический подход, на который обращает внимание автор, связывает азартное расстройство с механизмами защиты “Я” от невыносимых аффектов, побуждений и переживаний. Этот подход лежит в русле эго-психологии и, отчасти, теории объектных отношений, рассматривающих формирование автономной зрелой личности через призму процессов сепарации и индивидуации. Патологическая вовлеченность в азартные игры в русле второго подхода интерпретируется автором как попытка “самолечения” (а точнее — бегства от реальности) путем погружения в мир иллюзорных фантазий и реакций гиперкомпенсации. При таком рассмотрении участие в азартных играх, также как в рамках классической психоаналитической модели, инициирует автоматизированные психологические процессы. Однако последние отождествляются не столько с ищущими выхода драйвами, сколько с недостаточной эффективностью и незрелостью механизмов совладания с фрустрацией.

Таким образом, что же дает психоаналитическая интерпретация болезненных проявлений азартного расстройства, которую представляет автор рассматриваемой статьи? При дословном прочтении — чисто спекулятивную трактовку аномальных форм поведения с позиций “пансексуализма”, которая в лучшем случае может шокировать пациента и его близких. Вместе с тем, эта интерпретация может интенсифицировать процессы переноса, причем, не в последнюю

¹ В двух официальных изданиях МКБ-10 на русском языке для обозначения патологического пристрастия к азартным играм предложены два разных названия. Оба из них “патологическая склонность к азартным играм” и “патологическое влечение к азартным играм” имеют серьезные недостатки. Эти недостатки отсутствуют у термина “азартное расстройство”, который и этимологически, и по содержанию наиболее полно отражает клиническую сущность данного заболевания.

очередь, за счет контр-переноса, что, в конечном счете, способствует повышению терапевтической эффективности психоанализа.

Если же отвлечься от упрощенного понимания, то за выделяемыми автором психодинамическими процессами можно разглядеть контуры автоматизированных психологических механизмов и интрапсихических структур, определяющих поведение человека в “обыденной жизни”. Именно к ним обращается традиционная психодинамическая интерпретация психологических феноменов, связывая их с воплощением преформированных или возникших в ранние периоды индивидуального развития циклических стереотипов смены побудительных, энергизирующих, оценивающих и результирующих процессов. В этом смысле динамическое понимание психических процессов вошло в современный научный контекст психопатологических исследований, что находит свое отражение в понятиях структуры, динамики, конфликта, адаптации и целом ряде других. В связи с этим, предложение Д. Автономова рассмотреть клинику пристрастия к азартным играм с позиций теории драйвов и концепции защит личности воспринимается несколько запоздавшим, поскольку развитие клинической психопатологии заметно ушло вперед. Это предложение может представлять научно-исторический интерес, а также дать пищу для методологического анализа современного состояния научной психопатологии, но для клинической практики оно выглядит малопродуктивным.

Более того, наиболее важные моменты психодинамического понимания азартного расстройства, к сожалению, оказались вне фокуса рассматриваемой работы. Имеется в виду прослеживаемая в психодинамике взаимосвязь азартного возбуждения с проблемой единства и константности самосознания. Хотя эта проблема впервые была поднята в работах П. Жанэ, она отчетливо выступает в воззрениях поздних теоретиков психоанализа — Д. Винникота, О. Кернберга, Х. Кохута и других.

Смещение акцента с проблемы влечений и защит на проблему самосознания закономерно, поскольку оно открывает возможность для интеграции психодинамических концепций с идеями когнитивной и социальной психологии, а также позволяет более четко определить место психоаналитических подходов в клинической практике. Применительно к изучению патологической вовлеченности в азартные игры это открывает возможность не только изучать направленность и особенности данного пристрастия, но и описывать порождающие его механизмы в адекватных научных терминах, свободных от мифологической составляющей.

В этой связи хотелось бы обратить внимание на клинически отчетливые феномены трансформации “Я”, которые с постоянством возникают у патологических игроков в процессе игры. С клинической точ-

ки зрения эти феномены фактически представляют собой транзиторные диссоциативные состояния, проявления которых аналогичны диссоциативным расстройствам идентичности, амнезиям, fugam, деперсонализации, абсорбции, а также овладевающим представлениям. В то же время их психодинамическая интерпретация может производиться по-разному: в ключе теории психической диссоциации, переходных объектов и феноменов, представлений о границах и расщеплении “Я”, а также регрессии и искажений “Я”-концепции.

Психодинамический подход подразумевает, что важнейшей функцией этих состояний является отказ от прежнего проблемного “Я”, которое сопровождается облегчающим “растворением” присущих ему интраперсональных конфликтов. Одновременно с этим во многих (но не во всех) случаях у азартного игрока происходит обретение нового — иллюзорного “Я”. Это новое “Я” неосознанно наделяется качествами, которые позволяют преодолевать (или игнорировать) психологические конфликты, присущие реальной личности. Стремление к обретению указанного иллюзорного могущественного “Я”, либо простой отказ от собственного “Я” и составляет бессознательную основу влечения к азартным играм.

Такова вкратце психодинамическая концепция азартного расстройства, которую можно обозначить с учетом высказываний по данной проблеме целой плеяды психологов и психиатров, занимавшихся разработкой этой проблемы во второй половине XX века [D. F. Jacobs, R. J. Rosenthal, L. J. Ruggle, W. Stekel, H. J. Shaffer и другие].

При этом важно подчеркнуть, что переформулирование проблемы пристрастия к азартным играм в терминах дисфункционального самосознания позволяет исследователям выйти за рамки традиционного психоаналитического мировоззрения с его жесткой фиксацией на влечениях и детско-родительских связях. Тем самым открывается путь к интеграции психодинамических подходов с когнитивной и социальной психологией. Кроме того, это дает возможность по-новому осмыслить психобиологические соотношения при состояниях, характеризующихся наличием психологической зависимости.

Происходящая в этой сфере смена парадигм обусловлена тем, что традиционные, идущие от Э. Крепелина, представления об алкоголизме и других зависимостях как хронических интоксикациях или экзогенно-органических психических заболеваниях, оказались недостаточными. Не вполне адекватными для понимания природы этих состояний являются и попытки сведения их к простым реакциям бегства от реальности либо к своеобразным копингам, направленным на компенсацию психического состояния или “самолечение”. Более подходящим для научной квалификации как химических, так и поведенческих зависимостей представляется сформулированное

П. Б. Ганнушкиным понятие о патологических развитиях личности. Причем специфика современного понимания таких развитий заключается в том, что их динамика тесно сопряжена с дезадаптирующими когнитивными стилями и изменениями самосознания, что перекликается с идеями глубинной психологии.

В заключение, хотелось бы еще раз подчеркнуть, что появление работ психоаналитической направленности в отечественной психиатрии не случайно. Это не только дань пропущенным ступеням теоретического развития. Интерес к психодинамическому переосмыслению психопатологических процессов свидетельствует о назревшей необходимости изучения не только интрапсихических феноменов в описательном или структурном аспектах, но и интрапсихических механизмов взаимодействия между разными компонентами психики.

Осуществленная в психоанализе попытка объединить понимание и объяснение психопатологических процессов, к сожалению, оказалась недостаточно сбалансированной за счет произошедшего смещения акцентов в сторону умозрительных теоретических построений. Стремление к преодолению такой умозрительности и попытка придать психиатрии форму доказательной научной дисциплины привело к пересмотру представлений о психических заболеваниях и

принципах их систематики. Данное обстоятельство послужило одной из причин декларируемой “атеоретичности” МКБ-10 и взятия на вооружение ее создателями операционального критериального подхода.

Однако уход в другую крайность с возведением в идеал психопатологического исследования эмпирически воспроизводимых, но концептуально несвязанных критериев, также оказался недостаточным. Критериальный подход в психиатрии, который используется в современных классификациях психических расстройств и который опирается исключительно на описательную психопатологию, в значительной степени исчерпал свои возможности. Это следует и из хода обсуждения новых международных классификаций, и из представленного проекта DSM-V.

С учетом сказанного, можно предположить, что выход из переживаемого научной психиатрией методологического кризиса лежит на путях новой интеграции “понимающей” и “объясняющей” моделей психопатологии, сопряженной с глубоким пересмотром ее научных оснований. В связи с этим рассмотрение таких “новых” психопатологических форм, как азартное расстройство, с различных, пусть и спорных, точек зрения может оказаться весьма полезным в методологическом отношении.

**д. м. н. А. Е. Бобров,
зам. д-ра МНИИ психиатрии**

На те же грабли (вторжение психиатров в религиоведение)

И. Я. Кантеров¹

В УПРЯЖКЕ С СЕКТОБОРЦАМИ

За последние два десятилетия доминирующей линией в отечественной психиатрии становится квалификация новых религиозных образований как объединений, индуцирующих психические расстройства и нарушение поведения. Не остаются без внимания изучение взаимоотношения психопатологии и традиционных религиозных верований. Так, Д. Е. Мелехов, исследуя болезнь Н. В. Гоголя, обнаруживает в его религиозных переживаниях “полное господство

бреда греховности, самоуничтожения, потери веры в возможность прощения” (1). И все же, когда речь заходит о психических расстройствах, вызванных религиозно-мистическими переживаниями, в качестве основной причины таких расстройств чаще всего называется деятельность “тоталитарных (деструктивных) сект (культов)”. При этом связь расстройства психики и поведения с практикой традиционных религий признаётся, однако в общем массиве многочисленных описаний клинических вариантов психических заболеваний с религиозной фабулой, православие и ислам встречаются весьма редко. Зато когда речь заходит о таких явлениях, как “культовая травма”, манипуляциях, приводимых к изменению сознания, то всегда источниками разрушительного воздействия на психику называются деструктивные (тоталитарные) культы.

¹ Доктор философских наук, профессор МГУ имени М. В. Ломоносова, 1998 – 2009 — заместитель председателя Экспертного совета по проведению государственной религиоведческой экспертизы при Министерстве юстиции РФ.

Основной причиной подобной однобокости является игнорирование результатов исследований авторитетными зарубежными и отечественными учёными природы новых религиозных движений (НРД), нередко именуемых “тоталитарными культурами”, “деструктивными сектами”. Автору настоящей заметки уже приходилось высказываться о статье П. И. Сидорова в “Российском психиатрическом журнале” “Психический терроризм — нелетальное оружие массового поражения” (2). Было отмечено произвольное конструирование автором типологизации религиозных объединений, в которой отсутствуют устойчивые отличительные признаки принадлежности религиозного образования к “тоталитарному культу”. Обращалось внимание и на слепое заимствование методологии и понятийного ряда трактовок НРД исключительно из антикультистских изданий, получивших убедительные негативные оценки представителей научного религиоведения, в том числе и некоторых авторитетных православных сектоведов.

К сожалению, утвердившиеся стереотипы и мифологемы о новых религиозных движениях продолжают воспроизводиться и распространяться в публикациях российских психиатров. Поскольку более трех десятилетий я занимаюсь исследованием феномена новых религиозных образований и на протяжении 11 лет был заместителем председателя Экспертного совета для проведения государственной религиоведческой экспертизы, такие публикации вызывают у меня профессиональный интерес. Он обусловлен и тем обстоятельством, что, являясь психиатрами, авторы материалов на “сектантские темы”, широко используют религиоведческие термины, смело включаются в обсуждение сложных проблем теоретического и практического религиоведения, государственно-конфессиональных отношений. Отметим ещё раз во избежание возможных кривотолков: само по себе применение психиатрами методологии и понятий религиоведения не может вызывать никаких нареканий, поскольку междисциплинарные исследования помогают избежать односторонности, расширяют горизонты представлений об объекте изучения. **Возражения вызывает некорректное использование религиоведческой проблематики для обоснования вывода о том, что все новые религиозные образования, именуемые “тоталитарными культурами”, непременно практикуют “психический терроризм”, “манипуляции сознанием”, “промывание мозгов”.**

Этот методологический огрех, влекущий за собой вереницу ложных трактовок природы НРД, свойственных для данного феномена приёмов миссионерства, внутреннего устройства, разделяет автор раздела 1.7. “Психический терроризм и манипулирование личностью”, содержащегося в коллективной монографии “Психология катастроф” (3). Хотя во введении книги и не указаны авторы глав и разделов, всё же внимательное прочтение содержания фрагмента

“Психический терроризм и манипулирование личностью” со всей определенностью позволяет сделать вывод о том, что её авторство принадлежит П. И. Сидорову (4). Так, из его статьи пятилетней давности в новый текст перекочёвывает таблица “Рост численности верующих” (и вновь без ссылки на источник). Без изменений воспроизводится ранее сформулированная типологизация религиозных образований, занимающихся психическим терроризмом и манипулированием личностью. При этом основное внимание уделяется тоталитарным сектам, деление которых на группы целиком заимствуется из книги неумолимого

сектоборца А. Л. Дворкина “Сектоведение. Тоталитарные секты. Опыт систематического исследования” (5). И здесь опять отсутствует отсылка к первоисточнику.

В 2007 году в Санкт-Петербурге выходит в свет книга В. Э. Пашковского “Психические расстройства с религиозно-мистическими переживаниями” (6). И хотя по своему образованию и роду занятий автор является психиатром, значительное место в его книге отводится рассмотрению сугубо религиоведческой проблематики, начиная от феноменологии религии, основных характеристик религиозности и кончая тоталитарными культурами. Последним посвящается отдельная глава — “Культурная травма”, в которой рассказывается о деструктивном воздействии на психику сект и культов.

Несмотря на некоторые различия, П. И. Сидоров и В. Э. Пашковский демонстрируют одинаковую приверженность методологии, разработанной зарубежными обличителями новых религиозных движений, а затем взятой на вооружение отечественными сектоведами. Характерная черта такой методологии — отказ от объективного и всестороннего изучения феномена новых религиозных движений. Именно этим можно объяснить отсутствие в обеих публикациях ссылок на труды зарубежных и отечественных религиоведов, многие годы плодотворно изучающих вероучение и практику десятков разновидностей НРД, в том числе действующих в России. Игнорируется интенсивное обсуждение в религиоведческой среде такой проблемы, как типологизация (классификация) религиозных объединений. Эта проблема является одной из наиболее сложных и дискуссионных, порождающей не только споры в научном сообществе, средствах массовой информации, но и судебные разбирательства. Ведь далеко не все религиозные меньшинства согласны мириться с “награждением” их названиями, наполненными явно негативными коннотациями, оскорбляющими чувства верующих. Кроме того, причисление религиозного объединения к категории, уже в самом наименовании содержащей негативные оттенки, в лучшем случае порождает к такому объединению настороженное отношение, а нередко ведет к дискриминации их последователей.

В качестве ключевого понятия, закономерно порождающего психические расстройства, в рецензируемых публикациях выступает термин “тоталитарные секты”. Именно из него продуцируются страшилки о “психическом терроризме”, “нелетальном оружии массового поражения”. “захвате имущества и сбережений adeptов”, “вербовке” и т.д. Увлечённые стремлением разоблачить зловерные действия “тоталитарных культов”, П. И. Сидоров и В. Э. Пашковский в то же время ни разу не обращаются к российским законам, регулирующим деятельность религиозных объединений. И это вряд ли можно считать случайным, поскольку все исходные установки цитируемых авторов находятся в вопиющем противоречии с действующим законодательством. Федеральный Закон РФ “О свободе совести и о религиозных объединениях” содержит следующие типы объединений верующих: религиозные группы, религиозные организации, местные и централизованные религиозные объединения. Ни о каких “сектах”, “культях”, тем более с устрашающими прилагательными — “деструктивный” или тоталитарный” — законодатель не упоминает.

В последние годы несогласие с “тоталитарной теорией” всё чаще высказывают православные сектоведы. Они усматривают в этой теории отступление от святоотеческих традиций, выход поборников термина “тоталитарные секты” за рамки компетенции сектоведения. “Меня напрягает сам термин “тоталитарная секта”, — признаётся сектовед протоиерей Олег Стеняев. — Пусть правоохранительные органы сами занимаются нарушениями уголовного кодекса, а нам важно дать богословскую оценку деятельности тех или иных сект”

ВЕРБОВКА ИЛИ ОБРАЩЕНИЕ?

Основные оценочные суждения авторов рецензируемых публикаций о новых религиозных движениях представляют собой компиляцию изданий теоретиков и практиков антикультового движения. В своих пространственных описаниях злодеяний тоталитарных культов В. Э. Пашковский опирается на книгу идеолога антикультового движения Роберта Лифтона “Изменение мысли и психология тотализма. Исследование “промывания мозгов” в Китае”. Её автор основывает свою теорию на описании методов, применяемых китайскими коммунистами по отношению к американским военнопленным во время корейской войны. И китайская версия “промывания мозгов” некорректно экстраполируется на весь массив неорелигиозных объединений.

Авторитетные зарубежные и отечественные исследователи новых религиозных движений многократно и убедительно показали : теория Роберта Лифтона “притянута за уши” (7). К такому же выводу пришли и некоторые отечественные сектоведы (8). На многочисленных примерах была доказана несостоя-

тельность распространённой мифологемы о том, будто в “тоталитарные культы” людей вовлекают обманом, манипулированием личности и даже применением гипноза и психотропных средств. Результаты таких исследований демонстративно игнорируются. Им противопоставляется придуманная П. И. Сидоровым “динамика вовлечения в секту adeptов” и “развитие зависимого поведения”, старательно воспроизводящие все изыски теоретиков антикультистов. Например, отличительным признаком процедуры заманивания в секту называется максимальное использование вербовщиком кризисной социальной ситуации. Житейские трудности облегчают процесс вербовки с применением манипулятивного воздействия (9).

Таковыми же красками рисуются и признаки “манипулятора” (вербовщика). Первым из них называется обращение к собеседнику-простаку как к “самому дружественному человеку, которого вы когда-либо встречали”. На антикультистском сленге подобный вероломный приём называется “бомбардировкой любовь”. По-видимому, вербовщику надлежит смотреть на вовлекаемого в секту хмурым и сердитым взглядом, и тогда уже можно вести речь не о вербовке, а о благопристойной беседе миссионера с интересующимся религией. “Манипулятор” (вербовщик)- это, непременно, осыпающий вас комплиментами и одновременно хладнокровно оценивающий, чем вы пригодитесь: энтузиазм, интеллектуальная сила, деньги, квартира и т.д. И, наконец, манипулятор всегда имеет ответы на все вопросы (10).

Схожей схемой руководствуется и В. Э. Пашковский, рассуждая о манипуляциях, используемых культурами для осуществления контроля над своими потенциальными жертвами. Свои выводы он в основном обосновывает ссылками все на того же Р. Лифтона. Правда, для убедительности приводятся примеры деструктивного действия на психику лидеров “Белого Братства” и саентологов. Но и тут дело не обходится без небрежного обращения с фактами. Точное изложение вероучения “Белого Братства” подменяется байками из арсенала Дворкина. Утверждается, что наибольшую опасность для физического и психического здоровья представляет пропагандируемая “Белым Братством” тема Страшного суда. Вслед “за Страшным судом должен наступить золотой век, куда попадут 140 000 юсмалиан (так называют себя adeptы секты)” (11).

Не разделяя учение “Белого Братства” и не являясь членом этого объединения, тем не менее, считаю долгом учёного избегать вольного обращения с ключевыми понятиями оппонента. Во-первых, согласно наставлениям Марии ДЭВИ Христос, во время Страшного суда Сатана будет уничтожен Силой Света (разряжен). Что же касается принявших веру в “Белое Братство”, то они попадают под защиту программы Юсмалос — “Божественного щита против внедрения

и исполнения сатанинского замысла”. “Божественный щит” уберезёт от козней Сатаны и “золотой остаток” 144 тысячи (а не 140 тысяч, как у В. Э. Пашковского) в белых одеждах (12). К тому же, как сообщает сайт “Белого Братства” (март 2010), сегодня нужно говорить о приближающемся Преображении планеты. “Называются разные даты и сейчас самая популярная из них — 21 декабря 2012 — смена Эпох по календарю Майя” (12).

Предлагаемые П. И. Сидоровым и В. Э. Пашковским надуманные схемы, насыщенные терминами “манипулятор”, “вербовка”, “бомбардировка любовью” и т.д., свидетельствуют о крайне низком уровне религиозноведческой культуры авторов рассматриваемых публикаций. Всё используемое ими “терминологическое хозяйство” не способствует постижению природы действующих в России новых религиозных образований, формирует искаженное представление об этом сложном и противоречивом религиозном феномене. Складывается впечатление, что авторы совсем не знакомы с трудами отечественных и зарубежных исследователей процесса присоединения людей к НРД. Между тем, опубликованы сотни работ социологов религии и религиоведов, раскрывающие особенности процесса обращения в новые религиозные объединения и показывающие, что этот процесс является результатом действия самых разнообразных факторов.

Были выявлены каналы пополнения верующих, ранее или вовсе не имевшие распространения или встречавшиеся крайне редко. Один из таких каналов получил самые различные названия: “самообращение”, “безличное”, “бесконтактное” обращение. Его особенность состоит в том, что знакомство с вероучением и компонентами того или иного НРД и их принятие происходит не в результате встреч и бесед с миссионерами данного объединения и даже не посещения собраний или богослужений. Усвоение учения и практик, реальное следование им как истинным жизненным идеалам и программам могут стать и следствием интенсивного чтения литературы конкретного типа НРД, прослушивания видео или аудио кассет с выступлением основателей или лидеров НРД, рассказами об истории, учении и обрядах группы или организации. Стало быть, обращение, (а вовсе не вербовка) происходит без участия “манипулятора”, “бомбардировки любовью”, набора обманных обещаний и действий.

Особенно широко распространена бесконтактная форма обращения в объединениях ньюэйджеров, куда нередко попадают на основании сведений, полученных без непосредственных бесед с лидерами или активистами таких объединений. В этом состоит и одна из причин недолговечности ньюэйджеровских групп, их быстрый распад, поскольку изначальная мотивация вступления в группу нередко бывает “ситуационной”, набором приходящих обстоятельств.

Проводимые зарубежными исследователями углубленные исследования процесса обращения в НРД и его последствий для личности выявили значительную роль рационального фактора в этом процессе. Выяснилось, например, что обращаемые проявляли озабоченность своим положением вне религиозной группы, взвешивали преимущества и негативы своего вступления в НРД. Фактически такая озабоченность в скрытых формах длительное время проявлялась и в поступках и после обращения. “В некоторых случаях они даже начинали планировать свою послекультурную жизнь, несмотря на то, что были еще активно вовлечены в организации и даже являлись их лидерами”. Таким образом, фундаментальные труды многих весьма авторитетных исследователей показали порочность трактовок, а priori постулирующих утверждения об иррациональной природе процесса обращения, происходящего помимо воли человека, под влиянием обманов, использования гипноза, применения психотропных средств, изнурительной диеты, резкого ограничения продолжительности сна и т.д.

НЕ В ЛАДАХ С ЗАКОНОМ

Отличительная черта рассматриваемых публикаций — демонстративное рассмотрение темы “культов и сект” вне действующей в России системы государственно-правовых отношений и духовно-религиозного пространства. А ведь именно в этих рамках функционируют новые религиозные объединения, именуемые П. С. Сидоровым и В. Э. Пашковским “тоталитарными культурами”. Между тем причисление поголовно всех новых религиозных объединений к разряду “тоталитарных” уже позволяет считать организации преступными. Согласно разъяснению творцов термина “тоталитарные культы”, действия “психоманипулятора” (вербовщика) направлены на эксплуатацию неофитов, “порабощение их с выраженными изменениями психоэмоциональной сферы” (13). Конкретизация признаков “тоталитарности”, насыщенная терминами из области психиатрии, обычно заканчивается выводами о криминальной патологии, будто бы имманентно присущей данной категории религиозных групп. Вероятному комплексу и обрядовой практике отводится роль ширмы, маскирующей изначальную нацеленность культа (секты) на изъятие у неофитов денежных средств, квартир и дач.

Исходя из сказанного, определяющим в рассматриваемой терминологической конструкции является прилагательное “тоталитарный”, задающее сущностные (криминальные) характеристики обозначаемых типов религиозных объединений. Поэтому, строго говоря, использование термина “тоталитарные культы” представляется некорректным не только в религиоведении, социологии религии, но и сектоведении. Данный термин может применяться в уголовном, гражданском и административном праве, однако придер-

живающийся его обязан брать на себя “бремя” поиска доказательств “тоталитарной” (преступной) природы такого типа организации, непременно ссылаясь на соответствующие судебные решения. Произносящий словосочетание “тоталитарный культ” должен помнить и о конституционной норме, согласно которой: “Каждый обвиняемый в совершении преступления считается невиновным, пока его вина не будет доказана в предусмотренном законом порядке и установлена вступившим в законную силу приговором суда”. (ст. 49 Конституции РФ).

Пренебрегая диспозицией данной статьи (“презупцией невиновности”), П. И. Сидоров приводит список “тоталитарных культов”, включающий больше двух десятков названий религиозных объединений. И многие из них имеют статус **зарегистрированных централизованных организаций**. Они успешно прошли регистрацию и перерегистрацию, предусмотренные Законом “О свободе совести и религиозных объединениях”. Перед этим по каждой из таких организаций Экспертным советом для проведения религиоведческой экспертизы при Минюсте РФ были выполнены экспертные заключения. В них давалась подробная оценка вероучения, обрядов, отношения религиозных организаций к обществу, семье и личности. И никаких нарушений не было выявлено.

Но, как видно из последующих рассуждений П. И. Сидорова, он полон решимости отобрать у Александра Дворкина титул “главного сектоборца”. Именитый психиатр совершил эпохальный прорыв в отечественном сектоборчестве, найдя общие характеристики деятельности тоталитарных сект и террористических организаций (14). Отличие наблюдается только в векторе вооружённого насилия. Но по другим семи характеристикам “тоталитарные секты” и террористические организации обнаруживают сходство. Например, те и другие имеют “сильную антигосударственную направленность — запреты на участие человека в жизни государства и общества” (15). Только одно это утверждение свидетельствует о том, что его автор имеет весьма смутное представление о социальных ориентациях современных российских НРД. Самые крупные их разновидности давно отказались от формулы мироотрицания и провозглашают своей целью не разрушение “земных порядков”, а их исцеление. Сегодня нет ни одного заметного религиозного новообразования, не заявляющего о лояльном отношении к существующему государственному строю.

Использование психиатрии в обосновании антинаучных конструкций типа “тоталитарные культы”

наносит ущерб авторитету этой науки. Психиатры оказываются на стороне противников свободы совести, дискриминации верующих, осмелившихся исповедовать “неправильную веру”. В связи с этим глубокую озабоченность и недоумение вызывает рекомендация публикации П. И. Сидорова в качестве учебного пособия для студентов, а работы В. Э. Пашковскового в качестве краткого руководства для врачей. Содержащиеся в обеих публикациях ложные методологические послы, навешивание оскорбительных ярлыков на религиозные новообразования формируют у студентов медвузов и действующих врачей превратные представления о феномене НРД и, соответственно, препятствуют выявлению действительных причин психических расстройств.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мелехов Д. Е. Психиатрия и проблемы духовной жизни. // Психиатрия и проблемы духовной жизни. — М.: Изд-во Свято-Филаретовской правосл. Христианской школы, 1997. С. 8 – 61.
2. Кантеров И. Я. Порочная методология и её плоды // Независимый психиатрический журнал. 2005. № 3.
3. Сидоров П. И., Мосягин И. Г., Марунык С. В. Психология катастроф. М.: Аспект пресс. 2008. 412 С.
4. Психический терроризм и манипулирование личностью // Сидоров П. И., Мосягин И. Г., Марунык С. В. Психология катастроф. М.: Аспект пресс. 2008. С. 250 – 278.
5. Дворкин А. Л. Сектоведение. Тоталитарные секты. Опыт систематического исследования. Н / Новгород. Изд-во Братства во имя св. князя Александра Невского. 2000. С. 88 – 673.
6. Пашковский В. Э. Психические расстройства с религиозно-мистическими переживаниями. СПб.: Изд- кий дом СПбМАПО. 2007. 143 С.
7. Anthony Dick, s Robbins Thomas. New Religions, Families and “Brainwashing”, in Gods we Trust. NJ., 1981. P. 264 – 265.
8. Шатохин С. А. Рецензия на книгу А. Л. Дворкина “Сектоведение. Тоталитарные секты. Опыт систематического исследования”. // Очерки российского сектоведения. СПб.: 2005. С. 28 – 29.
9. Психический терроризм и манипулирование личностью // Сидоров П. И., Мосягин И. Г., Марунык С. В. Психология катастроф. М.: Аспект пресс. 2008. С. 254.
10. Ibid, 256 – 257.
11. Пашковский В. Э. Психические расстройства с религиозно-мистическими переживаниями. СПб.: Изд- кий дом СПбМАПО. 2007. С 131.
12. Господь Мария ДЭВИ Христос. Последний Завет. М.: Крипто-логос. 2000. С. 149.
13. Hexham Irving and Poewe Karla. New religions as global cultueres. Colorado. Westview Press. 1997. 134.
14. Психический терроризм и манипулирование личностью // Сидоров П. И., Мосягин И. Г., Марунык С. В. Психология катастроф. М.: Аспект пресс. 2008. С. 256.
15. Ibid, 259 – 263.
16. Ibid, 259.

О статье О. А. Савенкова “К вопросу о концептуальном кризисе психиатрии”¹

Благодарим автора статьи за ее своевременность, так как она заставляет специалистов задуматься, глубже осознать характер своей лечебной деятельности как этапа развития психиатрической науки в целом, попытаться представить ее дальнейшее движение. Да и слово кризис не должно пугать, ведь научный поиск — это этап любого развития.

Автор указывает на существующую традицию “теоретических школ”, позволяющую специалистам выбирать на свое личное усмотрение и вкус школу, которая им более симпатична по тем или иным причинам..

Но все-таки в практике преобладает принцип (концепция) целесообразности, которая предполагает следующую тактику:

1. Устранение причин, приводящих к расстройствам.

2. Редукция расстройств, нормализация психической сферы.

Еще Кенделл (цит. по А. Б. Холмогоровой) писал: “Сегодня у нас совершенно иное представление о причинности. В медицине, так же как и в физике, специфические причины заменены на комплексные цепи событий и последствий, которые находятся в постоянном взаимодействии. Простая идея “причины” стала бессмысленной и служит лишь для обозначения того момента в этой цепи событий-последствий, который легче всего поддается вычленению”.

Концепция роли нейромедиаторов (серотонин при депрессиях, дофамин при шизофрении, катехоламины при панических атаках) уже не очень устраивает специалистов и важно обеспечить комплексный подход, сопоставление уровня наиболее важных нейромедиаторов при любых расстройствах. А, во-вторых, необходимо понимать, что нейромедиаторы действуют не автономно: на них воздействуют высшие, централизованные факторы регулирования, или наоборот, они редуцируются при обострении заболевания. Почему при депрессиях теряется способность внешней, произвольной регуляции настроения, присущая вне депрессий, когда настроение определяется внешними ситуациями человека, его состоянием в целом? Все это дает пищу для более детального исследования и разработки терапевтических подходов, как клиницистам, так и нейробиологам, нейрофизикам.

Поэтому важен комплексный и не только фармакологический, но и психотерапевтический и реабилитационный подход, поиск путей более тонкой нормализации психического состояния. Ведь душевнобольные в ремиссии чувствуют себя беззащитным,

уязвимыми, испытывают внутреннее чувство угрозы, порождающее у них ответную реакцию в виде чувства враждебности, агрессии. Это дезадаптирует их, но выглядит беспричинным для окружающих. Здесь необходима разработка психотерапевтических приемов коррекции характера в содержания восприятия или окружающей жизни, формирования чувства привычности, естественности проявлений бытия других людей.

При построении реабилитационных мероприятий специалистам важно помнить, что их пациент в какой-то мере по-другому воспринимает окружающий мир и свое самочувствие, и это необходимо по мере возможности коррегировать. Например, пытаться коррегировать амбивалентность и амбитендентность путем формирования навыка склонения больного к варианту общепринятого в обществе.

Автор констатирует, что в западной психотерапии очень эффективна когнитивно-поведенческая психотерапия, что не подтверждается в нашей стране. По-видимому, западные коллеги идут дальше формального проведения этих технологий и доводят клиента до принятия и усвоения роли и поведения, формируемых в процессе лечения, глубинного присвоения этих ситуационных ролей для себя, в силу фактора внушения и самовнушения, достижения предварительного согласия на это. Формируется наличие желания меняться, понимание выгоды такого изменения и отсутствие сопротивления, которые обусловлены привычностью динамичности жизни в условиях стабильного общества.

Влияют и культуральные факторы. Ведь у нас преобладает культ прямого самочувствия, реального положения дел, т.е. путь: самочувствие, а не преломленные самочувствия через реальность. В статье указывается, что для профессионалов психотерапии стало настоящим шоком то, что виды и уровень образования, ученая степень или опыт работы психотерапевта не влияют на исход лечения. Шока в данном случае не может быть, так как психотерапия в большей мере пока находится на уровне соучастия психотерапевта проблеме больного, он “разделяет” с ним проблему, тем самым облегчает его жизненную участь, происходит катарсис, перенос, идентификация с психотерапевтом, индукция психотерапевтом клиента, подражание им внутреннему состоянию терапевта.

Положительное влияние “неспецифических факторов”, качество отношений между больным и психотерапевтом, включая такие понятия как эмпатия, желание помочь больному, вера в эффективность методики, готовность больного к изменению, по нашему мнению, говорят за степень внушаемости и самовну-

¹ НПЖ, 2009, 4.

шаемости, которые зависят от вышеперечисленных факторов.

Сейчас психотерапия развивается путем бесконечного развития модальностей (типов психотерапии), на что указывает автор статьи, констатируя их более 400. Наши авторы указывают 700 и более. Так, Макаров В. В. по этому поводу пишет: “...пока в психотерапии дело не дошло до вавилонского столпотворения, хотя психотерапевты разных направлений плохо понимают друг друга”.

Отрадно, что есть факторы и пути, которые могут объединить психотерапевтов, сделать психотерапию единой в главных тенденциях ее развития, то есть, как сейчас принято говорить, налицо факторы глобализации. Не в плане всеохватности, а в плане единения — взаимопонимания. Это конкретное содержание необходимой психотерапевтической работы по переводу человека из одного состояния (нежелательного) в другое (желательное), то есть больного в здоровое при острых заболеваниях и относительно здоровое, компенсированное при их хронических формах. Модальности базируются на редукционной, упрощенческой теории личности, которая опирается не на целостную личность, а на ее определенные свойства, оставляя другие свойства личности без внимания.

Мы разрабатываем технологию психотерапевтического процесса, ее конкретное содержание, метамодальность, а именно: направление, этапы, тактику процесса “превращения” больного в здорового. Метамодальность описывает тактику психотерапевтического процесса, то есть то, что делать врачу, имея перед собой клиента с его конкретным нозологическим диагнозом, как индивидуализировать его к конкретному случаю, применить те или иные модальности в зависимости от конкретной подцели и этапа лечебного процесса превращения больного в здорового.

Например, наш опыт работы о рамках клинической (медицинской) психотерапии показал целесообразность выделения следующих этапов работы, которые ведут больного к выздоровлению:

- 1) лечение астенического синдрома;
- 2) достижение адекватного осознания болезни;
- 3) вскрытие и осознание психотравмы, внутреннего конфликта;
- 4) дезактуализация психической травмы и конфликта;
- 5) редукция, обратное развитие невротических расстройств;
- 6) формирования мотива к выздоровлению;
- 7) преодоление механизмов психологической защиты в процессе психотерапевтической работы;
- 8) содействие личностному росту, формированию, зрелой личности;
- 9) налаживание нормальной, полноценной жизнедеятельности.

То есть, не лечение больного с помощью одной модальностью, а тактика превращения больного в здорового при острых заболеваниях, и относительно здорового при хронических. Положение дел в психотерапии напоминает по аналогии случай, когда Завадский, прослушав игру одного оркестра, сказал: “...они играют ноты, а нужно играть мелодию”.

Принцип интеграции психотерапии — это технология психотерапевтического процесса, то есть метамодальность. Модальность — не самоцель, а лишь один из инструментов этой работы.

Второй принцип — полимодальность — это когда одна модальность не может дать нужного результата по достижению подцели, и мы усиливаем ее другой модальностью. Например, при проведении когнитивно-поведенческой психотерапии для усиления и стойкости результата мы можем закреплять его в гипнотическом состоянии.

Что касается положения дел в наркологии, то нужно констатировать, что сейчас наркология преуспела в биологических методах лечения, то есть сейчас можно было бы помочь любому больному с зависимостью, если бы предательски не присутствовала психологическая составляющая зависимости (желание, установки, настрой больного). Центральное место в химических зависимостях занимает состояние опьянения, а не патологическое влечение. Люди пьют, чтобы быть в состоянии опьянения. Если человеку нужно состояние опьянения, тогда влечет к алкоголю или наркотику, то есть патологическое влечение вторично. Поэтому следует определять больного химической зависимостью как человека, предпочитающего, стремящегося жить в состоянии опьянения и имеющего синдром зависимости. Борьбаться надо не столько с потреблением спиртного, сколько за умение жить в трезвом состоянии, не жить в состоянии опьянения.

Цель лечения больных химической зависимостью — формирование трезвенника, то есть человека, который обладает свойствами трезвенника. Термин “ремиссия” это клинический термин, который говорит лишь о факторах воздержания и не определяет конкретной цели лечения.

Необходимо работать с психологической составляющей зависимостей — позицией зависимого больного, ее конкретным содержанием, которое наряду с биохимической составляющей отражает природу и сущность зависимости. Терапия алкогольной зависимости это процесс превращения больного в трезвенника, что отражено в описании необходимой психотерапевтической работы в методической рекомендации МЗ РФ “Клинико-психотерапевтические основы алкогольной зависимости” М. 1999 г.

И. С. Павлов

О путях повышения значимости и информативности патопсихологических заключений в психиатрической клинике

(Методологические заметки по материалам клинразбора: “Параноидная шизофрения или...?”)¹

Патопсихологические исследования в психиатрических клиниках стали упрочившейся реальностью. Такое исследование тесно взаимодействует с психопатологическим методом, дополняя его материалом, полученным в ходе проведения экспериментально-психологического изучения личности пациента. Есть свои сильные и слабые стороны такого взаимодействия двух методов, но ясно то, что позитивные наработки необходимо наращивать, а недостатки преодолевать. Богатый материал в этом отношении содержат отчеты о клинических разборах, публикуемые в НПЖ. Такие публикации часто содержат показательный и уникальный материал, ценный тем, что обозначают важные и неоднозначно трактуемые темы и побуждают читателей к размышлению и дискуссии. И если о конкретных диагнозах нельзя судить заочно, то о других подымаемых в связи с темами клинических разборов вопросах, в частности, методических и общеметодологических, обмен мнениями был бы полезен. Это расширило бы роль и пользу таких клинических исследований.

С учетом сказанного, проанализируем некоторые вопросы взаимодействия психопатологического метода и патопсихологического, используя в качестве иллюстративного материала данные клинического разбора, опубликованного в 1-м номере журнала за 2009 год.

Рассматривался случай психотического состояния у женщины в возрасте 61 года с императивными слуховыми галлюцинациями, бредом в отношении к собственной дочери, в которой больная видела замаскированных под ее дочь других женщин, и соответственно бредовым поведением. Задачей клинического разбора было проведение дифференциального анализа между поздно начавшейся шизофренией и инволюционным параноидом. Естественно, было проведено экспериментально-психологическое исследование, которое со своей стороны могло бы пролить свет на интересующий клиницистов вопрос. Задача психолога в таких случаях состоит в том, чтобы собрать добытый экспериментальными методами материал, свидетельствующий в пользу исследуемых диагностических версий, изложить его описательно и в выводах обобщить то, что выступает на первый план.

Приведем итоговую часть экспериментально-психологического заключения: “Таким образом, по результатам психологического обследования на первый

план выступает конкретность, обстоятельность, трудности абстрагирования в мышлении, нарушения внимания, сужение объема памяти у доминантной личности, склонной к контролю за ситуацией в состоянии декомпенсации вследствие неспособности повлиять на ход событий”. Ведущий, желая уточнить интересующие его вопросы, спрашивает: “У Вас в заключении звучат такие показатели, которые не характерны для большой шизофренией. Поэтому я и спрашиваю Вас, не нашли ли Вы у нее процессуальных расстройств мышления, опоры на слабые признаки, вычурность?” На что последовал ответ: “Нет, она была ровная, просто достаточно пассивная, астенизированная, послушно выполняла задания. У меня впечатление, что это скорее эпилептоидная личность”.

Ведущий уточнил интересующие его вопросы, принял полученную информацию к сведению и успешно, а главное, убедительно провел психопатологический анализ данного случая, его дифференциальную диагностику, остановившись на диагнозе шизофренического процесса у рассматриваемой больной. Задача клинического разбора была успешно выполнена, и можно было бы поставить точку в этом вопросе, если бы не заметное несоответствие клинико-психопатологического и патопсихологического аспектов данного исследования. Для устранения такого несоответствия и противоречий в самом психологическом исследовании больную целесообразно было бы дообследовать патопсихологическими методами. То есть, провести дополнительное исследование, обратив внимание на те вопросы, которые обозначились в ходе клинического разбора, изложить их более детально и зримо и убрать неточные, а то и ошибочные формулировки. О каком “контроле за ситуацией” и “неспособности повлиять на ход событий” говорится в заключении, если известно, что пациентка стреляла из карабина под влиянием императивных галлюцинаций в несуществовавших грабителей? Что означает “сужение объема памяти”, если пациентка воспроизводит 9 слов из 10 через час после заучивания с учетом ее возраста и активного лечения? И как вообще можно определить объем всей памяти человека? Это какие же нужны методы? Поэтому принято говорить о памяти механической, оперативной, долговременной, на что и следует указать в ограниченном узкоспециализированными экспериментальными средствами заключении. Дообследовав больную, можно также разгрузить заключение от малоинформативных, общих мест типа: “Обнаруживается потребность в эмоциональном комфорте, избавлении от

¹ НПЖ, 2009, 1.

проблем в приятном для нее окружении, беспокойство и импульсивность вследствие неспособности самостоятельно изменить актуальную ситуацию”.

Дополнительное или повторное обследование в патопсихологической практике — не редкость, поскольку дифференциально-диагностические исследования длительны и многотрудны. Для чистоты опыта их иногда надо дублировать. Пациент не выносит больших нагрузок и приходится материал дозировать и проводить исследование поэтапно. Да и значимые вопросы обозначаются по мере выполнения диагностического процесса. Иногда психолог не знает точно, какие вопросы необходимо выделить и пишет то, что он видит. Это будет первичное, черновое заключение. На его основе психолог может, проведя необходимые уточнения, написать заключение в соответствии с интересующими клинику вопросами. Это могут быть вопросы диагностики, экспертизы, психокоррекции и др. В принципе должно быть достигнуто единство психопатологического и психологического подходов, отраженное в соответствующей истории болезни и эпикризе по ней. Это важно для лечения больного, решения социальных и экспертных вопросов, проведения реабилитационных мероприятий. Существенным фактором, в частности, является оценка критических возможностей больного. По динамике становления критики судят об успешности лечения. То же можно сказать и о других специфических когнитивных расстройствах, наличие или отсутствие которых должно быть объективно отражено в соответствующем патопсихологическом заключении.

Остановимся в этой связи на некоторых узловых вопросах выявления нозоспецифических расстройств, а также на форме и содержательной стороне патопсихологического заключения. По структуре такое заключение — трехзвенно: вступление, описательно-мотивировочная часть и выводы. Во вступительной части речь идет о форме контакта с пациентом и его готовности принимать участие в исследовании, о его актуальных жалобах. В основной части, которая — также мотивировочная, излагается ход и основные результаты экспериментальной работы с обследуемым. И делать это желательно описательно, предвзято добротным отображением выводы, а не наоборот. Этим достигается единство подходов, традиционно принятых в психиатрической клинике, и обеспечивается сущность клиничко-описательного метода. В последнее время, надо признать, описательная часть патопсихологических заключений сузилась, и можно встретить заключения, состоящие сплошь из констатаций и сентенций, завершаемых такими же констатациями, но уже в выводах. Для примера приведем место из заключения по обсуждаемому нами случаю: “Произвольное опосредование не влияет на продуктивность мнестической деятельности (также 90 %). Ассоциативные образы по смыслу адекватны содержанию понятий, помимо конкретных, присутствуют

абстрактные, фрагментарные, атрибутивные”. И какую же полезную информацию извлечет психиатр-клиницист из этих серьезных сведений? А не лучше ли написать, что при выполнении методики “Пиктограммы” пациент адекватно отображал в рисунках темы или нет, какие допускал особенности и о чем это может свидетельствовать?

В окончательных выводах исследования психолог подводит итоги проделанной работы и выводит главное на первый план. При этом возможно установление структуры обнаруженных нарушений психической деятельности обследуемого. В одних случаях выявляется первичность аффективных нарушений, в других — мыслительных, в третьих — личностных. На современном уровне требований к такой информации выводы целесообразно представлять в виде нозоспецифических симптомокомплексов (патопсихологических синдромов). Иногда заключения сопровождаются типовыми формулировками, взятыми из рекомендаций по тому или иному опроснику. Хорошо, если такие стандартные характеристики подходят к исследуемому пациенту, но бывает и наоборот. Поэтому рекомендации по применению опросников следует сопоставлять с данными истории болезни, анамнеза и результатами непосредственного общения с пациентом.

Дифференциально-диагностические патопсихологические исследования часто назначаются для выявления (или исключения) специфических расстройств психики шизофренического генеза. Это достаточно сложный вид исследований, поэтому остановимся на этой теме более детально. Выдвинутые разными авторами критерии или опорные признаки шизофрении, выявляемые экспериментально, не всегда срабатывают и не всегда могут быть легко установлены. Объясняется это рядом причин: несформированностью заметных изменений личности в самом начале болезни, формой заболевания, протекающего с минимальными расстройствами психики, нестойкостью таких изменений и т.д. Кроме того, одиночные признаки могут и не проявляться, потому что шизофрения — системное заболевание и определяется она не одним признаком, а их совокупностью.

В подлинных случаях наличия шизофрении мы имеем дело с нозоспецифическим симптомокомплексом (синдромом), составные части которого взаимосвязаны. Эта взаимосвязь истинных признаков болезни и может использоваться при выявлении специфических признаков как расстройств деятельности субъекта в условиях экспериментально-психологического исследования. То есть, отдельные методики могут и не показывать ожидаемых результатов, но если анализировать деятельность пациента в целом, то можно усмотреть специфические нарушения системного характера. Кроме того, надо учитывать и возможность диагностической ошибки. Это может быть вызвано неточным употреблением терминов, внеш-

ней схожестью особенностей болезни с причинными факторами иной природы и т.д. Так, непоследовательность мышления у сосудистых больных следует дифференцировать с патологической “разноплановостью” суждений, неспособность устанавливать существенные признаки предметов при низком интеллекте — с так называемым “выявлением слабых признаков” предметов и др.

В патопсихологической практике широко применяются выделенные Б. В. Зейгарник основные категории, определяющие расстройства мышления у психически больных. Опыт показывает, что между феноменами таких расстройств при шизофрении существует закономерная взаимосвязь. Так, патологическая разноплановость мышления коррелирует с его нецеленаправленностью, а также с паралогичностью и некритичностью. Объяснить это можно системным строением психических функций и системностью их нарушений. Выраженные расстройства критичности существенно изменяют течение мыслительного процесса. Можно сказать, что критичность выполняет роль обратной связи в мышлении как системном процессе, а без таковой связи система не развивается и деградирует. Так, рано заболевшие этой болезнью дети утрачивают способности к развитию и даже теряют прежние навыки. У взрослых упроченные знания сохраняются до поры, но оперирование ими страдает значительно. У больных нарушается системное соответствие их деятельности и внешних условий, отчего такая деятельность становится неадекватной. Принципы системности проявляются в ином качестве работы психики, и именно эти качественные различия могут быть учтены при разграничении нарушений психики при шизофрении от внешне схожих нарушений иного генеза.

Если говорить об инструментальной базе патопсихолога, то можно сказать, что узконаправленных тестов, которые бы выявляли конкретные психические нарушения, мало. Но все же некоторые способы и приемы методического подхода к исследованию интересующих нас процессов существуют. Если мы изучаем критичность мышления, то показаны задания с ситуацией выбора. При этом мы можем увидеть, производится ли выбор, или ответы даются импульсивно, без их проверки. Плодотворна работа с пословицами. Содержательный материал можно получить, давая задания на сравнение пословиц, подбор к ним фраз, их

классификацию по смыслу и др. Диагностически показательным можно считать феномен, заключающийся в “контаминации смыслов” у больных шизофренией. Термин “контаминация” употреблял А. Р. Лурия, обозначая им совмещение или сплавление содержаний двух текстов, которые наблюдались у больных с органическими поражениями лобных отделов головного мозга. У больных шизофренией такое не наблюдается, но они могут сплавлять смыслы таких текстов. Так, прочитав текст под названием “Голодный человек” и вслед за ним текст “Жадная собака”, наш пациент очень часто определяет, что человек был жадным, а собака голодной и в этом усматривает смысл и мораль названных рассказов. Нечто похожее происходит при предъявлении больному таблиц Роршаха. Нередко пациент заявляет, что все изображения одного смысла и содержания. В арсенале патопсихолога есть и методики на установление “выявления слабых признаков предметов”. Метод состоит в предъявлении пациенту для сравнения пар несопоставных предметов и регистрации их ответов. При этом надо быть внимательным при подаче инструкции, поскольку обследуемый может посчитать, что проверяется его находчивость, неординарность или остроумие. Кроме того, сложно считать оригинальные ответы расстройствами мышления, если они не подтверждаются иными признаками нарушений. Данная методика направлена на исследование избирательности привлечения тех или иных знаний из опыта субъекта при решении им поставленной задачи. Избирательность — функция критичности. Если критичность нарушена, то и “выявление слабых признаков” это подтвердит. То есть, необходимо учитывать данные отдельных методик в комплексе с результатами, полученными и продублированными другими средствами. Это повысит информативность и значимость патопсихологических заключений.

Повышение результативности патопсихологических исследований и заключений по ним зависит от многих причин, в числе которых можно назвать совершенствование форм диалога между представителями психиатрии и психологии в клинике. Важно отметить, что такой диалог должен быть неформальным, заинтересованным и объединенным общими целями, что, можно надеяться, будет содействовать совершенствованию взаимодействующих дисциплин.

Ужесточение Перечня психиатрических противопоказаний к различным профессиям

05.07.2010 был подготовлен проект постановления Правительства России относительно Перечня профессиональных ограничений при психических расстройствах, а 27.07 в Независимом пресс-центре на Пречистинке по этому поводу состоялась пресс-конференция, в которой приняли участие президент Общества специалистов доказательной медицины д.м.н. В. В. Власов, председатель правления Российского общества психиатров проф. В. Н. Краснов и от Независимой психиатрической ассоциации России — Ю. Н. Аргунова и Ю. С. Савенко.

Независимо друг от друга, но с полным единодушием, выступавшие показали полную практическую, научную и юридическую несостоятельность этого документа, который — вопреки закону — фактически регулярно не пересматривался каждые пять лет со времени выхода Постановления Совета Министров — Правительства РФ от 27.04.1993 г. № 377 «О реализации Закона “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”». В результате, все просчеты первой редакции сохранились, хотя во многом противоречили Закону о психиатрической помощи. И на этот раз Перечень не был направлен на экспертизу ни в одно государственное психиатрическое учреждение, но — и это, конечно, очень отрадное новшество — был вывешен на сайте Минздравсоцразвития.

Перечень значительно расширяет круг людей, которые должны подвергаться проверкам на употребление разного рода “веществ” (наркотических, психотропных, вызывающих опьянение), и вводит новые виды анализов.

Законами России предусмотрено, что некоторые профессии (летчики, верхолазы и т.п.) и некоторые люди, например, предполагающие купить оружие, должны быть освидетельствованы на предмет их пригодности для этого. В основе этих требований закона лежит забота о личной безопасности граждан и общественной безопасности. Такое освидетельствование всегда было и является во всех странах медицинской оценкой состояния здоровья, наличия расстройства и степени его компенсации. Такое освидетельствование не может сводиться к проведению одного или более анализов.

Перечень вводит бессмысленные и потенциально вредные меры дополнительного обследования граждан. Бессмысленно и глупо широко применять

электрокардиографию: это метод, полезный для обследования больных с болезнями сердца, но нет никакого смысла проводить такое исследование ежегодно кочегарам, токарям, фрезеровщикам, автокарищикам, владельцам мотоблоков и мопедов (и т.д., список огромен!), так же как нелепо экспериментально-психологическое исследование трактористов. Оно не обладает возможностью выявить или предсказать возникновение у человека состояний, опасных для него самого или окружающих. Такие исследования, если их сделают массовыми, приведут к значительным затратам, отрыву врачей от оказания медицинской помощи, ограничениям прав граждан без реальных оснований.

Перечень отражает ярко выраженную **тенденцию списывать аварии, катастрофы, всевозможные ЧП на психические расстройства** и — шире — на **человеческий фактор**, тогда как это системная проблема, где доминируют общие социальные факторы: качество продукции, транспорта, дорог; качество профессиональной подготовки; уровень организации; уровень коррупции; **отсутствие независимой экспертизы** и т.д.

Можно подумать, что, например, эпилепсия, введенная во все профессиональные рубрики, умножилась, или ее стали хуже лечить. Наоборот, здесь достигнуты огромные успехи, а чиновники от медицины без всякого научного обоснования вводят ограничения, не думая об их отрицательных последствиях.

Только в нескольких рубриках, касающихся медицинских работников и сотрудников санитарно-гигиенического сектора указывается на **необходимость индивидуализации**, хотя это наиболее фундаментальный всеобщий принцип. Получается, что **мы возвращаемся к психиатрическому учету, — наличие психиатрического диагноза делается фатальным, вопреки огромному разнообразию форм, глубины, степеней и стадий психических расстройств.**

Например, **некоторые формулировки Перечня крайне общи**: в отношении спасателей и работников экстренной медицинской помощи — *“психические заболевания (в том числе на стадии ремиссии)”*, в отношении водителей мопедов — *“психические заболевания с группой инвалидности”*. И почему-то только для водителей мопедов в качестве противопоказаний указаны каталептические и нарколептические припадки.

Для работников, обеспечивающих движение поездов, противопоказанием является *“декомпенсация*

Законопроект “Об обязательном медицинском страховании”

расстройств личности (психопатий) и невротических расстройств”. Хотя хорошо известно, что ответственная профессия — эффективное средство, препятствующее декомпенсации и способствующее социальной реабилитации.

Профессиональные барьеры должны оставаться профессиональными, способность справляться с ними — уже адекватный тест на психическое состояние. Необходимо лишь строгое соблюдение техники безопасности и психогигиенических норм — работа без перегрузок и без недосыпов.

Перечень составлен настолько **небрежно, нечетко, неудобно, что это явно непрофессиональная компиляция без научного редактора.**

Перечень не соответствует собственной преамбуле, в которой справедливо указано, что *“общими медицинскими психиатрическими противопоказаниями для указанных в таблице работ являются хронические и затяжные психические расстройства с тяжёлыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями. Эпилепсия, с пароксизмальными расстройствами. Выраженные формы пограничных психических расстройств рассматриваются в каждом случае индивидуально”.*

Что касается привнесённых изменений, то это — вопреки названию — **не изменения, а дополнение** фактически всех рубрик, где фигурируют алкоголизм, наркомания и токсикомания, стереотипным предписанием дополнительного исследования, а именно: *“аналитической диагностики в организме человека наркотических средств, психотропных веществ, вызывающих опьянение (интоксикацию) и их метаболитов”.*

Уже длительное время структуры, призванные защищать общество от распространения наркотиков, вместо того, чтобы предотвращать наркотрафик, ставят под контроль жизнь граждан, выращивающих для декоративных целей мак и т.д. Теперь посредст-

вом этого постановления правительство хочет поставить в ряды контролируемых медицинскими средствами животноводов и водопроводчиков, электриков и обслуживающий персонал гостиниц, работников детских садов и вообще всех педагогов, медицинских работников и т.д.

Опасность нововведения состоит в том, что эти анализы очень ненадежны: они могут давать отрицательные результаты у людей, употребляющих искомые средства и давать положительные результаты у людей, которые такие средства не употребляют. Всем хорошо известно, как ненадежны подобные анализы для выявления приема запрещенных лекарств у спортсменов. Подчеркнем, что в спорте тестирование добровольно, на него тратятся очень большие средства, тестируется очень немного людей, и, тем не менее, результаты очень плохие. Из этого следует, что применение этих анализов не может обеспечить общественную безопасность.

Огромное число людей систематически принимают успокоительные или обезболивающие средства. Широкое проведение анализов неминуемо приведет к выявлению многих тысяч подобных случаев. В лучшем случае обследованные будут платить взятки, в худшем — ограничиваться в своем праве работать по специальности.

После подписания 14.07.2010 Президентом Закона о полном запрете употребления алкоголя за рулем резко увеличивается риск ошибок при выявлении следов метаболитов алкоголя и других веществ посредством одного лишь тестирования вне клинического контекста.

Итак, **необходимо соответствие Перечня собственной преамбуле и принцип индивидуализации в качестве основного. Необходимо обсуждение проекта новой редакции Перечня профессиональным сообществом практикующих психиатров, наркологов и юристов.**

Законопроект “Об обязательном медицинском страховании”

Докт. эконом. наук Евгений Гондмахер: Законопроект был вывешен на сайте Минздрава 25 мая для обсуждения. А через несколько дней вдруг группа депутатов от “Единой России” внесла его в Государственную Думу, и он с космической скоростью проскочил профильный комитет, а 9 июля уже принят в первом чтении. Т.е., как такового обсуждения не было. Это нарушение процедур сильно настораживает. Что касается самого законопроекта, то предлагается некий паллиатив. Даже сотрудники Минздрава говорят: “Это косметика, мы чуть-чуть поправили то, что было в законе 1993 года”. А я хочу добавить, что даже

ухудшили... Второе чтение намечено на сентябрь. Здесь есть определенный умысел. Рассчитано на то, что большинство экспертов и представителей медицинской общественности в отпусках.

Докт. мед. наук Юрий Комаров: За два года 460 миллиардов рублей должны пойти на ремонты медицинских учреждений. Чтобы эти деньги получить, вводится дополнительный налог на работодателей. Вместо 3,1 %, которые они раньше платили, они теперь будут платить 5,1 %. В новом законопроекте столько парадоксов, даже говорить не хочется... В страховании заложено несколько принципов: оплата

за пролеченного больного и деньги следуют за пациентом. Оплата за пролеченного больного приводит к тому, что медицинские учреждения становятся заинтересованными в увеличении числа не здоровых, а больных. Потому что, чем больше будет больных, тем больше денег они получают. Мало того, чем больше будет хронических больных, тяжелых, чем больше времени они проведут в медицинском учреждении, тем больше денег медицинские учреждения получают. В этом же заинтересована фармацевтическая сеть, поскольку тяжелые больные будут потреблять больше медикаментов и так далее. Это путь не туда, совсем в другую сторону. Я должен сказать, что вообще от системы страхования во многих странах давно отходят, потому что она хорошо действует только в условиях частной медицины. Второй принцип — деньги следуют за пациентом — это свободный выбор пациентом врача (с его согласия), медицинского учреждения, страховой организации. То есть фактически пациент со своими деньгами как бы может придти в любое медицинское учреждение. Но это полностью разрушит систему здравоохранения, поскольку она держится в нашей стране на этапности оказания медицинской помощи по разным уровням... У нас не страхование — у нас налог. Это совсем другая система, никакого отношения к страхованию не имеющая. Страховые компании и фонды обязательного медицинского страхования оказываются лишними. (Е. Гондмахер: простое передаточное звено. И страховые кампании заявили категорический протест против принятия этого закона, так же как российский Союз промышленников и предпринимателей и Союз страховщиков, не говоря уже о медицинской общественности).

Президент “Общества специалистов доказательной медицины” докт. мед. наук Василий Власов: Нам, конечно, нужна реформа здравоохранения. Закон, который сейчас обсуждается в Государственной думе, является маскировочным законом, в действительности этот закон придуман для того, чтобы узаконить изъятие денег из фонда обязательного медицинского страхования, тех миллиардов рублей, которые предполагается выделить в отдельный подфонд для того, чтобы их потом списывать на ремонт зданий и закупку оборудования. Именно поэтому я так критически отношусь к этому документу.

Конечно, введение страховой системы в России было шагом отчаяния. На вопрос: что же делать? эксперты Всемирного банка ответили: давайте введем страхование, и у вас появится и страхование, и деньги. И действительно так и сделали, и деньги, и страхование появились. Но как хорошо известно из новейшей истории российской медицины, сколько денег пришло со страхованием, столько денег не додал бюджет в 90-е годы. В результате наша медицина как была, так и остается бедной как церковная мышь. Напомню, что даже на лекарства в России в разы меньше тратится, чем в Болгарии, беднейшей стране Европей-

ского союза. Все эти инновации, начиная с зурабовских времен и кончая современными элегантными временами, являются почти бессмысленными. Это большая беда. Решения принимаются некомпетентными людьми и негодным образом.

Президент “Национальной медицинской палаты” докт. мед. наук Леонид Рошаль: Наше государство выделяет на здравоохранение 3,7 % внутреннего валового продукта, — это в два раза меньше необходимого. Руководители немецких страховых компаний сказали мне, что их здравоохранение в таких условиях умерло бы, а мы еще живем... Мы ничего не говорим о военнослужащих и членах их семей, о детях, находящихся под опекой государства. Мы ничего не говорим о социально значимых болезнях — ВИЧ, туберкулезе и т.д. У нас фактически нет независимой профессиональной экспертизы. За рубежом она работает и работает хорошо: 80 % всех жалоб не доходит до суда... У нас нет постоянного последипломного профессионального образования. В Германии и Америке потому меньше плохих врачей, что там профессиональная организация, а не министерство занимается профессиональным образованием... А знаете сколько получает доктор муниципальной больницы в центральной районной больнице? Зав. отделением с опытом 35 лет? — 8 тысяч со всеми доплатами. Пожалуйста, 20 дежурств давай, в семье не появляйся, — и на 15 тысяч ты наберешь. Любой государственный служащий приходит на работу в 9, а уходит в 5. Получает деньги и на эти деньги живет. А врач на ту зарплату, которая ему выписана, жить не может. И почему мы должны эти вопросы задавать через “Радио Свобода”?

Евгений Гондмахер: Один из недостатков закона — отсутствие предварительно утвержденных стандартов, обязательных на всей территории страны... Если вы сейчас заболете в Кургане и в Москве, вас при одном и том же диагнозе будут лечить по-разному. Существует региональная несправедливость. Еще один принципиальный порок этого закона — отсутствие предварительно созданной инфраструктуры для новой системы здравоохранения — независимой экспертизы — саморегулируемой организации, чтобы она встала на ноги и могла взять на себя многие функции. Закон может работать только тогда, когда подавляющее большинство нашего населения сможет реально платить, честно и официально, а пока нам до этого далеко. Пока это расслоение и ухудшение качества помощи.

Михаил Соколов: Пока нынешняя российская система предполагает совмещение частной практики со службой в государственном учреждении, по-другому не получается.

Ольга Беклемищева: Итак, настоящий законопроект не направлен на улучшение качества и доступности медицинской помощи. И ждать других шагов в этом направлении от нынешнего Минздравсоцразвития бессмысленно (svobodanews.ru).

Законопроект “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации”

9 июня 2010 г. в Независимом пресс-центре на Пречистенке состоялась пресс-конференция «Проект Закона “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” — далее по пути ограничения прав», организованная по инициативе Общества специалистов доказательной медицины (ОСДМ), а также Независимой психиатрической ассоциации России.

Выступившие на пресс-конференции президент ОСДМ В. В. Власов и руководитель юридической службы НПА России Ю. Н. Аргунова единодушно отметили, что законопроект носит антидемократический характер и направлен на снятие ответственности государства за обеспечение достойного уровня медицинской помощи населению.

По мнению В. В. Власова, “в России есть Основы законодательства об охране здоровья граждан, принятые в 1993 и изуродованные последующими поправками, вплоть до закона о монетизации, которые вычистили из него многие социальные гарантии, вплоть до отмены бесплатных дров сельским врачам. В новом законопроекте видны попытки внести местами новые мотивы и правила, но сделано это неграмотными людьми, как, например, в важном разделе о смерти (ст. 61). Там дается неправильное определение клинической смерти и предлагается не проводить реанимацию больным хроническими тяжелыми болезнями, если у них остановилась сердце. При этом весь мировой опыт урегулирования таких ситуаций и сам принцип СОГЛАСИЯ больного игнорируется”. В законе везде указано, что детали будут прописаны в подзаконных актах, но проектов этих подзаконных актов не приведено.

В. В. Власов отметил, что в законопроекте фактически идет речь о дальнейшем ограничении прав граждан на получение медицинской помощи, о дальнейшем переносе тяжести ответственности с федерального бюджета на региональные и местные, на граждан. В нынешней версии закона нет статьи о том, что “Гражданам Российской Федерации гарантируется право на охрану здоровья...”. Вместо этого в ст. 18 говорится о том, что “Граждане имеют право на бесплатную медицинскую помощь в соответствии с законодательством... Гарантированный объем бесплатной медицинской помощи предоставляется гражданам в соответствии с Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи”.

Исчез принцип “социальной защищенности граждан в случае утраты здоровья”, предусмотренный ныне действующими Основами законодательства РФ об охране здоровья граждан. Доступность медицинской помощи обеспечивается “сбалансированностью

возможностей” и “достаточностью ресурсов” (ст. 6), однако нигде не сказано, кто и как обеспечивает эту достаточность и сбалансированность. Ст. 7 законопроекта вводит “недопустимость отказа в оказании МП (ТОЛЬКО) при угрозе жизни человека”, и только без уважительных причин. Согласно законопроекту, если врач не на работе, он может отказать в оказании помощи даже при угрозе жизни.

Федеральное правительство берет на себя право решать, соответствует ли руководитель здравоохранения субъекта Федерации установленным им требованиям (ст. 13, 12 – 13), а также отвечает за “организацию оказания первичной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, и скорой медицинской помощи гражданам” (ст. 13, 19). Но точно то же находится в ответственности субъекта Федерации (ст. 15, 1, 8).

Ст. 18, 5.5 законопроекта предусматривает право на облегчение боли “доступными способами и средствами”, однако при этом не указывается, что понимается под выражением “доступные”. П. 5.8 той же статьи обещает возмещение вреда пострадавшему при оказании помощи, но на основании федерального закона, который не существует.

Ст. 26 ограничивает права общественных объединений пациентов возможностью принимать участие только в разработке “норм этики”, а в остальном — лишь вносить предложения. Им запрещается рекламировать/продвигать лекарства/услуги, в результате важный элемент работы — защита прав на ПРАВИЛЬНОЕ лечение становится незаконным.

Ст. 38 вводит порядки и стандарты оказания медицинской помощи. Стандарты обязательны на всей территории РФ и утверждаются МЗСР. Стандарты построены на использовании лекарств только из Перечня жизненно важных лекарственных средств. При том, что этот перечень не выдерживает никакой критики — абсолютно ненаучен и не соответствует потребностям.

Законопроект трактует медицинскую помощь исключительно как врачебную, она “оказывается медицинскими организациями, а также врачами, занимающимися частной медицинской практикой”. Между тем, медицинские сестры оказывают доврачебную медицинскую помощь, объемы которой во всем мире растут. Ключевое положение семейных врачей также не отражено в законопроекте.

Ю. Н. Аргунова остановилась на правовых аспектах представленного законопроекта. Она, в частности, сказала:

“Первое, на чем следует остановиться, это вопросы регулирования производства судебно-медицинской и судебно-психиатрической экспертиз. В ст. 58

законопроекта в нарушение норм процессуального законодательства (ГПК, УПК и АПК РФ) указывается, что эти виды экспертиз производятся только в государственных судебно-экспертных учреждениях и лишь государственными судебными экспертами в соответствии с ФЗ “О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации”. Согласно, например, п. 60 ст. 5 УПК РФ экспертное учреждение — это государственное судебно-экспертное или иное учреждение, которому поручено производство судебной экспертизы. В соответствии с постановлением Пленума Высшего Арбитражного Суда РФ от 20 декабря 2006 г., заключение эксперта негосударственной экспертной организации не может быть оспорено только в силу того, что проведение соответствующей экспертизы могло быть поручено государственному судебно-экспертному учреждению. Кроме того, на основании определения Кассационной коллегии Верховного Суда РФ от 16 сентября 2004 г. ст. 52 ныне действующих Основ признана неподлежащей применению в части, в какой она не позволяет производить судебно-медицинские экспертизы вне медицинских учреждений государственной или муниципальной систем здравоохранения и лицами, не являющимся государственным судебными экспертами. И, наконец, в ст. 41 указанного ФЗ “О государственной экспертной деятельности в Российской Федерации” прямо предусмотрено распространение его действия на судебно-экспертную деятельность вне государственных судебно-экспертных учреждений и лицами, не являющимися государственными судебными экспертами.

Следует также указать, что авторы законопроекта изняли важную норму из ныне действующих Основ в отношении права гражданина ходатайствовать перед органом, назначившим судебно-медицинскую или судебно-психиатрическую экспертизу о включении и в состав экспертной комиссии дополнительно специалиста соответствующего профиля с его согласия. Исчезло также положение о возможности обжаловать в суд заключение эксперта.

Второй вопрос, который требует корректировки в законопроекте, — вопрос о правах пациента. Отсутствует механизм реализации провозглашенного в законопроекте права пациента на получение информации о своих правах. В ст. 69 об обязанностях медицинских работников и в ст. 74 об обязанностях медицинских организаций нет указания о том, что указанные лица и организации обязаны информировать (а лучше разъяснять) пациента о его правах при обращении за медицинской помощью. Данное право должно быть сформулировано в самостоятельной статье аналогично праву на информацию о своем здоровье.

Фактически ограничено право гражданина на информацию о состоянии здоровья. В числе лиц, обязанных сообщать ему такую информацию, значатся лишь медицинские работники, в то время как действующи-

ми Основами такие сведения должны предоставляться и специалистами (например, по результатам МРТ и других исследований). Требуется законодательного уточнения понятие “интересы третьей стороны” как основание для отказа гражданину в предоставлении ему копии его истории болезни в полном объеме. Право пациента на консультацию специалиста ограничивается возможностью приглашения специалиста лишь лечащим врачом пациента, в то время как специалист, приглашенный самим пациентом (его представителем), как правило, не допускается к пациенту в период его нахождения в стационаре.

В законопроекте не получил закрепления институт представительства прав пациента при оказании ему медицинской помощи. Такой институт предусмотрен, например, ст. 7 Закона РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”. Совершеннолетнее дееспособное лицо, не имеющее, соответственно, законного представителя, должно иметь право на выдачу доверенности на представительство (не обязательно адвокатом) его интересов перед администрацией лечебного учреждения, при оказании медицинской помощи.

В законопроект не вошла норма (ч. 2 ст. 30 действующих Основ) о праве пациента в случае нарушения его прав на обращение с жалобой непосредственно к руководителю или иному должностному лицу медицинского учреждения, а также в соответствующие профессиональные и медицинские организации либо в суд.

Третье антидемократическое нововведение законопроекта состоит в лишении профессиональных медицинских общественных объединений их прав, предусмотренных действующими Основами, Законом РФ “Об общественных объединениях” и международно-правовыми актами. В законопроекте указывается, что такие объединения принимают участие в разработке норм этики в сфере охраны здоровья граждан и решений вопросов, связанных с нарушением этих норм; разработке порядка оказания медицинской помощи и ее стандартов; в аттестации медицинских работников для получения ими квалификационных категорий только в случае, если они аккредитованы уполномоченным федеральным органом исполнительной власти в порядке, установленном Правительством РФ. Таким образом, государство получает право выбирать для этих целей лояльные организации по своему усмотрению. Тем самым из перечисленных сфер деятельности устраняются профессионалы, могущие выступить с конструктивной критикой и предложениями.

В Декларации о политике в области обеспечения прав пациента в Европе, принятой в 1994 году, оказание поддержки со стороны правительства созданию и успешной работе неправительственных общественных объединений, чья деятельность связана с отстаиванием прав пациентов, названа стратегическим ком-

Законопроект “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации”

понентом. Права профессиональных общественных объединений должны быть расширены за счет введения права на защиту прав пациентов. Всем известен положительный опыт по разработке нормативной базы по защите прав пациента Всемирной медицинской ассоциацией.

Четвертым важным блоком вопросов, которые должны были быть регламентированы законопроектом, являются вопросы правового положения пациентов, признанных судом недееспособными, с учетом Конвенции о правах инвалидов, Рекомендации Комитета министров Совета Европы № R(99)4 “О принципах, касающихся правовой защиты недееспособных взрослых”, а также правовой позиции, выраженной Конституционным Судом в Постановлении от 27 февраля 2009 г. № 4-П. Право на информацию о состоянии здоровья недееспособного и согласие на медицинское вмешательство реализуется только через законного представителя без учета способности самого недееспособного воспринимать такую инфор-

мацию и высказывать свое отношение к проводимому медицинскому вмешательству. Возможность и порядок участия недееспособного лица в клинических исследованиях вообще не отражена в законопроекте”.

Законопроект обнародован в летнюю жару, когда его некому обсуждать. Тем не менее, на пресс-конференции присутствовали журналисты центральных российских газет и телеканалов, которые проявили большую заинтересованность в обсуждении этого базового закона здравоохранения, особенно в условиях сложной экологической обстановки в Москве, когда повышенные требования предъявляются к работе всех медицинских учреждений. Как сказал В. В. Власов, в совокупности с другими только что принятыми и подготовленными законопроектами, в частности, законом об обращении лекарственных средств и законом об обязательном медицинском страховании, данный законопроект “не меняет систему, но заколачивает в ней все пожарные выходы”.

**Региональная конференция
Всемирной психиатрической ассоциации**

**СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ
ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ
И ОСОБЕННОСТИ ПЕРЕХОДНОГО ПЕРИОДА**

14 – 17 апреля 2011 Г., Ереван, Армения

www.apnet.am

**XV ВСЕМИРНЫЙ
КОНГРЕСС ПО ПСИХИАТРИИ**

18 – 22 сентября 2011 г., Буэнос-Айрес, Аргентина

mcastex@congresosint.com.ar; www.congresosint.com.ar

Политическое дело аполитичной организации и психиатрия: нестандартное решение Центра им. Сербского

В 2000 году ФСБ создал отдел молодежных организаций, и в декабре того же года сотрудники Люберецкого РУБОПа сфабриковали дело о незаконном вооруженном формировании (ст. 208 УК) в отношении совершенно безобидной аполитичной организации «Ф.А.К.Э.Л.-П.О.Р.Т.О.С.» (Формирование Альтруистов — Кандидатов в Эволюционирующие Люди — Поэтизированное Объединение Разработки Теории Общественного Счастья). Это молодежная коммуна макаренского типа, занимавшаяся самосовершенствованием своих членов и перевоспитанием беспризорников, в частности, наркоманов, создавшая успешные хозяйства под Харьковом и под Москвой. Все ее члены с энтузиазмом работали и учились по специальной общеобразовательной и культурной программе, куда входило, например, изучение эсперанто, но прежде всего, ежедневное сочинение стихов, в соответствии с Теорией Счастья их организатора Юрия Давыдова. Они были приверженцами здорового образа жизни (было запрещено пить, курить, сквернословить) и демократического устройства: у них была система двух партий, дискутировавших между собой. Это была не просто самообеспечивающаяся организация, она приносила доход, позволявший ей по собственной инициативе обеспечивать продуктовыми наборами в 1998 – 2000 гг. окружной совет ветеранов и детские дома, пока она не была варварски разгромлена и разграблена Люберецким РУБОПом с грубейшими нарушениями закона. Это касалось не только техники и транспорта, — библиотека художественной, научной и учебной литературы из 10 тысяч книг была сдана в макулатуру под резак. Поводом послужила предусмотренная уставом порка за кражу двух несовершеннолетних (ст. 117 УК), которые предпочли такое наказание исключению из организации, а потом отказались считать себя потерпевшими. «Вооруженным формированием» организацию обозначили благодаря двум официально зарегистрированным охотничьим ружьям и пневматическому пистолету, приобретенным после избийений рэкетирами. Таких организаций множество в Европе и Америке, но в авторитарных странах общественная самостоятельность всегда считалась опасной.

Поскольку с самого начала это дело рассыпалось, его сопровождала полицейская психиатрия, признавшая Ю. Давыдова общественно опасным психически больным. В начале 1980-х он дважды принудительно помещался в ПБ за идеи социального реформаторства, и летом 2001 г. стационарная СПЭ в Центре им. Сербского опять ставит ему диагноз «шизофрения, бредовые идеи перестройки и реформаторства общества» и направляет на принудительное лечение в стационар специализированного типа. В общей сложности Ю. Давыдов пробыл в изоляции пять с половиной лет, из них последние полтора года в Московской ГПБ № 5. Двум другим членам организации ее деятельность стоила по четыре с половиной года заключения. Столь-

ко же потребовал прокурор еще для одного портосовца — Юлии Приведенной, чему была посвящена 16.07.2010 пресс-конференция в Независимом пресс-центре в одном квартале от Центра им. Сербского. За два года судебных разбирательств этого дела из 43 свидетелей обвинения в суд не пришел ни один, все «потерпевшие» отказались считаться таковыми. Со стороны защиты выступило более 20 свидетелей, в том числе Людмила Алексеева, Светлана Ганнушкина, Сергей Григорьянц, Сергей Ковалев, Лев Пономарев, Алексей Симонов и др. «Это полное дежавю со сталинским временем», — подытожила Л. М. Алексеева. Судя по всему, власть предрешающие надеялись сохранить лицо с помощью психиатрии, и Юлия Приведенная была направлена на судебно-психиатрическую экспертизу (СПЭ) без всяких на то оснований. Разве что за «инфантильный идеализм» своих убеждений и образа жизни. Но амбулаторная СПЭ, не найдя никаких болезненных психических расстройств клинического уровня, не поставила точку, а приписала: «в силу неясности клинической картины нуждается в стационарной СПЭ». Для подэкспертной это значило провести месяц в Центре им. Сербского среди реальных убийц и психически больных. Это очень частая формулировка экспертов Центра им. Сербского, причем очень часто без какого-либо корректного обоснования, если не считать экономии умственных усилий и времени, необходимых для заключения. Спрашивается: по данному конкретному делу, где все на поверхности, экспертам важен тонкий академический диагноз, для которого мало двух-часового комиссионного клинического разбирательства и предварительного экспериментально-психологического исследования, или решение практического вопроса — могла ли Юлия Приведенная в юридически значимый момент осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими? Перед нами — на свой лад — жесткий обвинительный уклон, составляющий существо полицейской психиатрии, с приоритетом не личности с маленькой буквы, а Государства с большой буквы. Что же являлось до сих пор для психиатров в этом деле общественной опасностью? Ведь они должны были отвечать на этот вопрос, исходя только из своих клинико-психопатологических оснований, а не повторять обвинения, которые очень часто лживы, примерами чего так богата наша история.

Портосовцев назвали не только «незаконным вооруженным формированием», но еще и «сектой, истязующей своих членов»!

Отрядным исключением стала стационарная СПЭ в Центре им. Сербского под председательством проф. А. А. Ткаченко, которая признала Юлию Приведенную психически здоровой.

28 июля 2010 г. суд признал Юлию Приведенную виновной по всем статьям предъявленного ей обвинения и приговорил ее к 4,5 годам лишения свободы условно.

РЕКОМЕНДАЦИИ

Лао-цзы. Дао-Дэ цзин. Книга о пути жизни. — М., 2010 (самый тщательный комментированный перевод В. В. Малявина)

Хаксли Олдос. Вечная философия. — М., 2010

* * *

Бауман Зигмунт. Актуальность Холокоста — М., 2010

Хейзинга Йохан. Тени завтрашнего дня. Человек и культура. Затемненный мир. — СПб., 2010

* * *

Поппер Карл. Как я понимаю философию. — М., 2009

Альберт Ханс. Трактат о критическом разуме. — М., 2009

Арон Раймон. Воображаемые марксизмы. — М., 2010

Хэзлитт Уильям. Застольные беседы. — М., 2010

Калеро Педро-Гонсалес. Философия с шуткой. — М., 2010

* * *

История теоретической социологии (в 4 книгах). — М., 2010

Рукетт Мишель-Луи. Познание масс. Очерки политической психологии. — М., 2010

Даль Роберт Аллан. Полиархия: участие и оппозиция. — М., 2010

* * *

Бакунин Михаил. Исповедь. — СПб., 2010

Брюкнер Паскаль. Парадокс любви. — СПб., 2010

Яноух Франтишек. Нет, я не сожалею. — М., 2010 (о подавлении Пражской весны. 1968 – 1973).

Горбеев Б. С. Советские физики шутят... хотя бывало не до шуток. — М., 2010

* * *

Шекспир Вильям. Сонеты. I-II (прозаические и поэтические переводы) — М., 2009

Кейрош Жозе Мария Эса де. Реликвия. — М., 2010

Лилиенкрон Детлев фон. Избранные стихотворения. — М., 2010

Гессе Герман. Кризис. — М., 2010 (исповедальные стихи, предназначенные для романа «Степной волк», впервые на русском языке)

Гессе Герман. Магия книги. — СПб. — М., 2010

Клодель Поль. Познание Востока. — М., 2010

Жан Кокто. Ужасные дети. — СПб., 2010

Жан Кокто. Портреты — воспоминания. 1900 – 1914. — СПб., 2010

Менассе Роберт. Изгнание из ада. — М., 2010

ABSTRACTS

Law and Ethics in Russian Psychiatry in the Last 20 Years

Yu. S. Savenko, D. G. Bartenev (St-Petersburg)

Key words: psychiatry and law, psychiatry and ethics, Russian psychiatry after 1990.

It is shown that in the course of the last 20 years there occurred a drastic change in understanding of the law and ethics in the Russian psychiatry. These notions, totally governed by ideology in Soviet time, commenced to gain the meaning generally accepted in the international practice. But since 1995 real path of this process has gone backwards. There is a great gap between the package of legislative acts and law enforcement practices, disregard ethics, human rights and Constitution. The leaders of Russian forensic psychiatry fully deny the use of psychiatry in political purposes in the Soviet Union, although it was the first from the five conditions of returning Russian psychiatry to the World Psychiatric Association. The IPA of Russia focuses efforts on protection of rights of legally incapable persons, introduction of institute of partial incapability.

To the Differentiated Diagnostics of Overestimated Delirium and Paranoid Schizophrenia

I. M. Bekker, O. I. Nesiforova (Naberezhnye Chelny)

Key words: overestimated delirium, paranoid psychopathy, overestimated ideas.

The concrete clinical case, making actual the problem of differentiation between endogenous illness (schizophrenia) and decompensation of personality disorder (pathological personality development) has been described in details.

Some Aspects of Pathomorphosis of Neurotic Obsessive-Phobic Disorders

N. D. Lakosina, A. V. Pavlichenko

Key words: pathomorphosis, neurosis, obsessive-phobic disorders, reasons for pathomorphosis, treatment of phobias.

An objective of the study was to investigate a modern pathomorphosis of neurotic obsessive-phobic disorders. The features of obsessive-phobic disorders observed in the 60 – 80-years of the last century, included the following: acute stressful events were the main triggers of phobic disorders; panic attacks consisted of autonomic symptoms and fear of dying from heart disease; intrusive struc-

ture of phobias; phobias could be replaced by obsessions (aggressive impulses, pathological doubts); active coping strategies with obsessive-phobic disorders; subthreshold depression was secondary to the phobias; treatment included phenothiazine neuroleptics and sedative benzodiazepines. The following features of the modern neurotic obsessive-phobic disorders are pointed out: exacerbation of phobias precede the combination of pathological changes in social psychological and biological background; panic attacks involve autonomic symptoms, conversion symptoms, social phobias and various hypochondriacal fears; predominate phobias of several means of transport; overvalued structure of phobias; passive strategies of coping with fears; dynamics is due to the expansion of avoidance behavior; depression appear as comorbid disorder; treatment includes serotonergic antidepressants and anxiolytics. A pathomorphosis of neurotic obsessive-phobic disorders are associated with reasons such as illness, treatment, patient and social environment.

Critical Thinking in the Theory and Practice of Psychotherapy

Oleg Savenkov (Sydney, Canada)

Key words: psychotherapy, psychology, psychiatry, evidence-based medicine, critical thinking, scientific methodology.

There has been a growing need in scientific testing of psychotherapy techniques and theories due to their significant number, particularly when some of them are of questionable scientific value. Scientific methodology is the best method to test the validity of theories which the psychotherapeutic techniques are based on. Empirical testing of such the theories may lead to a drop in psychotherapy numbers, their refinement and improvement in treatment outcomes.

Evaluation of Hospital Patients Rights from Their Own and Professionals Perspectives

I. A. Byilim (Stavropol), **E. B. Lyubov**

Key words: hospital psychiatric patients, the right.

Study indicates a deep divergence in aspect of evaluation of psychiatric inpatients rights from professionals and patients perspectives.

**Psychotherapeutic Preventive Maintenance
of Poststressful Conditions at Military Men**

E. Yu. Sokolov

Key words: post stressful frustration, emergency situations, adaptation, an exhaustion, self-control methods.

The information on observed psychosomatic complications at the military men who have visited situations of fighting stress is given. Variants of post stressful psychopathological frustration are considered. For them not only treatment, but in the first turn — of their prevention, active use of psychotherapeutic methods is recommended. For this purpose it is necessary for psychotherapeutic service to train people in epaulets in ability independently in practice, both in peace and in

wartime, to use competently psychotherapeutic methods for the purpose of revealing of own reserve possibilities. The last is a true barrier for post stressful frustration at military men.

**A New Way of Suppression of Experts'
Competition in Court**

Yu. S. Savenko

In notorious court trial against organizers of exhibition in Andrey Sakharov Museum both public prosecutor and judge used the demand which we have never heard. They refused to criticize the expert conclusion which there was in the case's materials and even to call the name of its author.

**Региональный конгресс
Всемирной психиатрической ассоциации
КОМОРБИДНОСТЬ
ПСИХИЧЕСКИХ И СОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ**

26 – 28 января 2011 г., Каир, Египет

servo@servoegypt.com; www.wpacairo2011.com

**Международный конгресс
Всемирной психиатрической ассоциации
ДОСТУПНОСТЬ, КАЧЕСТВО И ГУМАННОСТЬ
ПОМОЩИ**

17 – 21 октября 2012 г., Прага, Чехия

Wpaic2012@guarant.cz; www.wpaic2012.org