

*ISSN 1028-8554*

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

---

---

**НЕЗАВИСИМЫЙ  
ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ  
ЖУРНАЛ**

**INDEPENDENT  
PSYCHIATRIC  
JOURNAL**

**ВЕСТНИК НПА  
IPA HERALD**

**III**

**2011**

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 03.09.2011. Подписано в печать 12.09.2011. Формат 60×84 1/8.  
Бумага типографская офсет № 1. Гарнитура “Таймс”. Печать офсетная.  
Тираж 1000 экз. Заказ № 2011-03-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

60-ЛЕТИЕ ПАВЛОВСКОЙ СЕССИИ И ЕЕ УРОКИ . . . . .	5
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ	
<b>О роли невропатической конституции в формировании ипохондрических расстройств у детей и подростков — Е. В. Корень, А. М. Марченко . . . . .</b>	<b>8</b>
<b>Алкогольные галлюцинозы (литобзор) — Т. И. Немкова, А. Г. Гофман . . . . .</b>	<b>14</b>
<b>Патологическая склонность к азартным играм. Феноменология вовлечения. Часть 1 — Д. А. Автономов . . . . .</b>	<b>21</b>
КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ	
<b>Больная с нервной анорексией. Какова нозология? — Ведущий В. Г. Остроглазов, врач-докладчик Н. А. Правдина . . . . .</b>	<b>27</b>
ИЗ КЛАССИЧЕСКОГО НАСЛЕДИЯ	
<b>Йозеф Берце (Вена) — Психология шизофрении (часть V, окончание) . . . . .</b>	<b>44</b>
ПСИХИАТРИЯ И ПРАВО	
<b>Откройте, полиция! (О “содействии” сотрудников полиции медицинским работникам) — Ю. Н. Аргунова . . . . .</b>	<b>48</b>
<b>Предложения НПА России по законопроекту “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” . . . . .</b>	<b>51</b>
ИЗ ДОСЬЕ ЭКСПЕРТА	
<b>“Заключение комиссии экспертов о невозможности решения экспертно-диагностических вопросов в амбулаторных условиях” — один из типовых ответов ГНЦ им. В. П. Сербского. . . . .</b>	<b>54</b>
ПСИХОТЕРАПИЯ	
<b>Краткосрочный вариант Терапии творческим самовыражением Бурно в паллиативной онкологии — Т. В. Орлова . . . . .</b>	<b>57</b>
ИСТОРИЯ ПСИХИАТРИИ	
<b>Отечественный психиатр Я. А. Анфимов — И. И. Щиголов (Брянск) . . . . .</b>	<b>62</b>
<b>Анатолий Кузьмич Ануфриев в живой жизни (часть 2). Из воспоминаний Н. П. Дейкиной. . . . .</b>	<b>67</b>
С ФОРУМА НПА РОССИИ	
<b>Поучительная история . . . . .</b>	<b>73</b>
ХРОНИКА	
<b>20-летие Феникса. Юбилейная конференция в Ростове-на-Дону. Единство позиций . . . . .</b>	<b>78</b>
<b>Национальная Медицинская Палата: декларация о намерениях и пошлая действительность . . . . .</b>	<b>79</b>
<b>Обсуждение проблем наркологии у Уполномоченного по правам человека в РФ. . . . .</b>	<b>82</b>
<b>Общественный контроль распространяется на закрытые психиатрические учреждения Конференции в Перми и Барнауле. . . . .</b>	<b>84</b>
<b>Поездки в Ногинскую и Орехово-Зуевскую психиатрические больницы . . . . .</b>	<b>85</b>
<b>Проверка соблюдения прав детей-сирот в Челябинской области . . . . .</b>	<b>88</b>
ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ТВОРЧЕСТВО	
<b>О некоторых аспектах творчества Иосифа Бродского — Б. А. Воскресенский . . . . .</b>	<b>90</b>
НЕКРОЛОГИ	
<b>Орест Дмитриевич Сосюкало . . . . .</b>	<b>96</b>
<b>Александр Юрьевич Магалиф . . . . .</b>	<b>97</b>
РЕКОМЕНДАЦИИ . . . . .	99
АННОТАЦИИ . . . . .	100

## CONTENT

THE 60-TH ANNIVERSARY OF PAVLOV SESSION AND ITS LESSONS . . . . .	5
URGENT PROBLEMS OF PSYCHIATRY AND NARCOLOGY	
<b>The importance of neuropathic constitution in the formation of hypochondriasis in children and adolescents — E. V. Koren, A. M. Marchenko . . . . .</b>	<b>8</b>
<b>Alcoholic hallucinosis (literature review) — T. I. Nemkova, A. G. Hofman . . . . .</b>	<b>14</b>
<b>Pathological gambling addiction. Phenomenology of involving. Part 1 — D. A. Avtonomov . . . . .</b>	<b>21</b>
DISCUSSION OF A CLINICAL CASE	
<b>A patient with anorexia nervosa. What is nosology? — V. G. Ostroglazov, I. V. Medvedeva . . . . .</b>	<b>27</b>
FROM THE CLASSIC HERITAGE	
<b>Josef Berze (Vienna) — Psychology of schizophrenia (part V, ending) . . . . .</b>	<b>44</b>
PSYCHIATRY AND LAW	
<b>Open, police! (On “assistance” of police officers to medical workers) — Ju. N. Argunova . . . . .</b>	<b>48</b>
<b>The IPA of Russia proposals to the bill “On outlines of health protection of citizens in the Russian Federation” . . . . .</b>	<b>51</b>
FROM AN EXPERT’S DOSSIER	
<b>“The conclusion of the commission of experts about impossibility to decide expert and diagnostic questions in out-patient conditions” — one of the typical answers of the Serbski Center . . . . .</b>	<b>54</b>
PSYCHOTHERAPY	
<b>The Short-term version of the Creative Self-expression psychotherapy by Burno in palliative oncology — T. V. Orlova . . . . .</b>	<b>57</b>
HISTORY OF PSYCHIATRY	
<b>Russian psychiatrist Ya. A. Anfimov — I. I. Schigolev (Bryansk) . . . . .</b>	<b>62</b>
<b>Anatoly Kuzmich Anufriev in real life (part 2). In reminiscences of N. P. Deikina . . . . .</b>	<b>67</b>
FROM THE IPA’S FORUM	
<b>Instructive history . . . . .</b>	<b>73</b>
THE CHRONICLE	
<b>The 20-th anniversary of the Phoenix. Anniversary conference in Rostov-on-Don. Unity of positions. . .</b>	<b>78</b>
<b>National Medical Chamber: the declaration on intentions and the trite validity . . . . .</b>	<b>79</b>
<b>Discussion of problems of narcology at the RF Ombudsman for human rights . . . . .</b>	<b>82</b>
<b>Public control extends on the closed psychiatric facilities</b>	
<b>Conferences in Perm and Barnaul . . . . .</b>	<b>84</b>
<b>Trips to Noginsk and Orehovo-Zuevo mental hospitals. . . . .</b>	<b>85</b>
<b>Check of observance of the rights of children-orphans in the Chelyabinsk area . . . . .</b>	<b>88</b>
PSYCHOPATOLOGY AND CREATIVENESS	
<b>Some aspects of the literary work of the poet I. Brodsky (the reflections of the psychiatrist-psychotherapist) — B. A. Voskresensky . . . . .</b>	<b>90</b>
OBITUARIES	
<b>Orest Dmitrievich Sosjukalo . . . . .</b>	<b>96</b>
<b>Alexander Yurievich Magalif . . . . .</b>	<b>97</b>
RECOMMENDATIONS . . . . .	99
ABSTRACTS . . . . .	100

## 60-летие ПАВЛОВСКОЙ СЕССИИ 1951 г.

Что такое Павловская сессия 1951 года и что она значит для отечественной психиатрии, отечественной медицины и науки в целом? Что знает об этом нынешнее поколение коллег? А ведь “научные” сессии ВАСХНИЛ 1948 года и Павловские сессии 1950 и 1951 гг. на несколько десятилетий прервали развитие генетики, физиологии, психологии, психиатрии, принесли огромный экономический ущерб, не говоря уже о судьбах — не только профессиональных — многих лучших людей.

Непрерывное с 1921 года идеологическое и административное вмешательство советской власти в науку, резко усилившееся с 1931 года, приведшее к разгрому в 1935 г. педологии, психотехники, психогигиенического направления в психиатрии, смещению Н. Вавилова с поста Президента ВАСХНИЛ (и его арест в 1940 г.), увенчалось эпохой Большого Террора 1936 – 1938 гг.

Но и после войны Павловские сессии 1950 – 1951 гг. не нечто экзотическое, не ошибка властей, а целенаправленная политика в унисон со многим другим, что делалось в этот период в стране. В 1946 – 1948 гг. это идеологический поход “за полное и безусловное искоренение влияния западной культуры”, в 1948 г. (31.07 – 07.08) чудовищная неслыханная в истории мировой науки сессия ВАСХНИЛ, а за полгода до нее убийство председателя Антифашистского еврейского комитета С. Михоэlsa и арест других членов комитета по указке Сталина и создание лагерей особого назначения. В 1949 г. антисемитская кампания под флагом борьбы с “космополитами”.

В 1950 г. (28.06 – 04.07) состоялась Павловская сессия АН и АМН СССР в физиологии, а в 1951 г. (11 – 15.10) Павловская сессия АМН СССР и Всесоюзного общества невропатологов и психиатров в неврологии и психиатрии. На первой эпитафии Павлова во главе с акад. К. М. Быковым и проф. А. Г. Ивановым-Смоленским громили самого талантливого и

близкого ученика И. П. Павлова, его преемника акад. Л. А. Орбели и его сотрудников как “антипавловцев”, а также акад. И. С. Бериташвили, акад. А. Д. Сперанского, проф. П. К. Анохина, и с особой злобой уже арестованную акад. Л. С. Штерн<sup>1</sup>. На второй сессии — после паузы, предоставленной для публичных покааний, — состоялся погром Ивановым-Смоленским и авторами основного доклада (и даже такими в толпе многих как Е. Н. Каменева и В. М. Морозов), целой плеяды ведущих психиатров. Это были А. С. Шмарьян, М. О. Гуревич, Р. Я. Голант, М. Я. Серейский, М. А. Гольденберг, В. А. Гиляровский, А. Б. Александровский, И. М. Равкин, Л. Л. Рохлин, Ю. Б. Розинский, Г. Е. Сухарева, П. Б. Посвянский, Л. П. Лобова, А. Р. Лурья, М. С. Лебединский, А. О. Эдельштейн. Из 13 склоняемых психиатров 11 были евреями, — впереди уже маячили расстрел членов Антифашистского еврейского комитета (1952) и “дело врачей” (1953), аресты по которому начались с декабря 1950 г. (с проф. Я. Г. Этингера и его жены).

Все эти разгромы были своего рода “раскулачиванием”<sup>2</sup> — заменой настоящих, самостоятельно и оригинально мыслящих ученых и многообразия научных школ единообразием официальной позиции во главе с механистически мыслящими и солдафонски авторитарно руководящими начальниками. А само павловское учение представлялось как наиболее удобная теория и практика выращивания и дрессировки новой породы людей, homo soveticus. Это был грандиозный социальный эксперимент на собственном народе заодно с преобразованием природы и общества.

Психиатрии еще повезло, что среди авторов официального доклада в 1951 г. был не выступивший с вступительным словом один из докладчиков предыдущей сессии А. Г. Иванов-Смоленский, многократно дававший до этого реальные основания для уничтожающей критики своих вульгарных взглядов<sup>3</sup>, а такие клиницисты-ученые как А. В. Снежневский и

<sup>1</sup> Лина Соломоновна Штерн (1878 – 1968) — основоположница учения о гематоэнцефалическом барьере и лечения энцефалопатий введением лекарств. Родилась в Риге, в 1917 – 1925 гг. профессор кафедры биохимии Женевского университета, в 1925 г. приглашена акад. А. Н. Бахом в Советский Союз, ежегодно праздновала этот переезд как день рождения, организовала в 1933 г. Институт физиологии АН СССР, первая в мире женщина академик (1938). В 1946 г. первое излечение абсолютного смертельного тогда туберкулезного менингита. В 1948 г. ее Институт расформирован. В январе 1949 г. арестована.

<sup>2</sup> Возвышение Т. Д. Лысенко началось со Второго съезда колхозников-ударников в 1935 г., где он заявил, что в то время, как в деревне против советской власти выступают кулаки, в городе тоже самое делают “кулаки от науки”, на что Сталин зааплодировал, восклицая: “Браво, товарищ Лысенко, браво!”

<sup>3</sup> В 1935 г. прошла дискуссия психиатрической клиники ВИЭМ В. А. Гиляровского с ленинградской психиатрической клиникой А. Г. Иванова-Смоленского, а еще в 1934 г. Н. П. Б. Бруханский открыл научный сборник своей клиники (“Схизофрения”) критической статьей в адрес опубликованного в “Известиях” доклада И. П. Павлова “Экскурс физиолога в область психиатрии”. В 1937 г. М. О. Гуревич, А. С. Шмарьян, А. Б. Александровский и многие другие писали о “механистической опасности” направления А. Г. Иванова-Смоленского.



Михаил Осипович Гуревич



Александр Соломонович Шмарьян



Лина Соломоновна Штерн



Раиса Яковлевна Голант

О. В. Кербики, которые задали — правда спустя десятилетие — достойное направление развитию отечественной психиатрии. Но тогда, на сессии, они выступали агентами власти и читать их доклад стыдно<sup>4</sup>, да и сами они потом сокрушались об этом. Но особенно больно читать покаянные выступления таких выдающихся ученых как акад. П. М. Жуковский (на сессии 1948 г.) и акад. Л. А. Орбели (на сессии 1950 г.), тем

более после их первых блестящих боевых выступлений. Тем не менее, это необходимое чтение, дающее живое понимание реальности без всяких комментариев. На поверхности торжество убогого уровня и глухота к элементарной логике<sup>5</sup>.

В чем было научное существо “ошибочности”, “реакционности” идей “психоморфологического” направления? Его вообще не было, это полная фикция.

<sup>4</sup> В первое десятилетие после Павловской сессии Иванов-Смоленский, наряду с Павловым, для Снежневского — правофланговый, которого он постоянно цитирует, пиная на каждом шагу Яспера и всех классиков немецкой психиатрии. В 1952 г. Снежневский издал монографию В. Х. Кандинского “О псевдогаллюцинациях”, произвольно сократив текст, опустив более сотни ссылок на иностранных авторов и цитат из них на том основании, что русские авторы “значительно раньше и прогрессивнее”, а “Ясперс с присущим ему шовинизмом” (!) уже готов назвать шперрунги с вестибулярными расстройствами припадками Клооса. В 1961 г. по указанию Снежневского был уничтожен тираж научного сборника под ред. проф. А. Л. Эпштейна. Следы этого пагубного стиля сохранялись и в последующем.

<sup>5</sup> Так, Л. А. Орбели — “антипавловец”, а уважение к Г. Менделю — страшное преступление, тогда как И. П. Павлов поставил Менделю памятник в Колтушах перед своим институтом.



Разве что Иванову-Смоленскому удобнее было расплывчато говорить о “корково-подкорковых”, “корково-экстрапирамидных” связях, чем вникать в значительно усложнившееся дифференцированное понимание взаимосвязей мозговых структур с приписыванием своего собственного примитивного понимания проблемы локализации мозговых функций своим больно уязвлявшим его оппонентам. Ведь задолго до Павловской сессии А. А. Ухтомский, К. Гольдштейн, Р. Вагнер, Н. А. Бернштейн, П. К. Анохин уже достаточно ясно наметили существо современных взглядов. Жару поддавала кампания по борьбе с низкопоклонством перед западной наукой, любая ссылка на иностранный источник, обнаружившаяся грамотность такого рода выглядели подозрительными, могли стать поводом для придинок. В результате порция злобной бессодержательной критики досталась таким выдающимся клиницистам как Карл Клейст (проф. во Франкфурте-на-Майне в 1920 – 1950 гг.) и Отто Петцль (проф. в Праге в 1922 – 1928 и в Вене в 1928 – 1945 гг.) и даже К. Гольдштейну, К. Левину и Ч. Шеррингтону и всей “англо-американской психоневрологии, которая находится в состоянии маразма”.

Смысл всех сессий лежал вне науки и для науки носил разрушительный характер, а обновление кадров сопровождалось снижением их уровня. Людями невысокого уровня легче управлять.

Нельзя не отметить, что отношение к сессиям 1948 и 1950 – 1951 гг. практически у всех коллег вызывает единодушное отвращение. И все же есть немало нюансов. Умалчивается, что примитивнейшие сочинения А. Г. Иванова-Смоленского были недавно переизданы, в отличие от блестящей, не утратившей своего значения монографии А. С. Шмарьяна “Мозговая патология и психиатрия. Опухоли головного мозга и учение о локализации функций” (М., 1949), что огромный доклад А. В. Снежневского, В. М. Банщикова, О. В. Кербикова и И. В. Стрельчука стыдливо обходится молчанием, что мишенью самой злобной критики Павловской сессии была акад. АН СССР Лина Соломоновна Штерн, основоположница учения о гематоэнцефалическом барьере, арестованная к этому моменту как член антифашистского еврейского комитета, что сменивший А. С. Шмарьяна на посту главного психиатра страны А. А. Портнов не пощадил и своего учителя Р. Я. Голант, что попытка представить “стиль проведения заседаний Общества и характера принимаемых решений” на сессии 1951 года как нетипичный для Всесоюзного общества психиатров и невропатологов не выдерживает критики. Именно стиль был тем же, что установился на психологических и психиатрических съездах с начала 1920-х годов. Чего стоит только Второй Всесоюзный съезд 1936 года или Конференция 1961 года? Можно было привести немало примеров сохранившихся традиций этого стиля, уподобляющегося власти и воспроизводящего власть, и это неизбежно пока сама

власть не считается ни с научной экспертизой, ни с необходимостью профессиональной автономии, ни с недопустимостью вмешательства в научную проблематику. Зарок не вмешиваться нарушил еще Б. Н. Ельцин своим протекционистским указом в отношении психоанализа, наряду с разработкой способа выделения энергии из гранита и мн.др.

Как все это выглядит сегодня? После периода разоблачений наступила пора реставрации не только Сталина, но и Лысенко и Иванова-Смоленского, очередь разве что за А. Я. Вышинским. Похоже, что сегодня роль Лысенко и Иванова-Смоленского исполняет спикер Государственной Думы, которого не стыдится правящая партия. Нашу нынешнюю действительность характеризует не ответ на вопрос: пользуется ли он сам со своей семьей фильтрами Петрика, а ожившая химера открытого безнаказанного жульничества с обязательностью ему подвергнуться (как в Новгородской области) с выражением полного доверия, в сочетании с грубым “наездом” на Российскую Академию Наук за решительную критику. Пожалуй, на таком фоне упомянутые сессии впечатлят не столь многих. А ведь история с Петриком, “с финансированием в тринадцать триллионов рублей” его нано-фильтров, хотя и показательный, но мелкий штрих. Это вблизи не видно, какая гора выше. Для историка науки сессии 1948, 1950 – 1951 гг. — горный кряж. Их суть не столько в торжестве примитивных представлений и их носителей, сколько в разрушительных последствиях вмешательства власти в науку. Нынешние формы такого вмешательства приобрели внешне respectable вид, подобно тому, как современный рэкетир — это уже не громила, а госслужащий с портфелем. Теперь это, прежде всего, финансовая политика, причем распределение средств диктуется до мелочей сверху чиновниками исполнительной власти. Эта грубо неэффективная громоздкая система исходит из своих собственных приоритетов, далеких от пользы дела.

Современные формы вмешательства власти в науку, наиболее очевидные на примере психиатрии, это ее дряхлеющее и даже нарастающее огосударствление, закрепляемое квазигитимным путем и противоестественной для нас централизацией. Профессиональным сообществам навязывается модель нашей авторитарной власти, гримирующей под демократию.

Урок Павловской сессии, — что записанная в ее резолюции просьба к МЗ СССР пересмотреть состав редколлегии журнала “Невропатология и психиатрия” и реорганизовать состав Правления и Президиума Общества вызывает теперь единодушное отторжение и вынуждает нынешнюю власть прибегать к изыскам типа “чеченизации”: манипулирования медицинскими обществами посредством Национальной медицинской палаты ценой мелких подачек. Об этом — в Хронике этого выпуска журнала.

*Ю. С. Савенко*

## О роли невропатической конституции в формировании ипохондрических расстройств у детей и подростков

Е. В. Корень, А. М. Марченко<sup>1</sup>

На основании сравнительно-возрастного изучения особенностей формирования ипохондрических расстройств в детском и подростковом возрасте выявлена существенная роль невропатической конституции, являющейся как облигатным условием повышенной уязвимости к психогениям с формированием невротических реакций и состояний с ипохондрическим содержанием, так и имеющей самостоятельное патогенетическое значение, позволяющее выделить как специфические для детского возраста конституционально-невропатические варианты ИР.

Освещены сравнительно-возрастные особенности формирования сверхценных вариантов ИР, свидетельствующие в пользу преципитирующей роли невропатической конституции, а также влияние измененной невропатической реактивности на ипохондрическое оформление фабулы некоторых вариантов ипохондрического синдромакомплекса с ведущей патопластической ролью невропатии как фактора внутренних условий формирования ИР. Отражена патопластическая роль невропатии и ее патогенетическое значение в случаях неблагоприятной динамики ипохондрических расстройств с тенденцией к ипохондрическому развитию личности.

**Ключевые слова:** ипохондрические расстройства, невропатия, патологическая конституция, дети и подростки

Несмотря на отсутствие самостоятельной атрибуции в рубриках МКБ-10, невропатия как психопатологический феномен считается одним из наиболее распространенных синдромов в детском возрасте и рассматривается в детской психиатрии как одна из преимущественных форм патологического нервно-психического реагирования у детей и подростков, отражающая определенную возрастную последовательность возникновения синдромов, характерных для того или иного возрастного периода (4).

Содержательные характеристики невропатии складываются из разнообразных симптомов нервно-психических нарушений, свойственных своеобразной форме аномальной нервно-психической конституции, обозначаемой как врожденная “конституциональная нервность” (Е. Краерелін, 1927), кардинальным механизмом в патогенезе которой является нарушение функций вегетативной нервной системы и связанное с этим изменение порога ее раздражимости в отношении различных раздражителей с обязательным присутствием личностных компонентов преимущественно тормозимого круга (7).

По исследованиям, проведенным О. Д. Сосюкало (1971), ипохондрические расстройства (ИР) у детей и подростков также относятся к предпочтительным формам психической патологии в детском возрасте, с

наметившейся в последние десятилетия тенденцией к учащению различных проявлений ИР в детском и подростковом возрасте в результате патоморфоза психических заболеваний (11).

Согласно биопсихосоциальной модели, в формировании, динамике и клинико-социальном прогнозе ипохондрических состояний участвуют многие факторы (биологические, психологические, средовые), среди которых особая роль придается конституционально-личностным особенностям больных (1, 2, 4, 5, 6, 9, 12).

При изучении конституционально-личностного склада больных с ИР предпринимались попытки выделить определенные личностные характеристики, предрасполагающие к ипохондрическому реагированию, такие как тревожная мнительность, эпилептоидные или психоастенические черты характера, а также некоторые особенности аффективно-эмоциональной сферы, определяемые в одних случаях повышенной впечатлительностью и возбудимостью, склонностью к реакциям тревоги и страха, а в других — явлениями инертности с застреванием на неприятных переживаниях, негибкостью, склонностью к застою аффекту (8).

В современном представлении конституционально-личностные особенности ипохондриков относятся к группе особых “соматопсихических акцентуаций” с деформацией в результате перекрывания коэнезопатических нарушений и расстройств личности в

---

<sup>1</sup> Московский НИИ психиатрии Росздрава.



первую очередь соматопсихической сферы (6, 9). К ним по описанию близки неврастеники-ипохондрики, выделенные П. Б. Ганнушкиным (1933) в рамках конституциональной астении, склонные к заботе о своем теле и фиксирующиеся на мельчайших телесных ощущениях, “расстраивая и без того неправильно действующие у них вегетативные функции” (3).

Среди “соматоперцептивных психопатий” (18, 21, 22, 23) выделяют соматопатию (22), представляющую собой невропатическую конституцию со склонностью к выявлению патологических телесных ощущений и вазовегетативных расстройств и являющуюся основой для формирования невротической ипохондрии (2).

В последние десятилетия эти данные дополнились целым рядом исследований родительских семей ипохондрических больных, свидетельствующих о вероятности генетической обусловленности ИР (19, 20).

В 90-х годах Barsky A. (1990) ввел термин “преувеличивающий соматический стиль” (13, 14), который определяется повышенной чувствительностью к любым физическим воздействиям (непереносимость громких и резких звуков, резких колебаний температуры, непереносимость голода), а также повышенной чувствительностью к нормальным физиологическим реакциям организма (биение сердца, дыхательные движения, перистальтика кишечника) со склонностью к тревожной фиксации на телесных ощущениях и когнитивным искажениям при интерпретации любых телесных симптомов с переоценкой их опасности и риска для здоровья.

На наличие связи невропатической конституции с формированием и оформлением ипохондрической симптоматики у детей и подростков указывалось Г. Е. Сухаревой (1959) в плане постепенного усложнения “врожденной нервности” реактивно-невротическими образованиями с тенденцией к ипохондрической фиксации на болезненных ощущениях. При этом подчеркивалось, что характерные для невропатии сомато-вегетативные нарушения служат ведущим признаком, формирующим клиническую картину.

У подростков также была выделена астено-невротическая акцентуация, главными чертами которой являются повышенная утомляемость, раздражительность и склонность к ипохондричности с внимательным прислушиванием к своим телесным ощущениям, подверженностью ятрогениям, охотным посещениям врачей (5).

Зарубежные исследователи в детской практике широко пользуются понятием “соматизации” (15, 16), несмотря на неудачность самого термина, имеющего неопределенное клиническое значение, что в определенной степени может быть объяснено общими тенденциями в детской психиатрии, характеризующимися отрывом от ее клинических основ.

Вместе с тем, несмотря на очевидные клинические потребности, вопрос о значении невропатии в генезе ипохондрических расстройств, от которого зависит

адекватность мероприятий по диагностике, лечению и реабилитации больных, до настоящего времени не получил исчерпывающего разрешения.

**Целью** настоящего исследования являлось изучение роли невропатической конституции в формировании и оформлении клинической картины ипохондрических расстройств у детей и подростков на различных возрастных этапах.

Клинически обследовано с использованием клинико-психопатологического (сравнительно-возрастного), клинико-катамнестического и клинико-статистического методов исследования 109 больных в возрасте от 4-х до 18 лет с ИР в структуре психических расстройств непсихотического уровня.

Определенные отличия в частоте и выраженности невропатических нарушений можно было выявить в различных нозологических группах с ИР. Невропатическая конституция достоверно чаще отмечалась при невротических заболеваниях (более чем в 80 % наблюдений,  $P < 0,01$ ) по сравнению с шизотипическим расстройством (49,1 %), где возникновение ипохондрической симптоматики в большей степени было связано с изменениями физического самочувствия или патологическими телесными ощущениями, привносимыми самим эндогенным процессом.

По ведущим синдромальным механизмам формирования ипохондрической симптоматики были выделены конституционально-невропатический (35 наблюдений, 32,1 %), тимопатический (31 наблюдение, 28,4 %), сверхценный (43 наблюдения, 39,4 %) и вариант с патологическим ипохондрическим фантазированием (15 наблюдений, 13,7 %), которые характеризовались разной степенью представленности отдельных компонентов (аффективного, сенсорного, когнитивного и поведенческого) ипохондрического симптомокомплекса.

Среди общего количества обследованных детей и подростков, те или иные проявления невропатии отмечались у 74 больных (67,9 %) из общего числа наблюдений на фоне высокой отягощенности пре- и перинатального периода, что указывает на определенное значение экзогенных вредностей для понимания патогенетических механизмов невропатических состояний. Патологическое течение беременности было выявлено в 83,5 % наблюдений, различные осложнения в течении родов — в 75,2 % наблюдений, при этом в 34,5 % наблюдений дети рождались в асфиксии разной степени тяжести, в 9,9 % наблюдений требовавшей проведения реанимационных мероприятий с госпитализацией в отделение патологии новорожденных в связи с дыхательными расстройствами и расстройствами гемодинамики.

На первом году жизни 88 больных (80,7 %) наблюдались у невролога с различными проявлениями перинатальной энцефалопатии. Характерные признаки невропатии наблюдались уже в грудном возрасте, проявляясь главным образом в расстройствах сна и нарушениях со стороны желудочно-кишечного трак-

та. Повышенная возбудимость нервной системы отмечалась в 52 % наблюдений: дети были беспокойны, часто с криком просыпались. У 27,4 % детей, напротив, в первые месяцы жизни наблюдались слабая реакция на дискомфорт, вялость, сонливость, слабый сосательный рефлекс, запоры, срыгивания, плохая прибавка в весе и т.д., что отражало определенные особенности функционирования ЦНС, связанные со своеобразием патогенетической основы невропатии.

В дальнейшем эти расстройства принимали различные формы выражения в зависимости от возрастной фазы развития, в соответствии с ранее выявленной закономерностью: чем моложе ребенок, тем большее место в клинической картине врожденной вредности занимают сомато-вегетативные расстройства (Сухарева Г. Е., 1959).

В дошкольной группе больных с ИР явления невропатии проявлялись как в повышенной возбудимости и неустойчивости вегетативных реакций, так и в таких особенностях психики, как впечатлительность, боязливость, неустойчивость настроения, повышенная возбудимость и истощаемость. Рано и отчетливо начинали проявляться такие черты, как чрезмерная пугливость и впечатлительность, в том числе в виде неосторожного отношения к любым физиологическим телесным проявлениям и склонности к чрезмерным опасениям при физическом недомогании.

В младшей школьной и подростковой группах больных с ИР анамнестические данные позволяли говорить о проявлениях невропатии на ранних возрастных этапах в 78,4 % наблюдений и 51,9 % наблюдений соответственно. К 6 – 7 годам в большинстве наблюдений невропатии постепенно сглаживались, однако в 26,6 % наблюдений можно было говорить о трансформации невропатических черт в астеноневротическую личностную акцентуацию с повышенной утомляемостью, раздражительностью и неустойчивостью вегетативной регуляции, обнаруживающихся под воздействием разнообразных условно патогенных психических и физических вредностей, что отражало измененную реактивность в отношении внешних воздействий.

Соотношение возраста формирования клинически очерченных вариантов ИР и невропатии в разных возрастных группах отражено в таблице.

При манифестации ИР в дошкольном возрасте невропатия была характерна для большинства больных (90 % наблюдений), в младшей школьной группе невропатия отмечалась в 78,9 % наблюдений и лишь в

половине наблюдений (51,9 %) в подростковой группе. В дошкольной группе больных с ИР явления невропатии отмечались достоверно чаще по сравнению со старшими возрастными группами ( $p < 0,05$ ). Приведенные количественные данные отражают наличие определенных корреляций между выраженностью и частотой невропатии с возрастом манифестации ИР с тенденцией к урежению случаев их сочетания от дошкольного к подростковому возрасту.

Также обращают на себя внимание некоторые качественные особенности связи невропатических проявлений с формированием ИР у детей. В центре первых ипохондрических жалоб с фиксацией на телесных сенсациях у дошкольников нередко оказывались функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта, в этих случаях уже на первом году жизни невропатия проявлялась в различных дисфункциях желудочно-кишечного тракта (упорные срыгивания, неустойчивый стул, боли в животе, избирательность аппетита).

В дальнейшем дети были капризны в еде, стойко исключали из своего рациона определенные продукты, на новую пищу реагировали тошнотой, утрированными жалобами на боли в животе. Случайно поперхнувшись едой, надолго фиксировались на неприятных ощущениях с возникновением ипохондрических опасений при приеме твердой пищи. Любая схожая ситуация вызывала тревожные ипохондрические опасения, например, при смене зубов боялись подавиться выпавшим молочным зубом, при купании боялись захлебнуться водой и т.д. Чрезмерная фиксация на своих телесных проявлениях и психосоматическое реагирование в новых ситуациях отчетливо проявлялись в период адаптации к детскому саду, где дети проявляли повышенную брезгливость, отказывались от посещения туалета, жаловались на тошноту после приема пищи.

В младшей школьной и подростковой группах сохраняющиеся невропатические стигмы, коррелировавшие с конституциональными астеническими чертами с повышенной истощаемостью нервных процессов, отчетливо проявлялись в условиях различных, в первую очередь умственных и эмоциональных нагрузок. В дни проверочных работ в школе, после конфликтов со сверстниками или родителями легко возникали тревожные реакции с выраженным сомато-вегетативным компонентом, возникающие при этом дисфункции вегетативной регуляции становились источником ипохондрической фиксации в силу повышенной впе-

	Невропатия	Отсутствие невропатии	Всего
Дошкольный возраст	18 (90 %)	2 (10 %)	20 (100 %)
Младший школьный возраст	29 (78,4 %)	8 (21,6 %)	37 (100 %)
Подростковый возраст	27 (51,9 %)	25 (48,1 %)	51 (100 %)
Всего	74 (67,9 %)	35 (32,1 %)	109 (100 %)

чатлительности и мнительности данного контингента больных.

В подростковом возрасте неспецифическим фактором, декомпенсирующим детей-невропатов с формированием ипохондрической фабулы психопатологической симптоматики, являлся пубертатный период с бурными гормональными и вегетативными сдвигами, с формированием астено-ипохондрической невротической симптоматики с обилием вегето-сосудистых и сомато-вегетативных расстройств, сопровождающихся возникновением страхов за свою жизнь и здоровье и жалобами на работу сердца или со стороны желудочно-кишечного тракта.

Необходимо подчеркнуть, что частота и выраженность невропатических проявлений, являющихся достаточно частым феноменом в нашей выборке, значительно отличалась при различных синдромальных вариантах ИР. Наиболее характерна невропатия была для конституционально-невропатических вариантов ИР и наименее характерна для больных со сверхценными ипохондрическими симптомокомплексами ( $P < 0,001$ ).

При этом важно отметить выявленную тенденцию к урежению с возрастом случаев конституционально-невропатических вариантов ИР, в то время, как частота формирования сверхценных вариантов ИР достигала своего пика именно у подростков (57,7 % всей подростковой группы).

Установлено, что невропатические проявления отмечались у всех больных с конституционально-невропатическими вариантами ИР (100 %). Вместе с неустойчивостью аффективной сферы, они определяли специфический модус патологического реагирования в виде ипохондрического оформления повышенной личностной тревожности с появлением или усилением тревожных опасений ипохондрического содержания и тенденцией к фиксации возникающих сомато-вегетативных реакций, с относительной быстротой обратного развития болезненных невротических проявлений.

Следует отметить, что ипохондрическая симптоматика преимущественно возникала исподволь, возникновение ипохондрических расстройств на фоне невропатических проявлений в большей степени было связано с заострением тревожно-мнительных черт характера под влиянием психогенных факторов, которые чаще не имели отношения к вопросам здоровья и являлись лишь дополнительной провокацией для усиления личностной тревожности больных.

Сочетанное действие разных неблагоприятных факторов, ослабляющих нервную систему, выявляло конституциональную дефицитарность больных со склонностью к сомато-вегетативному реагированию на стрессовые ситуации, ригидностью в изживании негативных эмоций и тревожной мнительностью с готовностью к образованию ипохондрических опасений.

В доманифестном периоде нестойкие невротические реакции со склонностью к психосоматическому реагированию периодически сопровождалась нестойкими ипохондрическими опасениями, которые нивелировались по миновании стрессовой ситуации без выраженных явлений социальной дезадаптации или принимали характер “привычной” ипохондрической настроенности, сопровождавшейся определенной адаптацией родителей к повторяющимся ипохондрическим высказываниям собственного ребенка.

Возбудимость и истощаемость психических процессов детей-невропатов выражались повышенной раздражительностью, неугомонностью, требовательностью, и, одновременно, ранимостью, обидчивостью, что при манифестации ИР выражалось сопутствующими нарушениями поведения с повышенной капризностью, упрямством, выходящими на первый план и маскирующими тревожно-ипохондрическую симптоматику.

В этих случаях ведущими жалобами родителей были поведенческие нарушения детей, в то время как ипохондрические проявления беспокоили их в меньшей степени и выявлялись во время клинического осмотра и сбора анамнеза. Это являлось одной из причин того, что определенная часть детей (11 наблюдений, 10 % от всей выборки) не попадали в поле зрения психиатров вплоть до подросткового возраста, когда особенности и динамика ипохондрических проявлений уже позволяла говорить о тенденции к ипохондрическому патохарактерологическому развитию личности.

Нередко родители не могли назвать точное начало заболевания, настолько тесно ипохондрическая симптоматика была связана с конституционально-личностными особенностями больных и обращались к психиатрам при появлении школьной и семейной дезадаптации, связанных со стойким углублением и патологического состояния, учащением невротических реакций и сопутствующих им тревожных ипохондрических опасений.

В младшем школьном и подростковом возрасте эпизодические жалобы на недомогание и астено-ипохондрические расстройства были связаны с сохраняющейся плохой переносимостью психических и физических нагрузок в виде повышенной утомляемости и психической истощаемости. При затяжной волнообразной динамике данных вариантов ИР формировалось стойкое сверхценное отношение к своему здоровью, постоянная ипохондрическая настроенность, все отчетливее выступали тормозимые черты характера — тревожность, повышенная сензитивность, психическая невыносимость, склонность к астеническим реакциям.

Невропатия была не только фоном, на котором возникали указанные типы патологического ипохондрического развития личности. Динамика клиниче-



ской картины невропатии, в случае отсутствия благоприятных возрастных регрессионных тенденций, характеризовалась постепенным усложнением новыми реактивно-невротическими образованиями, возникающими под влиянием психогенных факторов, с тенденцией к усилению мнительности с чрезмерной ипохондрической фиксацией на болезненных ощущениях, что определяет характер сочетания отдельных признаков в картине конституционально-невропатических вариантов ИР на разных возрастных этапах, где соматовегетативные нарушения служат кардинальным признаком, формирующим клиническую картину данных вариантов ИР.

Подобное взаимоотношение причины и условий формирования ИР, при котором в последующем обнаруживались признаки патологического ипохондрического развития личности, отражает патопластическую роль невропатии в клиническом оформлении конституционально-невропатических вариантов ИР в зависимости от возраста больного. Чем моложе был ребенок с ИР, тем больше на первый план выходили сомато-вегетативные признаки невропатии с формированием к подростковому возрасту картины патологического личностного развития.

Таким образом, в данном случае невропатические проявления отражают трудно очерчиваемое в границах сочетание аффективно-личностных и собственно невропатических проявлений, соответствующих недоразвитию функций “психобиологического уровня” по В. В. Ковалеву (1979), и играют роль как фактора внутренних условий, способствующих формированию ИР, так и вносят патогенетический вклад в механизмы формирования данных вариантов ИР у детей и подростков.

При тимопатических вариантах ИР невропатия на ранних возрастных этапах формирования ипохондрической симптоматики отмечалась в 67,7 % наблюдений. При манифестации ИР на старших возрастных этапах, черты невропатической конституции обнаруживались в 40 % наблюдений, при этом больные обращали на себя внимание невыносимостью нервной системы к различным нагрузкам, тормозимыми чертами характера с боязливостью и тревожной мнительностью, что, как правило, не мешало их успешной социализации вплоть до подросткового возраста.

В ряде наблюдений у этих больных в доманифестном периоде периодически возникали отдельные ипохондрические жалобы, вытекающие в большей степени из тревожной мнительности больных и не достигающие степени отчетливых ипохондрических расстройств. Манифестация заболевания приходилась на ранний пубертатный возраст, когда на фоне нерезко сниженного настроения с периодами слезливости, раздражительности, повышенной утомляемости усиливались такие характерологические черты, как ранимость, мнительность, обидчивость. В этот период появлялась склонность к частым про-

студным заболеваниями, что еще больше усиливало мнительность детей с попытками укрепить иммунитет закаливанием, приемом гомеопатических препаратов. Уже на этом этапе можно было отметить ипохондрическую настроенность больных, которая в дальнейшем, при формировании и углублении аффективных расстройств, принимала форму отчетливой ипохондрической симптоматики.

Возникающие сенсорные нарушения отличались превалированием вегето-сосудистых и сомато-вегетативных расстройств над возникающими на фоне аффективных нарушений сенестопатиями, чаще имевших вид нестойких, летучих сенестоалгий, нередко обнаруживающих сходство с симптомами, встречающимися при соматической и неврологической патологии. Выраженность и динамика ипохондрических расстройств коррелировала как с выраженностью и динамикой аффективных нарушений, так и во многом зависела от внешнего влияния (разговоры на тему болезни, смерти, случаи заболеваний в семье). При этом усиливалась тревога с двигательным и речевым возбуждением, дети “переносили” полученную информацию на себя, расширялась фабула ипохондрических страхов.

Значимо реже невропатическая конституция выявлялась у больных со сверхценной ипохондрией ( $P < 0,001$ ), особенно при формировании сверхценных идей на основе концептуализации и переработки сверхценных ипохондрических страхов, а ретроспективный анализ позволял говорить об относительно меньшей выраженности невропатических нарушений у больных данной категории на ранних возрастных этапах.

Относительно чаще невропатические проявления отмечались в доманифестный период у больных со сверхценной астено-ипохондрической и сенестопатически-ипохондрической симптоматикой. В этих наблюдениях становлению отчетливых ипохондрических расстройств предшествовал более или менее длительный этап (от нескольких месяцев до 1 – 2 лет) астенических жалоб с вегето-сосудистыми нарушениями (колебания АД, головные боли, головокружения), в связи с чем больные наблюдались у невролога с диагнозом “вегето-сосудистой дистонии”.

На этом фоне постепенно начинала снижаться школьная продуктивность, когда достаточно успешные в учебе дети переставали справляться с интеллектуальными нагрузками. В ряде наблюдений в препубертатном возрасте отмечались невропатические стигмы в виде транзиторных эпизодов с жалобами на локализованные болевые ощущения, длившиеся от нескольких дней до 2 – 3-х недель. Алгические состояния протекали на фоне нестойких расстройств сна и аппетита, сопровождавшихся общей вялостью. В этом возрасте больные впервые обращались в первичную медицинскую сеть, где не удавалось обнару-

жить соответствующей жалобам соматической патологии.

К подростковому возрасту расширялся круг вегетососудистых, сомато-вегетативных и сенестопатических нарушений и на первый план в клинической картине сверхценной ипохондрии выходили стойкие сенестопатически-ипохондрические синдромы, что соответствует данным, полученным О. Д. Сосюкало (1973).

Представленные сравнительно-возрастные особенности формирования сверхценных вариантов ИР свидетельствуют в пользу преципитирующей роли невропатической конституции, способствующей тенденции к сверхценной фиксации на чрезмерно усилившихся, на фоне сохраняющихся невропатических проявлений, возрастных соматовегетативных и нейро-эндокринных сдвигах.

Таким образом, анализ результатов проведенного исследования показывает, что невропатия оказывает существенное влияние на формирование ИР на разных возрастных этапах у детей и подростков.

Самостоятельное патогенетическое значение невропатическая конституция приобретала при возникновении ипохондрических реакций в усложняющейся структуре невропатии, позволяющем выделить как специфические для детского возраста конституционально-невропатические варианты ИР.

Невропатические нарушения также влияли на ипохондрическое оформление фабулы острых тимопатических и некоторых сверхценных вариантов ипохондрических нарушений с большим удельным весом вегетативной и астенической симптоматики, что указывает на ее патопластическую роль как фактора внутренних условий формирования ИР. Измененная невропатическая реактивность являлась также облигатным условием повышенной уязвимости к психогениям с формированием невротических реакций и состояний с ипохондрическим содержанием.

К оценке роли невропатии в формировании ИР может быть применена диатез-стрессовая модель, которая в наиболее общем виде может быть сведена к допущению существования динамической совокупности в виде биологической уязвимости как фенотипической реализации генетически обусловленной предрасположенности к ипохондрическому типу реагирования, а во вторых, клинически определяемого ипохондрического невропатического диатеза (как одного из вариантов невропатической конституции), понимаемого как особая сензитивность (ипохондрическая готовность) организма по отношению к стимулам, играющим роль стрессоров, под влиянием которых развиваются ипохондрические симптомы.

Связующим звеном здесь могут являться особенности эмоционально-когнитивной оценки, влияющие по механизмам фиксации на способ поведения индивида. Это делает оправданным предположение об участии алекситимической составляющей в струк-

туре патогенетических механизмов формирования ИР у детей на фоне невропатической конституции, что требует дальнейшего изучения в сравнительно-возрастном аспекте.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Амбрумова А. Г. К вопросу об ипохондрическом развитии личности (в частности ее неблагоприятном варианте). В кн.: Вопросы клиники, патологии и терапии психических заболеваний, — М., 1972, с. 326 – 328.
2. Волель Б. А. Небредовая ипохондрия при соматических, психических заболеваниях и расстройствах личности. Автореф. дисс. ...докт. мед. наук. — М., 2009. 25 с.
3. Ганнушкин П. Б. Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика. — Н. Новгород: Изд-во НГМА, 1998. с. 20 – 26.
4. Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста. Руководство для врачей. — М.: Медицина. 1979. 607 с.
5. Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. — М.: Апрель Пресс “Эксмо-Пресс”, 1999. с. 155 – 160.
6. Серебрякова Екатерина Владимировна Небредовая ипохондрия (козньестезиопатия) при шизотипическом расстройстве личности и шизофрении. Автореф. дисс. ...канд. мед. наук. — М., 2007. 25 с.
7. Симпсон Т. П. Неврозы у детей, их предупреждение и лечение, М., 1958. с. 164 – 165.
8. Сканапи Е. Е. Ипохондрические состояния у детей и подростков. В кн.: Вопросы детской психиатрии. — М., 1940. с. 77 – 112.
9. Смуглевич А. Б., Волель Б. А., Романов Д. В. Ипохондрия — патология личности (к проблеме постаддиктивной ипохондрии). // Журн. невропат. и психиатр. им. С. С. Корсакова. 2008, № 10(108). С. 4 – 12.
10. Сосюкало О. Д. О сравнительно-возрастных особенностях ипохондрических проявлений у детей и подростков В кн: Материалы к 3-ей Всероссийской конференции по неврологии и психиатрии детского возраста, — М., 1971. с. 146 – 148.
11. Сосюкало О. Д. О некоторых закономерностях, определяющих формирование ипохондрической симптоматики при шизофрении у детей и подростков // В кн. Актуальные проблемы психоневрологии детского возраста. — М., 1973. с. 13 – 19.
12. Сухарева Г. Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. — М., 1959. т 2.
13. Barsky A. J. Amplification, somatization, and the somatoform disorders. Psychosomatics. 1992. V. 33. P. 28 – 34.
14. Barsky A. J., Wyshak G. Hypochondriasis and somatosensory amplification. Br J Psychiatry. Sep 1990; 157: 404-9.
15. Campo J. V., Jansen-McWilliams L., Comer D. M., Kelleher K. J. Somatization in pediatric primary care: association with psychopathology, functional impairment, and use of services. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. Sep 1999; 38(9): 1093-101. [Medline] [http:// www.medscape.com/medline/abstract/10504807](http://www.medscape.com/medline/abstract/10504807).
16. Garralda M. E. (ed.) (1999) Practitioner review: assessment and management of somatisation in childhood and adolescence: a practical perspective. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 1159 – 1167.
17. Kraepelin E. Psychiatrie: Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. — Leipzig: Barth, 1915. Bd 4.
18. Ladee G. Hypochondriacal syndromes. Amsterdam 1966.
19. Livingston R., Witt A., Smith G. R. Families who somatize. J Dev Behav Pediatr. Feb 1995; 16(1): 42-6.
20. Noyes R. Jr., Happel R. L., Yagla S. J. Correlates of hypochondriasis in a nonclinical population. Psychosomatics. Nov-Dec 1999; 40(6): 461-9.
21. Rado S. Dynamics and classification of disturbances of behavior. Am J Psychol, 1953.
22. Schneider K. Die Psychopathischen Persönlichkeiten. Leipzig, Wien, 1928.
23. Sheldon W. The varieties of human physique. New York, 1940.

# Алкогольные галлюцинозы (литературный обзор)

Т. И. Немкова, А. Г. Гофман<sup>1</sup>

Острый алкогольный галлюциноз впервые описан французским врачом Марселем (Marcel) в 1847 году. Он наблюдал 20 больных хроническим алкоголизмом, у которых возник острый психоз. Состояние больных определялось вербальными галлюцинациями, бредом преследования, подавленностью, страхом, отчаянием. При этом ориентировка в месте и времени не нарушалась. Возраст больных колебался от 25 до 45 лет, длительность психоза — от нескольких недель до нескольких месяцев. Прогноз заболевания был хорошим.

В дальнейшем клинику алкогольного галлюциноза изучали представители немецкой и французской психиатрии.

В 1877 году Нассе (Nasse) опубликовал исследование о бреде преследования душевнобольных пьяниц. В структуре психоза преобладали обильные словесные галлюцинации, бред преследования и ревности. Начало психоза было острым, однако полного выздоровления ни в одном из 28 наблюдений не отмечалось. Только один больной ранее перенес делирий. Нассе выделил короткий “инкубационный период”, который сопровождался головной болью, головокружением, нарушением сна. Из неврологических симптомов автор отметил дрожание рук, языка, подергивание лицевых мышц, затруднение речи, кожную анестезию.

Шпейер (V. Spreyer) в 1882 г. впервые предложил различать острую и хроническую паранойю пьяниц. Тот и другой психоз характеризуется преобладанием словесных галлюцинаций. Содержание повторяющихся приступов галлюцинозов было сходным, рецидивы развивались после менее длительного периода пьянства. Шпейер не наблюдал сочетания делирия и галлюциноза у одного и того же больного, алкогольную деградацию видел лишь в единичных случаях и считал, что галлюцинозом заболевают лица интеллектуального труда. После работ Шпейера в немецкой литературе стали четко различать острые галлюцинозы, хронические галлюцинозы и белую горячку.

Крафт-Эбинг (V. Krafft-Ebing) в 1893 году описал алкогольные галлюцинозы под названием алкогольной меланхолии, чувственного бреда пьяниц и алкогольной паранойи (хронический галлюциноз). Основное место занимают слуховые галлюцинации, содержание которых сводится к угрозам и оскорбле-

ниям. Вначале возникают идеи преследования и ревности. На более позднем этапе течения психоза появляется бред величия. Алкогольная паранойя от хронических бредовых психозов отличается соматическими и психическими симптомами алкоголизма, эпизодическим появлением зрительных галлюцинаций. Очень рано возникают психическая слабость, эмоциональное огрубение и раздражительность.

В 1900 году Вернике (C. Wernicke) предложил термин “алкогольный галлюциноз”. Психоз характеризовался голосами угрожающего и оскорбительного содержания, аффектом страха, бредом, который быстро систематизировался, идеями воздействия. Прогноз для первых приступов благоприятный, при повторении психозов возможен переход в хроническое течение. В другом наблюдении отмечались обонятельные, вкусовые галлюцинации, психосенсорные расстройства, после четвертого приступа наступило “хроническое галлюцинаторное помешательство”.

Такой исход психоза уже во времена Вернике вызывал сомнение в чисто алкогольной природе заболевания.

Э. Крепелин (E. Kraepelin) в 1912, 1925 гг. отстаивал токсическую природу острых и хронических алкогольных галлюцинозов. Делирий и галлюциноз — это внешние формы одного и того же страдания. Длительность галлюцинозов в 50 % измеряется 3 – 8 неделями, может быть затяжное течение до 3 месяцев, а так же хроническое. В 25 % всех случаев развивается психическая слабость, которая может сочетаться с галлюцинациями и бредом. Рецидивы часто протекают тяжелее первых приступов. В анамнезе больных острыми галлюцинозами могут отмечаться делирии или эпизодическое возникновение словесных галлюцинаций. Психоз начинается чаще ночью с тревоги и появления недифференцированных звуков, коротких реплик. Основное место занимают обильные слуховые галлюцинации, имеющие форму голосов. Слышатся угрозы, брань, издевательства, насмешки, комментарии поступков и движений, повторения сказанного накануне. Редко слышатся защищающие голоса, приятные сообщения или бессмысленные слова. Возможно возникновение зрительных, тактильных, вкусовых галлюцинаций, ощущения накачивания воздуха в легкие, огня в прямой кишке, выхождения дыма изо рта, выламывания зубов. Преобладает бред преследования, тесно связанный с галлюцинациями. Содержание голосов и бреда бывает фантастичным и напоминает делириозные переживания. Делириозные расстройства могут возникнуть в начале галлюциноза, но ориен-

<sup>1</sup> Московский научно-исследовательский институт психиатрии Росздрава.



тировка не теряется. Сознание во время галлюциноза изменено незначительно, больные рассудительно и последовательно говорят о психозе, как о временном помешательстве, часто с оттенком иронии над собой. Поведение остается упорядоченным, хотя бредовые идеи могут привести к совершенно нелепых поступков. Острые галлюцинозы встречаются в три раза реже делирия и возникают в более позднем возрасте. Существуют и преходные формы. О родстве обоих психозов свидетельствует большое сходство неизлечимых состояний, возникающих после делирия и галлюциноза: в обоих случаях наблюдается галлюцинаторное слабоумие.

Работы Бонгеффера (K. Bonhoeffer) в 1901, 1911 гг. явились значительным этапом в изучении острых алкогольных галлюцинозов. Располагая небольшим по тому времени материалом, Бонгеффер подверг детальному рассмотрению клинику алкогольного делирия и острого галлюциноза. Он считал основным отличием белой горячки от острого галлюциноза то, что на высоте делирия отсутствует способность к установлению причинных отношений между делириантными переживаниями. Поэтому делирианты обычно не создают объясняющего бреда. Бонгеффер привел описание систематизированного делирия (переходная к острому галлюцинозу форма), чистого галлюциноза, систематизированного галлюциноза, острого галлюциноза с идеями величия и развитием слабоумия, острого галлюциноза с переходом к прогрессирующему бредообразованию. Психоз начинается с акаозмов, затем возникают голоса. Им свойственна локализация, определенный тон и характер, ритмичность, повторяемость, множественность. Часто больные слышат галлюцинаторные беседы, в отношении которых они являются слушателями. Постоянным является угрожающее, насмешливое, издевательское содержание голосов. Нередко комментируются мысли больного, его движения и поступки. Возможна необычная локализация галлюцинаций (во рту, в языке), а также своеобразные моторные расстройства, сочетающиеся с императивными галлюцинациями. Из других обманов восприятия могут наблюдаться зрительные и тактильные галлюцинации, неприятные ощущения в конечностях. Обманы восприятия сопровождаются бредом преследования, ложными истолкованиями. Часто возникает бред физического воздействия, он тоже носит объясняющий характер. Бредовые идеи преследования и воздействия быстро систематизируются, иногда к ним присоединяется фантастический бред величия. Доминирует аффект страха, обуславливающий поступки больных. Характерным для поведения является бегство, обращение за помощью. Формальное течение представлений при галлюцинозе не нарушено, больные способны рассуждать о сути вещей, ориентировка во времени остается сохранной. Начало психоза сопровождается делириантной фазой, во время которой больные отвечают

вслух голосам, находятся под влиянием сценических галлюцинаций и теряют ориентировку. Неврологические и соматические нарушения при галлюцинозе выражены меньше, чем при делирии. Длительность галлюциноза колеблется от нескольких дней до нескольких недель. Выздоровление начинается с уменьшения аффекта страха и изменения поведения, одновременно уменьшается галлюцинаторный наплыв. Длительно остающийся бред может говорить о неблагоприятном прогнозе. Тенденция к рецидивированию алкогольных галлюцинозов очень велика. Галлюцинозы, как и делирии, развиваются через несколько дней после прекращения пьянства. Бонгеффер впервые предложил объяснение патогенетических механизмов возникновения алкогольных галлюцинозов. Он говорил о наличии речевой одаренности и “центрального перевозбуждении в звуковой и словесно — звуковой сферах” у больных галлюцинозом.

Большую роль в трактовке этиологии алкогольных галлюцинозов сыграли высказывания Е. Блейлера (E. Bleuler) 1911, 1920 гг. “В случаях с обычным подострым течением, которые я до сих пор видел, я могу всегда с большей или меньшей уверенностью продемонстрировать, наряду с алкоголизмом, наличие давней шизофрении”. Исключение допускалось лишь для самых острых алкогольных галлюцинозов.

Особое значение для учения об алкогольных галлюцинозах сыграли работы Бенедетти (G. Benedetti). В монографии 1952 года он обобщил результаты изучения 113 больных, 90 из них перенесли острые алкогольные галлюцинозы. Длительность галлюциноза измерялась сроком от нескольких дней до четырех месяцев. Продром выражался головной болью, плохим настроением, отвращением к алкоголю. После окончания галлюциноза наблюдался резидуальный бред преследования, который в редких случаях не подвергался коррекции. Основными симптомами острого алкогольного галлюциноза являются страх и обманы чувств. В отличие от шизофрении, при острых галлюцинозах не возникают “чужие мысли”. Страх может быть понят как выражение агрессивных тенденций, в галлюцинозе больной переживает свое развитие личности в драматизированной и символизированной форме. Бенедетти впервые доказал токсическую, а не шизофреническую природу алкогольного галлюциноза.

Представители французской психиатрической школы в описании симптоматики алкогольных психозов уделяли гораздо большее внимание бреду и его особенностям, чем обманам восприятия. При этом их заслугой является выделение синдрома психического автоматизма в рамках острых и хронических алкогольных галлюцинозов.

Так, Маньян (V. Magnan) 1869, 1877 гг. описывал лихорадочный бред (белую горячку с гипертермией), апатическую форму алкогольного бреда (зрительные галлюцинации, страх, апатия, ступор) и меланхоличе-

скую с идеями преследования и мрачным, подавленным настроением.

В работах Режи (E. Regis) 1909 г. подробно описаны различные виды острых алкогольных психозов. Автор выделял сверхострый, острый и подострый бред. Острый бред отличается преобладанием слуховых галлюцинаций, значительной систематизацией бредовых идей. Подострый бред вначале сопровождается спутанностью, преобладанием зрительных галлюцинаций, онирическими бредовыми расстройствами. После прояснения сознания бредовые идеи иногда не исчезают. Режи описал три стадии выхода из состояния онирического бреда, которые отражают ту или иную степень критического отношения к психозу. Острые психозы могут закончиться переходом в хронические формы, при наличии предрасположенности возникает везанический бред.

Клерамбо (G. Clerambault) 1920 г. рассматривал подострые галлюцинаторные алкогольные психозы в рамках выделенного им синдрома психического автоматизма. Он отметил сразу же возникающие тематические, объективированные, характерные голоса, которым присуще энергичное и враждебное выражение мыслей. Более редко наблюдается эхо комментариев, еще реже комментарии в насмешках, эхо двигательных намерений, извещения о неудачах, угрозах, надоедливое повторение одного и того же. Содержание многочисленных голосов сводится к волнующему злословию, фразы произносятся в будущем времени. Слышатся объявления, приказы, запрещения. Характерен близкий к деятельности больного круг идей, постоянная достоверность упоминаний о прошлом, внешняя точность предсказаний. Галлюцинации очень ясные и чувственные. Нередко тонкие феномены отсутствуют и все сводится к угрожающим голосам.

В литературе англоязычных стран проблема алкогольных галлюцинозов стала обсуждаться с конца 30-х годов прошлого столетия. До этого времени сведения об алкогольных психозах содержались лишь в учебниках и руководствах.

Виктор и Хоп (1953, 1958 гг.); Виктор, Хоп и Адамс (1953 г.) посвятили алкогольным галлюцинозам ряд исследований. Наибольшее значение имеет работа Виктора и Хопа (M. Victor and J. Hore, 1958 г.) о феномене слуховых галлюцинаций при хроническом алкоголизме. Было обследовано 70 больных алкогольным галлюцинозом. Мужчин в 4 раза больше, чем женщин. Всего 7 человек были старше 50 лет. Все больные много лет злоупотребляли алкоголем. У трети больных в анамнезе отмечались психотические состояния, у 10 — галлюцинозы, у 12 — делирии или иные психозы. У ряда больных отмечались признаки авитаминоза, изменения печени, энцефалопатия Вернике, корсаковский психоз, полиневриты, амблиопия. У 9 пациентов отмечались элементарные галлюцинации, 12 больных слышали угрозы, 8 — уничижительные замечания, 2 — брань, предостережения, морализиро-

вание, 15 — непостоянные сообщения о всяких изменениях, 5 — упоминание своего имени. Часто отмечалось прямое обращение к больным, императивные галлюцинации. Только 2 больных слышали голоса сексуального содержания. Поведение больных находилось в той или иной зависимости от содержания голосов. Критика к обманам восприятия сохранялась всего у нескольких больных. У 14 больных галлюцинации длились менее суток, у 50 — от 1 до 6 дней, у 3 — от 10 до 25 дней, у 8 — 6 недель и выше. Критика к обманам восприятия появлялась в большинстве случаев после их исчезновения. Все больные могли дать последовательное изложение событий, послуживших причиной госпитализации. Больные получали витамины, паральдегид, АКТГ. Виктор и Хоп пришли к выводу, что галлюциноз не имеет никакого отношения к шизофрении. Авторы настаивают на значении двух факторов в возникновении галлюцинозов: длительности алкогольной интоксикации и полного прекращения употребления спиртного. Галлюцинозы являются абстинентными психозами. Если они возникают на фоне продолжающегося пьянства, речь идет об относительной абстиненции. Морфологические, биохимические и электрофизиологические исследования не дают возможности выявить что-либо специфическое для галлюцинозов. Причину перехода острых галлюцинозов в хронические авторы считают невыясненной.

Значение работ Виктора и Хопа состоит в том, что авторы на большом клиническом материале убедительно показали экзогенную природу острых алкогольных галлюцинозов.

В отечественной литературе конца прошлого века имеются подробные описания различных алкогольных психозов, в том числе и острого алкогольного галлюциноза.

В. М. Бехтерев (1897, 1903 гг.) посвятил несколько исследований алкогольным психозам. Описанный им галлюцинаторный психоз он считал необходимым дифференцировать с бредом преследования пьяниц Нассе и чувственным бредом алкоголиков Крафт — Эбинга. Основное место при алкогольном галлюцинозе занимают слуховые галлюцинации и их бредовая трактовка. В. М. Бехтеревым описан также алкогольный психоз, сопровождавшийся появлением психических автоматизмов.

П. Б. Ганнушкин (1904 г.), рассматривая клинику острой алкогольной паранойи, подчеркивал ее идентичность алкогольному галлюцинозу Вернике. Характерным является ясное сознание, преобладание слуховых галлюцинаций и связанного с ними бреда, аффект страха, беспокойство.

Большое значение для понимания клиники алкогольных психозов имеют исследования С. Г. Жислина (1965 г.), посвященные абстинентному синдрому, белой горячке, алкогольному галлюцинозу. С. Г. Жислин рассматривал абстинентный синдром как состоя-

ние, содержащее в себе в рудиментарной форме симптоматику делирия (бессонница, характерные сновидения) и галлюциноза (параноидная настроенность, тревога, особенности моторики, обманы восприятия). Галлюциноз, таким образом, рассматривался как похмелье, осложненное галлюцинаторно-параноидной симптоматикой. С. Г. Жислин утверждал, что острые и хронические галлюцинозы являются экзогенно-органическими психозами.

Существенным вкладом в изучение проблемы алкогольных галлюцинозов явились работы И. В. Стрельчука (1947, 1949 г.). Располагая огромным количеством наблюдений, он выделял острые, подострые и хронические галлюцинозы. Особое значение в патогенезе заболевания придавал обменным нарушениям. Хронический галлюциноз дебютирует делириозной симптоматикой или синдромом вербального галлюциноза. Можно различать безбредовую форму, параноидную, рецидивирующую, галлюциноз с нестойкими бредовыми включениями, комбинированные формы. Галлюциноз не приводит к грубым нарушениям психики с явлениями слабоумия, изменения личности характерны для хронического алкоголизма. И. В. Стрельчуком отстаивалась экзогенная природа острого и хронического галлюцинозов. Неплохой терапевтический эффект автор получил при назначении атропина, магнезии, глюкозы, микродоз йода, диатермии головы.

Х. А. Гасанов (1960 г.) обнаружил, что 88,5 % всех галлюцинозов отличаются остротой течения. Возникновению галлюциноза всегда предшествует внезапное прекращение пьянства. Автор описывает атипичный, abortивный и психогенно спровоцированный варианты галлюциноза. Атипичный вариант характеризуется присоединением отдельных проявлений синдрома Кандинского-Клерамбо.

М. Я. Цуцельковская (1961 г.) различает два варианта алкогольных галлюцинозов. При первом отмечается иллюзорный галлюциноз, тревога, страх, растерянность, отрывочные бредовые идеи. Второй вариант характеризуется вербальным галлюцинозом, иногда присоединяющимися явлениями психического автоматизма, депрессивной окраской настроения, двигательной заторможенностью. При галлюцинозах весьма эффективна аминазинотерапия.

Изучению алкогольных галлюцинозов посвящены исследования А. Г. Гофмана (1961, 1968, 1975, 1994, 2003, 2010 гг.). В докторской диссертации (1968 г.) А. Г. Гофман приводит следующие данные: из 220 обследованных больных алкогольными галлюцинозами 150 перенесли один или несколько приступов острого алкогольного галлюциноза, 50 — один или несколько затяжных галлюцинозов и лишь в 20 наблюдениях диагностирован хронический алкогольный галлюциноз. У больных острым алкогольным галлюцинозом психотическое состояние длилось менее месяца. Давность существования второй стадии

алкоголизма ко времени возникновения первого в жизни алкогольного галлюциноза в 90 % случаев превышала пять лет, а возраст больных колебался от 25 до 40 лет. Впервые описаны несколько вариантов дебюта острого алкогольного галлюциноза — внезапное начало с появления словесных галлюцинаций, приступообразное начало (несколько приступов развернутого вербального галлюциноза), начало с делириозных явлений или со смешанной картины, начало с элементарных обманов восприятия. Выделены различные варианты развернутой стадии острого алкогольного галлюциноза: 1) АГ со сплошным потоком вербальных галлюцинаций или преобладанием слуховых обманов восприятия; 2) АГ с включением делириозных расстройств; 3) АГ с преобладанием параноидных расстройств; 4) Abortивный АГ; 5) Атипичные АГ — с кратковременным ступором, с выраженной депрессией, зрительный галлюциноз без грубого помрачения сознания. Изучена эффективность применения нейролептиков (аминазина, тизерцина, стелазина, галоперидола) в качестве медикаментов, купирующих алкогольные галлюцинозы. А. Г. Гофман объясняет факт возникновения острых алкогольных галлюцинозов наличием энцефалопатии с поражением гипоталамических отделов и состоянием абстиненции, усугубляющим имеющиеся дефекты инвадизированного мозга.

Е. К. Медетов (1971 г.), изучая атипичные проявления в клинике острых алкогольных галлюцинозов, пришел к выводу, что наиболее часто атипичные АГ представлены феноменами синдрома Кандинского-Клерамбо и онейроидными эпизодами.

Н. П. Стаценко (1970 г.) отмечает различные варианты острых алкогольных галлюцинозов: с преобладанием зрительных обманов и параноидной симптоматики.

Н. Л. Бочкарева (1975 г.), изучавшая особенности острых алкогольных галлюцинозов в условиях Крайнего Севера, подчеркивает появление в клинической картине АГ проявлений синдрома Кандинского-Клерамбо, онейроидных, ступорозных расстройств, эпизодов пониженного настроения, бредовых идей.

Н. Н. Иванец (1975 г.) по результатам клинко-катамнестического исследования больных алкогольными психозами, в том числе алкогольным галлюцинозом, подтвердил существование острых алкогольных галлюцинозов с делириозными включениями.

В 1983 году Т. И. Нижниченко опубликовала результаты обследования 119 больных в возрасте от 19 до 26 лет, у которых в непосредственной связи со злоупотреблением алкоголем возникли острые психотические состояния. В 7 случаях возник типичный алкогольный галлюциноз, в 3- психоз длился несколько часов, в его дебюте отмечались красочные зрительные галлюцинации, у 3 больных в структуре острого алкогольного галлюциноза преобладали бредовые идеи преследования, последние 3 психоза были пред-



ставлены разнообразными зрительными галлюцинациями с двигательным беспокойством и нечеткой ориентировкой. В 84 % случаев психозы протекали в форме делириев. Среди больных, перенесших психозы в молодом возрасте, преобладали лица с астеническими чертами характера или относимые к группе “неустойчивых”. Запой перед психозами были более продолжительными, чем у лиц старшего возраста. Редко отмечались запои, заканчивавшиеся в связи с падением толерантности к алкоголю. Во время запоев интенсивность влечения к спиртному не менялась. Течение алкогольных психозов в молодом возрасте менее тяжелое.

М. Г. Гулямов (1984 г.) указывал, что структурно-динамический подход к оценке стадийности развития психопатологических феноменов позволяет выделить два типа течения острого алкогольного галлюциноза: кратковременный и типичный. Кратковременный тип течения (не более двух суток) представлен двумя вариантами: гипнагогическим и транзиторным острым алкогольным галлюцинозом. Гипнагогический вариант возникает на фоне выраженных абстинентных расстройств при закрывании глаз в период засыпания, характеризуется множественными слуховыми галлюцинациями, исчезающими при открывании глаз, отсутствием других гипнагогических расстройств. Описанные галлюцинации не подвергаются интерпретации. При транзиторном алкогольном галлюцинозе за несколько часов происходит полное клиническое формирование психоза с быстрой сменой стадий от инициальной до выраженной. При этом вербальные галлюцинации сопровождаются тревогой, страхом, острым чувственным бредом в виде нестойких идей преследования.

Б. Я. Рахминов (1982 г.) наблюдал случай острого алкогольного галлюциноза, клиническая картина которого исчерпывалась идеями гомосексуального воздействия.

М. Г. Гулямов и Х. У. Халиков (1988 г.) провели анализ клинических проявлений острого алкогольного галлюциноза в периоды с 1955 до 1970 гг. и с 1971 по 1985 гг. в сравнении с 1900 – 1931 гг. Выявлено уменьшение слуховых галлюцинаций угрожающего и обвиняющего содержания, бредовых идей преследования, аффекта страха, увеличение частоты вербальных галлюцинаций эротического содержания, императивного характера, бреда ревности, воздействия, величия, феноменов синдрома Кандинского-Клерамбо. Отмечается нарастание субдепрессивного и благодушного аффектов.

Из последних публикаций зарубежных авторов известны работы М. Сойка с соавторами (M. Soyka et al) 1995, 1997, 2005, 2007 гг., в которых автор говорит о предполагаемых патофизиологических механизмах, участвующих в развитии алкогольного галлюциноза. Он подчеркивает, что патофизиология алкогольного галлюциноза до конца не ясна. Сойка говорит о том,

что алкогольный галлюциноз достаточно редкое заболевание, в психиатрической больнице Мюнхена за 10-летний период наблюдений отмечено 13 алкогольных галлюцинозов. По данным официальной немецкой статистики, лишь 0,6 – 0,7 % больных алкогольной зависимостью переносят острые алкогольные галлюцинозы. М. Сойка отмечает довольно хороший прогноз при лечении алкогольных галлюцинозов нейрорептиками.

В. Миллас и К. Хазен в 2007 году опубликовали описание 58-летнего пациента с длительным (23 года) алкогольным анамнезом. Психотическая симптоматика характеризовалась редкими слуховыми и зрительными галлюцинациями, неразвернутыми идеями преследования на протяжении 9 месяцев. За две недели до поступления в клинику вербальные обманы усилились. Это были “диалоги соседей” уничижительного содержания. Пациент испытывал раздражение, страх, собирался обратиться в полицию, увеличивал дозы спиртного в попытке справиться с тревогой. После дезинтоксикационной терапии и назначения транквилизатора оксазепамом было проведено лечение рисперидоном в суточной дозе 4 мг. Психотические переживания редуцировались. Пациент принимал рисперидон еще в течении 2-х месяцев. Авторы в заключении обосновывают диагноз алкогольного галлюциноза алкогольным анамнезом, острым началом психоза, типичной психопатологической картиной с отсутствием расстройств мышления. Рисперидон оказался эффективным препаратом с хорошей переносимостью.

С 2007 по 2009 годы в России выполнено несколько диссертационных исследований, посвященных клинике и патоморфозу алкогольных психозов, в том числе и острых алкогольных галлюцинозов.

А. А. Масленников (г. Томск, 2007 г.) сообщает, что под воздействием современного социума, популярных сюжетов и образов, активно пропагандируемых средствами массовой информации, сместились акценты в психотической картине острого алкогольного галлюциноза, появились новые персонажи (террористы, боевики), четко проявляется бред “трансплантационного воздействия” — злоумышленники собираются изъять у пациента внутренние органы для пересадки, “феномен сканера”, когда пациенты сообщают о своих “невероятных” способностях прослушивать телефонные разговоры операторов сотовой связи “МТС”, “МЕГАФОН”, подключены к ним, “слышат, как по рации”. Преобладают кратковременные острые алкогольные галлюцинозы длительностью не более двух дней. В настоящее время отчетливо прослеживается тенденция к формированию новой, современной формы острого алкогольного галлюциноза.

З. Н. Алиев (2008 г. Баку) утверждает, что в последние годы увеличилась частота манифестации алкогольных галлюцинозов, возникающих во время

## ЛИТЕРАТУРА

запой. Описаны основные факторы риска возникновения острого алкогольного галлюциноза. Первый фактор — социальный: низкий образовательный уровень, отсутствие семьи и работы. Второй фактор — употребление крепких алкогольных напитков в массивных дозах, ранний возраст первого употребления алкоголя, давность злоупотребления алкоголем сроком в 10 и более лет, продолжительность запоев и (или) постоянного пьянства длительностью 31 и более дней. Алиев З. Н. пришел к выводу, что современной особенностью острого алкогольного галлюциноза является увеличение удельного веса вербальных галлюцинаций угрожающего и комментирующего содержания, псевдогаллюцинаций, идей воздействия. Вербальные галлюцинации обвиняющего характера, бредовые идеи преследования в структуре острого алкогольного галлюциноза встречаются реже.

А. А. Лукин (2009 г. Москва) представил различные синдромальные варианты острого алкогольного галлюциноза у женщин, среди которых преобладали абортивные формы (51 %). В структуре АГ присутствуют псевдогаллюцинации (22 %) и явления психического автоматизма (16 %). А. А. Лукин утверждает, что возникновение повторных алкогольных психозов у женщин связано с повышенной психотической готовностью (ранимость когнитивных функций, периферических нервов и клеток печени).

Таким образом, в результате изучения алкогольных галлюцинозов зарубежными и отечественными авторами можно считать установленными следующие положения :

1) Острые алкогольные галлюцинозы являются психозами экзогенно-токсического происхождения.

2) Острый алкогольный галлюциноз и алкогольный делирий — родственные заболевания. Существует множество алкогольных психозов, занимающих промежуточное положение между делирием и галлюцинозом.

3) Известны несколько вариантов дебюта острого алкогольного галлюциноза и различные варианты развернутой стадии.

4) Тенденции к удлинению психотических состояний, протекающих в форме острых алкогольных галлюцинозов, а также тенденции к удлинению запоев, предшествующих развитию повторных галлюцинозов, не отмечено.

5) Наиболее эффективным методом лечения больных острым алкогольным галлюцинозом является введение нейролептиков.

6) Факт возникновения острых алкогольных галлюцинозов объясняется наличием энцефалопатии и состоянием абстиненции, усугубляющей имеющиеся дефекты инвалидизированного мозга.

7) Причины, по которым в одних случаях развиваются галлюцинозы, а в других делирии остаются не известными.

1. Аккерман В. И. “Синдром душевного автоматизма” французской психиатрии. Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 1928; 4: 445 – 471.
2. Алиев З. Н. Современные клинические особенности алкогольного делирия и роль нейромедиаторных аминокислот в его патогенезе: Автореф. дисс. на соиск. учен. степ. канд. мед. наук. М.: 2001, 24 с.
3. Алиев З. Н. Современные клинико-психопатологические аспекты острого алкогольного галлюциноза и роль нейромедиаторных аминокислот в его патогенезе: Дисс. на соиск. учен. степ. докт. мед. наук. Баку: 2008, с. 12 – 49, с. 206 – 223.
4. Банищиков В. М., Короленко Ц. П. Алкоголизм и алкогольные психозы. М.: Медицина, 1968. 256 с.
5. Бехтерев В. М. Обзорение психиатрии, неврологии и экспериментальной психологии. 1897, № 1.
6. Бехтерев В. М. “Объективное исследование душевнобольных”. Обзорение психиатрии, неврологии и экспериментальной психологии. 1907, № 10. С. 595 – 606.
7. Бобров А. С. Клиника, терапия и дифференциальная диагностика некоторых острых психотических состояний, развивающихся у алкоголиков. Автореф. дисс. на соиск. учен. степ. канд. мед. наук. М., 1963. 21 с.
8. Бочкарева Н. Л. Особенности острых алкогольных психозов в условиях Крайнего Севера. Автореф. дисс. на соиск. учен. степ. канд. мед. наук. Омск, 1975. 25 с.
9. Ганнушкин П. Б. Избранные труды. М. Медицина, 1964. 291 с.
10. Гасанов Х. А. Острые алкогольные психозы. Баку: Издательство Академии Наук Азербайджанской ССР, 1964, 287 с.
11. Гасанов Х. А. Острые алкогольные психозы. Баку: Маариф, 1973, 203 с.
12. Гофман А. Г. Клиника и дифференциальная диагностика алкогольных параноидов. Автореф. дисс. на соиск. учен. степени канд. мед. наук. М., 1961. 21 с.
13. Гофман А. Г. К вопросу о дифференциальной диагностике шизофрении и острых алкогольных галлюцинозов. Труды 4-го Всесоюзного съезда невропатологов и психиатров. М., 1965, Т. 3, с. 180 – 184.
14. Гофман А. Г. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение алкогольных галлюцинозов. Автореф. дисс. на соиск. учен. степ. докт. мед. наук. М., 1968. 38 с.
15. Гофман А. Г. Клиническая наркология, М.: Миклош, 2003. 215 с.
16. Гофман А. Г. Об особенностях синдрома Кандинского — Клерамбо при остром алкогольном галлюцинозе. В кн.: Вопросы экзогенных и органических нервно-психических расстройств. М., 1964, с. 47 – 50.
17. Гофман А. Г. О некоторых ошибках в диагностике алкогольных психозов. В кн.: Клиника и лечение алкогольных заболеваний. Материалы научно — практич. конф. врачей психоневрол. учреждений г. Москвы. М., 1966, с. 85 – 89.
18. Гофман А. Г., Орлова М. А., Меликсетян А. С. Алкогольные психозы: Клиника, классификация. Социальная и клиническая психиатрия. Т. 20, в. 1, М., 2010, с. 5 – 12.
19. Гулямов М. Г. Патоморфоз острых алкогольных психозов. Душамбе: 1984, 170 с.
20. Гулямов М. Г., Халиков Х. У. Патоморфоз острого алкогольного галлюциноза. Журн. Невропат. и психиатрии им. С. С. Корсакова, 1988, Т. 88, в. 2, с. 73 – 78.
21. Жислин С. Г. Очерки клинической психиатрии. Клинико-патогенетические зависимости. М.: “Медицина”, 1965, 319 с.
22. Иванец Н. Н. Алкогольные психозы: систематика, клиника, дифференциальный диагноз, прогноз, судебно — психиатрическое значение. Автореф. дисс. докт. мед. наук. М., 1975. 36 с.
23. Крепелин Э. Учебник психиатрии. Для врачей и студентов. М., Карцев, 1910, Т. 1, 468 с.
24. Лукин А. А. Клинические соотношения алкоголизма и алкогольных психозов. Автореф. дисс. канд. мед. наук. М., 2009. 21 с.

25. Маньян В. Клинические лекции по душевным болезням. Алкоголизм. Изд. Психиатров 67-ой Моск. б-цы ТОО "Закат". 1995, 426 стр.
26. Масленников А. А. Клиника и патоморфоз алкогольных психозов у мужчин в условиях города. Дисс.канд. мед. наук. Томск, 2007, с. 9 – 31, 40 – 53, 79 – 101.
27. Медетов Е. К. Атипичное течение клиники острого алкогольного галлюциноза. Здравоохранение Казахстана. 1971, № 6, с. 58 – 60.
28. Немкова Т. И. Клинические особенности острых алкогольных галлюцинозов в условиях современной терапии. Материалы 15 съезда психиатров России. М., 2010. с. 261.
29. Нижниченко Т. И. Об особенностях алкогольных психозов в молодом возрасте. Сборник научных трудов, М., изд. Московского НИИ Психиатрии МЗ РСФСР, 1983. с. 84.
30. Рахминов Б. Я. К вопросу о патоморфозе острого алкогольного галлюциноза. Здравоохранение Таджикистана. 1982, № 3, с. 46 – 49.
31. Снежневский А. В. Общая психопатология (курс лекций). Валдай, 1970, 190 с.
32. Стаценко Н. П. Материалы к генезу алкогольных психозов. Автореф. дисс.докт. мед. наук. Омск, 1970. 34 с.
33. Стрельчук И. В. Клиника и лечение наркоманий. Изд-е 2-е. М.: "Медгиз", 1949. 229 с.
34. Стрельчук И. В. О некоторых актуальных вопросах алкогольной патологии. В кн.: Проблемы алкоголизма. Труды Центр. НИИ общей и судебной психиатрии им. В. П. Сербского — М., 1971, в. 2, с. 55 – 63.
35. Benedetti G. Die Alcoholhalluzinosen. Stuttgart: Thieme, 1952. 58 sec.
36. Bleuler E. Lehrbuch der Psychiatrie. Berlin: Verlag von J. Springer, 1920, s. 539.
37. Bonhoeffer K. Die akuten Geisteskrankheiten der Gewohnheitsrinker. Eine klinische Studie. Jena, 1901. 225 sec.
38. Kraft – Ebing R. V. Lehrbuch der Psychiatrie auf klinischer Grundlage. 5 Aufl., 1893
39. Marcel C. De la folie cause par l'abus des boissons alcooliques. Paris, Rignoux, 1847. 59 p.
40. Millas W., Haasen C. Treatment of Alcohol Hallucinososis with Risperidon. American Jornal on Addictions, 16: 1 – 2, 2007.
41. Nasse W. Über den Verfolgungswahnsinn der geistesgestörten Trinker. Allg. Z. Psychiat, 1877, Bd. 34, s. 167 – 183.
42. Regis E. Precis de Psychiatrie. 6 ed. Paris, 1923. Alcoholism, pp. 586 – 600.
43. Soyka M. Pathophysiologic mechanisms possibly involved in the development of alcohol hallucinososis. Addiction. 1990; 95: 289 – 290.
44. Soyka M., Wegner U., Moeller H. Risperidone in treatmentrefractory chronic alcohol hallucinososis. Pharmacopsychiatry. 1997; 30: 135 – 136.
45. Speyer V. Die alcoholische Geisteskrankheiten im Baseler. Irrenhause aus den Jahren 1876 – 1878, J – D. Basel, 1882, Bd. 40, s. 423.
46. Victor M., Hop J. M., Adams R. D. Auditory hallucinations in the alcoholic patient. Trans. Americ. Neurolog Associat., 1953, 78, p. 273.
47. Victor M., Hop J. The phenomenon of auditory hallucinations in chronic alcoholism. Journal of nerv. a. mental disease, 1958, 126, 5, p. 451.
48. Wernike C. Grundriss der Psychiatrie. Leipzig. Thieme, T. I., 1984. 80 sec. 44. Wallis G. I. T. Alcoholic hallucinososis. J. Royal Nav. Med. Serv., 1957, v. 43, p. 29 – 39.

## **РЕКОМЕНДУЕМ!**

*Карл Леонгард*

### **Систематика эндогенных психозов и их дифференцированная этиология**

*М., 2010 г.*

## **Международный конгресс Всемирной психиатрической ассоциации ДОСТУПНОСТЬ, КАЧЕСТВО И ГУМАННОСТЬ ПОМОЩИ**

*17 – 21 октября 2012 г., Прага, Чехия*

**Wpaic2012@guarant.cz; www.wpaic2012.org**



# Патологическая склонность к азартным играм. Феноменология вовлечения. Часть 1

Д. А. Автономов<sup>1</sup>

Представлены результаты исследования мотивов, мотивации и поведения у 103 пациентов, страдающих патологической склонностью к азартным играм (F63.0), обратившихся самостоятельно первично в амбулаторный Центр лечения и профилактики игровой зависимости при НД № 12 г. Москвы в период с 03.04.2007 по 09.10.2009 года. Изучен игровой анамнез, инициальные мотивы и обстоятельства приобщения к участию в азартных играх, особенности манифестации, эскалации и прогресса патологической вовлеченности.

**Ключевые слова:** патологическая склонность к азартным играм, мотивы, мотивация, обстоятельства приобщения.

**Введение.** В настоящей работе представлены результаты исследования мотивов, мотивации, поведения, клинической картины, психопатологических феноменов и субъективного опыта у 103 пациентов, страдающих патологической склонностью к азартным играм (F63.0). Данные пациенты самостоятельно первично обратились в амбулаторный Центр лечения и профилактики игровой зависимости при Наркологическом диспансере № 12 УЗ ЮЗАО г. Москвы в период с 03.04.2007 по 09.10.2009 года. Все они испытывали трудно контролируемое влечение к игре и, несмотря на разрушительные последствия для личной, профессиональной и семейной жизни, были не в состоянии самостоятельно прекратить или существенно сократить свое участие в азартных играх.

**Цели и задачи:** дать феноменологическое описание психических переживаний и инициальных мотивов приобщения к участию в азартных играх и прояснить то, как проходила манифестация, эскалация и дальнейшее прогрессирование патологической вовлеченности. Прояснить функциональное значение игр. Выявить особенности клинической картины, игровых поведенческих паттернов, что поможет в реабилитационной и психотерапевтической работе.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

**Выборка:** исследование являлось сплошным. Исследовались все пациенты, первично обратившиеся в Центр лечения и профилактики игровой зависимости при Наркологическом диспансере № 12 г. Москвы из-за проблем с азартными играми в период с 03 апреля 2007 г. по 09 октября 2009 г. Пациенты дали добровольное информированное письменное согласие на диагностическое обследование и последующую реабилитацию в специализированной амбулаторной реабилитационной программе “Вне Игры” [1]. Со всеми

пациентами был заключен договор на их участие в программе реабилитации продолжительностью 10 недель, с частотой 4 раза в неделю по 3 часа групповых психокоррекционных занятий. Участие в программе было бесплатным и анонимным. В качестве условия прохождения реабилитации — отказ от употребления пациентами каких-либо психоактивных веществ (включая алкоголь) и ограничение количества пропусков — не более 4-х пропусков (в том числе по “уважительной причине”) за все время реабилитации.

**Критерии включения:** включались пациенты старше 18 лет, давшие 7 и более положительных ответов по опроснику “Двадцать вопросов Анонимных Игроков” [10] и набравшие 5 и более баллов по диагностической шкале SOGS (South Oaks Gambling Screen — Скрининг-тест для оценки игровой зависимости) [11]. У всех пациентов, обследованных врачом психиатром-наркологом, была первично диагностирована “Патологическая склонность к азартным играм” в соответствии с критериями МКБ-10 (F63.0) [3].

**Критериями исключения:** пациенты моложе 18 лет; пациенты со склонностью к азартным играм и заключению пари (Z 72.6 по МКБ-10); пациенты с маниакально-депрессивным психозом, циклотимией и шизофренией в фазе обострения.

**Методы исследования:** основными методами были клинико-феноменологический и клинико-анамнестический. В данном исследовании мы тщательно проясняли субъективные психические переживания пациентов, связанные с отношением к азартным играм и опытом азартных игр, и формулировали полученные сведения преимущественно с точки зрения субъекта. Процедура клинического обследования включала в себя скрининговое тестирование на предмет зависимости от участия в азартных играх, сбор анамнеза, анализ психического состояния, субъективных и доступных объективных сведений. Для получения сведений пациенты самостоятельно заполняли специально разработанный структурированный опросник — “Анкета пациента”. С пациентами был установлен хороший контакт, им гарантировалась кон-

<sup>1</sup> Наркологический диспансер № 12 Москвы.

фиденциальность и анонимность. Место и способы проведения беседы способствовали получению правдивых и развернутых (полных) ответов.

Обработку полученных результатов проводили с использованием статистического пакета Microsoft Excel.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Всего обследовано 103 пациента с верифицированным диагнозом “Патологическая склонность к участию в азартных играх (F63.0)” — из них 84 мужчины (81,5 %) и 19 женщин (18,5 %). Возраст пациентов варьировал от 19 до 63 года. Средний возраст составлял 33,3 года.

#### *Социально-демографические показатели пациентов*

##### *Образование:*

- Незаконченное среднее — 1 чел. (0,97 %).
- Законченное среднее — 12 чел. (11,6 %).
- Среднее-специальное — 28 чел. (27,1 %).
- Незаконченное высшее — 16 чел. (15,5 %), из них в настоящее время продолжают учиться в ВУЗе 9 человек (8,7 %).
- Законченное высшее — 46 чел. (44,6 %).
- Закончили аспирантуру 4 человека. Два пациента имели ученую степень кандидата наук (медицинских и технических).

Из 12 пациентов с законченным средним образованием трое имели собственный успешный бизнес. Еще трое, несмотря на отсутствие соответствующего образования, являлись руководителями направления в крупных сетевых компаниях.

##### *Семейное положение:*

- В официально зарегистрированном браке состоят 48 человек.
- Разведены — 11 человек.
- Вдовы — 2 человека.
- В гражданском браке в настоящий момент состоят 13 человек (включая троих из числа состоявших в разводе).
- Холосты и живут отдельно 12 человек.
- Холосты и живут с родителями 20 человек.

Из официально зарегистрированных в браке все 48 человек заявили нам, что у них в той или иной степени нарушены отношения с брачным партнером и имеются серьезные проблемы во взаимоотношениях. Заявленная причина внутрисемейных конфликтов — неспособность пациентов выполнить взятые на себя обязательства — прекратить играть или взять под контроль игру и долговые/финансовые проблемы. Двадцать шесть человек заявили нам, что они находятся на грани развода. Одиннадцати пациентам

поставлен жесткий ультиматум, где условием сохранения семьи и брака является прекращение игр.

Из состоявших в разводе 11 пациентов в качестве непосредственной причины развода все указали проблему с азартными играми.

Из состоящих в гражданском браке проблемы во взаимоотношениях из-за игры отмечают 8 человек из 13.

Из 20 холостых (незамужних) пациентов 15 человек заявили, что живут с родителями вынужденно, так как 13 из них не имеют больше возможности арендовать жилье, а двое пациентов напротив вынуждены сдавать в аренду свою квартиру, чтобы расплатиться с долгами. Во всех этих случаях причиной переезда к родителям являлись финансовые проблемы, возникшие из-за игры.

Дети есть у 63 пациентов. Количество детей от 1 до 5, возраст детей от 1 года до 40 лет.

*Трудовая деятельность:* На момент обследования большинство пациентов было трудоустроено (95 человек или 92,2 %) и работали на полную занятость. Пять безработных пациентов находились в активном поиске работы и оценивали свое отсутствие работы как “временное”. Шесть пациентов из восьми безработных подрабатывали, занимаясь частным извозом на личных автомобилях. Один из безработных пациентов, отвечая на вопрос о поиске работы, с высокомерием, свойственным нарциссическим личностям, заявил нам с оттенком презрения в голосе: “Я никогда не ищу работу. Работа всегда ищет меня!” Двое пациентов (оба с высшим образованием) не работали и не искали работу, так как фактически находились на полном иждивении у состоятельных родственников. Руководящие должности занимают 27 человек (28,4 %). Частным предпринимательством занимаются 9 человек (9,4 %). Пятьдесят шесть из 103 пациентов (54,3 %) считают себя высоко квалифицированными специалистами в своей сфере.

*Игровой анамнез.* На момент обследования обший стаж участия в азартных играх находился в пределах от 6 месяцев до 32 лет. В среднем игровой стаж равнялся 4,6 годам. Возраст начала участия в азартных играх в специализированных игорных заведениях — с 16 до 59 лет.

#### *Обстоятельства приобщения к азартным играм*

Пятьдесят один пациент (49,5 %) сообщил нам, что некоторые формы азартных игр были допустимы и приемлемы в их родительской семье. В основном речь шла об игре в лото, домино или карточные игры на минимальные (копеечные) ставки. В этих играх участвовали сами пациенты, будучи еще детьми. Одна пациентка с большой гордостью сообщила нам, что она, будучи девочкой, регулярно выигрывала у

своего дяди и отца, что повышало ее настроение и самооценку.

Тридцать семь пациентов (35,9 %) сообщили, что их родители и/или ближайшие родственники регулярно играли в “Спортлото” и/или покупали билеты государственной денежно-вещевой лотереи. Семеро пациентов вспомнили, что их родители очень годились и радовались небольшим выпадавшим на их долю выигрышам и умалчивали о регулярных проигрышах. Соответственно пациенты, став взрослыми, сами не осознавая этого, полностью скопировали подобное поведение, повторив его в своих семьях. Согласно рассказам наших пациентов, во всех случаях, за исключением одного, у их родственников отсутствовали признаки чрезмерной вовлеченности в игру, не было связанных с игрой проблем в социальной, профессиональной и межличностной сфере. Один пациент (стаж игры 32 года) заявил нам, что его отец еще во времена существования СССР был карточным шулером с явными криминальными наклонностями. Идентификация с отцом-игроком была очевидна даже для самого пациента. Уже в школе, подражая отцу, он начал играть на деньги в карты. После легализации игорного бизнеса и появления игровых автоматов его страсть к игре вышла на новый виток. Финал игровой карьеры пациента — полное разрушение социальных связей, огромные долги, криминальная деятельность, преследование со стороны обманутых им лиц и кредиторов. Данный пациент считал, что он “ничего не умеет делать, кроме того, как играть”. Он заявил нам, что азартная игра — “смысл его жизни”, отказ от которой для него “немыслим”. Любые даже самые минимальные суммы, которые он мог достать, он, отказывая себе во всем (даже в еде и табаке), тратил на игру.

Итак, более чем в 2/3 случаев те или иные формы азартных игр были допустимы в семье будущих пациентов.

В подавляющем большинстве случаев (у 96 человек или 93,3 %) начало игровой активности в специализированных игорных заведениях происходило под влиянием знакомых, друзей, коллег по работе, которые в свою очередь, ранее уже имели опыт игры в азартные игры. Эти люди послужили своеобразным “проводником” в мир азартных игр. Однако собственная заинтересованность, любопытство выдвигалась пациентами на первый план.

Только 7 человек (6,7 %) в первый раз зашли в игорное заведение играть одни, самостоятельно и вне компании. Причем в пяти случаях, пациенты до начала своей игровой карьеры устроились на работу и фактически работали в зале игровых автоматов в качестве сотрудников (охранники, крупье, кассиры) и имели возможность в течение длительного времени наблюдать за игрой других игроков. Один пациент зашел в игровой клуб “заплатить за телефон”. Еще в одном случае, пациент зашел в игровой клуб и сделал

первую в своей жизни ставку, потому что стоявшая у дверей игрового заведения красивая девушка, одетая в соблазнительное облегающее платье, любезно пригласила его зайти “испытать удачу”. Он не смог ей отказать, и преодолев первоначальное недоверие и смущение, сыграл и “разумеется, выиграл”.

*Виды азартных игр, в которые играют пациенты:*

- Игры в игровые автоматы — 90 человек.
- Карточные игры (Покер, Блэкджек) — 20 человек.
- Рулетка — 20 человек.
- Лотерея — 1 человек.
- Азартные игры в Интернете (Онлайн казино и пр.) — 3 человека.
- Ставки на спортивные события — 1 человек.

Сумма больше 100 %, так как часть пациентов предпочитают в разные периоды времени разные игры или одновременно играют в несколько разновидностей азартных игр. Только 6 пациентов (игроки в Покер и Блэк Джек) и 7 игроков в рулетку заявили, что не играют (и не играли) в игровые автоматы. Абсолютное большинство игроков (90 человек или 87,4 %) предпочитают игру в игровые автоматы.

*Места, где пациенты участвовали в азартных играх (делали ставки):*

- Зал игровых автоматов — 85 человек,
- Казино — 30 человек,
- Дома — 4 человека,
- Букмекерская контора — 1 человек.

Сумма также больше 100 %, так как часть пациентов предпочитают разные виды игр и играют в нескольких местах. Играют исключительно в казино только 13 человек (12,7 %). В большинстве случаев (82,5 %) пациенты являются постоянными посетителями залов игровых автоматов, которые находятся в шаговой доступности от места проживания или удобно расположены с точки зрения транспортной доступности и находились по пути следования с работы домой.

*Частота игры за последний год (количество ответов):*

- 1) Каждый день — 29;
- 2) Пять раз в неделю — 5;
- 3) Три-четыре раза в неделю — 13;
- 4) Два-три раза в неделю — 15;
- 5) Два раза в неделю — 10;
- 6) Один раз в неделю — 9;
- 7) Два раза в месяц — 12;
- 8) Один раз в месяц — 6;
- 9) Один раз в три месяца — 2;
- 10) Игровой рецидив после ремиссии в 1,5 года — 1;
- 11) Затруднились ответить — 1

Следует отметить, что во всех тех случаях, когда пациенты играли с частотой два раза в месяц и реже, они играли исключительно по крупным ставкам. Причем, этот один игровой эпизод продолжался не менее

Таблица 1. **Инициальные мотивы приобщения к участию в азартных играх**

№	Инициальные мотивы	Количество ответов
1	Любопытство, интерес к новому престижному и необычному развлечению	52
2	Желание выиграть деньги	20
3	Влияние друзей, компании	11
4	Свободное время, времяпровождение	5
5	Не смогли ответить на данный вопрос	15

восьми часов и иногда, по словам пациентов, доходил до двух-трех суток практически непрерывной азартной игры, во время которой пациенты неустанно играли в одном месте или курсировали из одного игрового заведения в другое, зачастую крупно выигрывая в одном казино и проигрывая все в другом. Ближе к финалу, пациенты обычно искали деньги на продолжение игры, чтобы “отыграть” ранее проигранные суммы и вернуть долги.

В некоторых случаях пациенты на протяжении всего времени “игрового запоя” пропускали работу, учебу, запланированные встречи, важные мероприятия и не приходили ночевать домой. Они пили кофе в огромных количествах (15 – 25 чашек эспрессо), выкуривали по 2 – 3 пачки сигарет в сутки и практически не спали (в казино запрещено спать) или спали поверхностным сном продолжительностью не более двух-трех часов в непредназначенных для этого местах (обычно в собственном автомобиле).

Итак, из 103 пациентов — 90 человек (87,4 %), обратившихся в Центр лечения и профилактики игровой зависимости при Наркологическом диспансере № 12 г. Москвы в период с 03.04.2007 по 09.10.2009 года, играют именно в игровые автоматы. Данные ряда исследователей, например: Breen R., Zimmerman M. (2002), Fisher S. (1999) [8, 9] подтверждают, что именно при игре в игровые автоматы, по сравнению с традиционными играми (рулетка, карты, кости и т.д.), происходит более быстрое развитие пристрастия к азартной игре и более злокачественное течение игровой зависимости.

*Мотивы и мотивация пациентов, зависящих от азартных игр*

Помимо клинического интервью и сбора анамнеза, мы просили пациентов подробно описать обстоятельства начала игры и попытаться вспомнить, каковы были инициальные мотивы приобщения. Как происходило развитие, эскалация и дальнейшее прогрессирование их вовлеченности в участие в азартных играх.

Мотив — это побуждение к действию. Мотивы могут быть осознанными — связанными с определен-

ными целями и неосознанными в виде готовности к определенным действиям, поступкам [5]. В отличие от целей, мотивы актуально могут не осознаваться субъектом и/или могут быть осознаны лишь “задним числом”.

Мотивация является фундаментальным психическим феноменом. Р. Е. Сифнеос писал: «Слово “мотивация” не тождественно “причине”. Тем не менее, она является движущей силой индивида...»[12]. Мотивация представляет собой систему устойчивых мотивов, определяющих поведение и избирательность отношений [6]. Человеческая мотивация является динамическим и изменчивым феноменом, определяя качество и приоритет отношения индивидуума со средой [6].

На основании самоотчетов пациентов нам удалось выделить три характерных вида игровой мотивации. Сами пациенты отмечали и сообщали нам, что по мере прогрессирования их включения в участие в азартных играх происходила трансформация их восприятия игры, ее значения и образа своего “Я” в игре. На основе сообщений, сделанных игроками во время интервью и заполнения специальной анкеты, мы, обобщив полученные данные, объединили их в соответствующие таблицы.

Мотивы участия в азартных играх были условно разделены нами на:

- инициальные мотивы приобщения пациента к участию в азартных играх;
- мотивы, закрепляющие и поддерживающие дальнейшее участие пациента в азартных играх;
- мотивы, из-за которых пациент продолжает участвовать в азартных играх, несмотря на очевидные вредные последствия и проблемы.

Пациенты письменно отвечали на вопросы: *Почему Вы начали играть в азартные игры? Что (кто) побудило (побудил) Вас начать играть?* Результаты (ответы) представлены в табл. 1.

Таким образом, в большинстве случаев ведущим побуждающим мотивом было собственное любопытство, интерес к новому развлечению (50,4 %) и с явным отставанием — меркантильный интерес (19,4 %). На важность мотива “любопытства” в частности указывала И. Н. Пятницкая. На примере зависимости от психоактивных веществ И. Н. Пятницкая главным временным ситуационным мотивом определяла исследовательский “познавательный” мотив, который после реализации теряет свою силу [7].

Мы исследовали также мотивы, обуславливающие дальнейшее приобщение пациентов к игре в азартные игры, эскалацию участия и прогрессирование вовлечения. Пациенты отвечали на вопросы: *Почему Вы продолжили играть в азартные игры? Что с Вашей точки зрения послужило причиной продолжения Вашего участия в азартных играх?* Результаты (ответы) представлены в табл. 2.



Таблица 2. Мотивы, обуславливающие и закрепляющие участие в азартных играх

№	Мотивы, закрепляющие участие в азартных играх	Количество ответов
1	Возможность выиграть деньги	32
2	Азарт, возбуждение, приятное волнение	31
3	Времяпрепровождение, уход от обыденности и скуки	17
4	Неожиданный крупный денежный выигрыш	10
5	Не смогли ответить на данный вопрос	13

Главные мотивы были обозначены пациентами как “Возможность выиграть деньги” (31 %) и “Азарт, возбуждение, приятное волнение” (30 %), то есть мотивация получения непосредственного чувственного удовольствия от акта игры. Таким образом, можно говорить о реализации феномена “сдвига мотива на цель” — согласно А. Н. Леонтьеву [4]. Азартная игра сама по себе и измененное состояние сознания, получение удовольствия от процесса, достигаемое благодаря фиксации внимания на игре и ее результатах, становится самостоятельным побуждающим мотивом. Семнадцать человек (16,5 %) заявили, что участие в играх помогает им структурировать время и избегать скуки. Мы отдельно выделили пункт “Неожиданный крупный денежный выигрыш” (9,7 %), так как сами пациенты назвали такой выигрыш центральным событием, определившим их дальнейшее участие в играх. Эти пациенты считали, что неожиданный крупный выигрыш явился своеобразной точкой кристаллизации, изменившей их отношение к участию в азартных играх. На важность первого крупного выигрыша в становлении зависимости указывал, в частности, А. О. Бухановский с соавторами, (2002) [2]. На этом этапе, такой пункт как “любопытство, интерес” (внутренний фактор) и “влияние компании, знакомых” (фактор средовой) даже не упоминался пациентами.

Для исследования мотивов, обуславливающих продолжение участия в азартных играх, мы спрашивали пациентов: *Почему Вы, понимая вредные последствия, продолжаете играть в азартные игры? Ради чего Вы играете сейчас?* Результаты опроса представлены в табл. 3.

Таким образом, сами пациенты отмечают трансформацию своих мотивов. Мотив “отыграться” вышел на первое место (44,6 %). Игровое поведение пациентов можно определить как бесконечную погоню за ранее проигранными деньгами. Также пациенты отмечают появление нового мотива — мотива снятия напряжения, ухода от проблем посредством бегства в мир игры и соответствующих игре фантазий (19,4 %). Еще двенадцать пациентов (11,6 %) честно сказали,

Таблица 3. Мотивы, обуславливающие продолжение участие в азартных играх, несмотря на осознание вредных последствий

№	Мотивы продолжения участия в азартных играх, несмотря на вредные последствия	Количество ответов
1	Чтобы “отыграться”, вернуть долги	46
2	Чтобы уйти от проблем и забот, снять напряжение	20
3	Ради самой игры	12
4	Чтобы пережить азарт, возбуждение и победить в игре	10
5	Не смогли ответить на данный вопрос	15

что играют они исключительно ради самой игры, и никаких других мотивов у них нет.

Интересно, что пятнадцать пациентов (14,5 %) которые не смогли ответить на вопрос, устно сообщили нам, что до недавнего времени думали, что играют ради денег, выигрыша, который мог бы решить их финансовые проблемы. Но теперь точно знают, что “выигрыш” тут ни при чем, так как выигранные деньги все равно тратятся только на игру. И они действительно не знают и находятся в искреннем недоумении, не понимая, ради чего они продолжают играть. Двое из пациентов заявили нам, что они пришли к специалисту, чтобы получить ответ на вопрос: почему же все-таки они продолжают играть? Самостоятельно осознать и понять свои мотивы они не могли.

Итак, изучив инициальные мотивы приобщения к участию в азартных играх, мы выявили, что собственное любопытство будущих пациентов и финансовый интерес были названы суммарно в 69,8 % случаев в качестве инициальных мотивов приобщения. Таким образом, инициальная мотивация может быть определена как: “Играю из любопытства, ради развлечения и престижа”.

Манифестация, эскалация и дальнейшее прогрессирование патологической вовлеченности связаны с “крупным неожиданным первым выигрышем” у 9,7 % и присоединением к мотивации “заработка” (у 31 %) — мотивации получения непосредственного удовольствия от акта игры, переживания азарта и приятного волнения (30 %). Таким образом, можно говорить о реализации феномена “сдвига мотива на цель”. Азартная игра сама по себе и измененное состояние сознания, достигаемое благодаря фиксации внимания на игровом процессе, становятся самостоятельным побуждающим мотивом. Таким образом, мотивация обуславливающая продолжение игры может быть определена как: “Играю ради выигрыша и азарта”.

Дальнейшая трансформация мотивов участия в азартных играх представлена появлением новых мотивов — мотивов “отыграться” (мотив “реванша” в виде погони за ранее проигранными деньгами вышел

на первое место — 44,6 %) и мотива “снятия напряжения, ухода от проблем посредством бегства в мир игры и соответствующих игре фантазий” (19,4 %). У 11,6 % пациентов сам акт участия в азартной игре являлся самостоятельным побуждением, определяющим их поведение. Таким образом, выявленная нами мотивация может быть определена как: “Играю, чтобы отыграться и снять напряжение”.

*(Продолжение следует)*

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Автономов Д. А., Беляева О. В., Герасимов Р. В., Плющева О. А. “Вне игры. Сборник материалов, отражающий опыт работы центра реабилитации и профилактики зависимости от азартных игр”. М: РБФ НАН, 2008, 156 с.
2. Бухановский А. О., Андреев А. С., Бухановская О. А. Зависимое поведение: клиника, динамика, систематика, лечение, профилактика. Пособие для врачей. Ростов на Дону, 2002, 35 с.
3. Всемирная организация здравоохранения. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике / Пер. на рус. яз. / Под ред. Ю. Л. Нуллера, С. Ю. Циркина. — СПб.: Адис, 1994, 302 С.
4. Леонтьев А. Н. Современная психология. М., — 1983.
5. Леонтьев А. Н. Деятельность. Сознание. Личность. М., — 1990.
6. Нюттен Ж. Мотивация, действия и перспектива будущего. Под ред. Д. А. Леонтьева. М.: Смысл, 2004.
7. Пятницкая И. Н. Наркомания. М., 1994. — 541 с.
8. Breen R. B., Zimmerman M. Rapid onset of pathological gambling in machine gamblers // J. Gambl. Stud. 2002. V. 18. № 1. P. 31 – 43.
9. Fisher S. A prevalence study of gambling and problem gambling in British adolescents // Addiction Research. — 1999 Dec. V. 7. № 6. P. 509 – 539.
10. Gamblers Anonymous (2005) Twenty Questions. Los Angeles, CA: Gamblers Anonymous. <http://www.gamblersanonymous.org/20questions.html>. Дата обращения 19.09.2010 г.
11. Lesieur H. R., Blume S. B. The South Oaks Gambling Screen (SOGS): a new instrument for the identification of pathological gamblers. American Journal of Psychiatry. 1987, 144. P. 1184 – 1188.
12. Sifneos P. E. Two different kinds of psychotherapy of short duration. // Am J Psychiat 1967; 123 (9).

**II Международный конгресс  
ПО ДУАЛЬНЫМ РАССТРОЙСТВАМ:  
ЗАВИСИМОЕ ПОВЕДЕНИЕ  
И ДРУГИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА**

*5 – 8 октября 2011 г., Барселона, Испания*

**mcasas@vhebron.net; www.cipd2011.com**



## Больная с нервной анорексией. Какова нозология?

Разбор ведет доктор мед. наук В. Г. Остроглазов (16 декабря 2010 г.),  
врач-докладчик И. В. Медведева

Вашему вниманию представляется 6-я Екатерина Ч. 24 лет. Поступила в ГПБ № 3 им. Гиляровского 6-й раз 15.11.2010 г. Наследственность психопатологически не отягощена. Старший брат здоров. Родители развелись, когда ей было 2 г. С 6 лет воспитывалась отчимом, считает его отцом, хорошо к нему относится. С братом всегда в дружеских отношениях. Проживает с матерью и отчимом в отдельной квартире. В раннем развитии не отставала, посещала детсад, адаптировалась легко, была подвижной, бойкой. В то же время всегда была привязана к матери, любила с ней везде ходить вместе. В детском саду часто просила, чтобы ее отвели к маме, которая там же работала. В школу пошла 7-ми лет, училась хорошо, была общительной, коммуникабельной, имела много друзей. В раннем детстве перенесла ветрянку, в 11 лет — краснуху. В компаниях предпочитала мальчишек, любила подвижные игры, особенно футбол. В начальных классах была отличницей. В последующем успеваемость несколько снизилась: школу окончила без троек. Училась без особого усердия, считает, что имела хорошую зрительную память, уроки могла не готовить, была уверена в том, что сможет ответить на любой вопрос, “всегда всё знала”. Предпочитала гуманитарные предметы, испытывала некоторые затруднения в химии. Время проводила либо дома, либо во дворе в компании друзей. В последних классах появилось увлечение компьютерной графикой, занималась самообразованием, самоизучением дома на компьютере. По окончании 11 классов поступила в Институт Натальи Нестеровой — учиться на психолога. Но окончила только два курса: поняла, что ей это не нравится. Причиной поступления на данную специальность считает то, что хотела научиться самоконтролю, так как считала себя нервной: “но они там говорили такое, что стало еще хуже”. Уйдя из института, поступила в Школу архитектуры и дизайна, получила неполное высшее образование, специальность — дизайнер графической рекламы. Еще во время обучения начала работать оператором в салоне сотовой связи, затем барменом. Получив специальность, трудилась фотографом в журнале и одновременно дизайнером. Работа нравилась, была увлечена, с интересом выполняла свои обязанности. Замужем не была, детей не

имеет. В возрасте 20 – 21 года “сожительствовала” с молодым человеком, расстались по ее инициативе, так как “надоели бытовые проблемы и скандалы”.

В 21 год решила пойти в тренажерный зал, “чтобы подтянуть мышцы”. При этом была напряженная работа, которую приходилось выполнять даже ночью. Стала сильно уставать, имела мало свободного времени. Впервые стала замечать за собой, что, не успевая принять пищу, не испытывает чувства голода, что появилась раздражительность, нервозность, подавленность, ночами не могла заснуть. Встав на весы в тренажерном зале, заметила, что “стала сбрасывать килограммы”. Решила, что это хорошо и можно продолжать худеть. Стала намеренно ограничивать себя в еде. Примерно через год аппетит пропал совсем, но стало появляться ощущение тошноты после приема пищи. Съедая что-либо, тут же вызывала у себя рвоту, так как появлялась тяжесть в желудке, тошнота. При этом испытывала чувство дискомфорта, вины, страх потолстеть. Сначала почти отказалась от еды, но могла пить жидкость. Через 1 – 2 месяца почти отказалась и от приема жидкости. Перестала справляться с работой, появилось чувство “отупления”, ночами спала плохо, испытывала постоянную слабость, падала в обмороки. Уволилась с работы. Практически прекратила общение с друзьями, не выходила из дома. В январе 2009 года была госпитализирована в ГКБ № 36 с д-зом алиментарной дистрофии и массой тела 28 кг. Получала лечение глюкозой в/в капельно с витаминами. За время лечения прибавила 4 кг, отчасти восстановился аппетит. Но вернувшись домой, вновь перестала есть. В начале мая 2009 года по настоянию матери обратилась в ПНД и была стационарирована впервые в нашу больницу в санаторное отделение 4 мая 2009 года с массой тела — 33 кг. Была доступна контакту, но на вопросы отвечала с раздражением; жаловалась на колебания настроения с некоторым улучшением в утренние часы, нарушение сна, тревогу, отсутствие аппетита и в то же время страх, что может прибавить в весе. Эмоционально была неустойчива, психопатизирована. Пробыв в отделении один день, категорически отказалась от лечения. Причины отказа объяснять не хотела. Была осмотрена комиссионно и выписана домой под наблюдение ПНД. Но

ПНД не посещала, не лечилась. Не работала, эпизодически выполняла заказы на дому. По-прежнему практически почти не ела, пила только жидкость.

В августе 2009 года лечилась в московской ПБ № 14 эглонилом, амитриптилином, феназепамом. Был обнаружен гепатит С и была переведена в ГКБ им. Боткина. После лечения в сентябре 2009 года выписана домой. Лекарства после выписки не принимала, психическое состояние оставалось прежним: испытывала слабость, пищу почти не принимала, была раздражительной, тревожной, подавленной.

Повторно госпитализирована в нашу больницу 1 декабря 2009 г. В отделении была эмоционально неустойчива, вяла, астенизирована, обидчива, отказывалась от больничной пищи. С персоналом временами была грубой, дерзкой, высокомерной, раздражительной. На фоне лечения прибавила в весе, улучшился аппетит, физически окрепла, стала охотно общаться с больными, больше с мужчинами, была кокетлива, театральна. Была осмотрена профессором С. Ю. Циркиным: диагноз — нервная анорексия, циклотимия. Выписана через 58 дней пребывания с рекомендациями приема амитриптилина, депакина, эглонила, ивадала. Но после выписки поддерживающее лечение не принимала, прекратила прием лекарств, утверждая, что лекарства вызывали ощущение тошноты. Первое время ела малыми порциями творог, овощные салаты, йогурты, пила соки. В последующем отказывалась от еды, испытывала тошноту, тяжесть в желудке. После еды вызывала рвоту. Так как “желудок не принимал пищу”, появился страх перед её употреблением, состояние тревоги, с трудом засыпала, была раздражительной, подавленной, могла срывать на мать.

Всего с мая 2009 г. госпитализировалась в нашу больницу 5 раз. Данная госпитализация — 6-я. В отделении первое время была вялая, залеживалась, ела с принуждением, малыми порциями, избирательно. При этом на замечания персонала реагировала грубыми репликами, была высокомерна, могла отшвырнуть от себя тарелку с пищей. С врачом же была лжива, нарочито вежлива, лжива. В период пребывания в нашей больнице в апреле-мае 2010 года, когда больной были разрешены прогулки, однажды вернулась нетрезвой с запахом алкоголя. При этом отрицала, что употребляла алкоголь, обвиняла медицинскую сестру в предвзятом к ней отношении. Выписывалась из стационара каждый раз в удовлетворительном состоянии. Питалась к моменту выписки достаточно, сглаживались аффективные колебания, улучшался сон, упорядочивалось поведение, расширялся круг интересов, начинала общаться с больными своего возраста.

Последняя выписка из нашего стационара 27 сентября сего года. Первое время принимала поддерживающее лечение, ела малыми порциями, в основном диетическую пищу, при этом сохранялся страх набрать вес, в то же время боялась, что вновь не сможет принимать пищу, будет испытывать неприятные ощу-

щения в желудке. Прием лекарств прекратила под предлогом того, что ее тошнит. Вновь стала отказываться от еды, пропал аппетит, при виде пищи или приеме незначительных количеств возникал позыв на рвоту; вновь нарушился сон, нарастала тревога, раздражительность, ничем не занималась, на улицу выходила крайне редко и в сопровождении матери. Обратилась в ПНД, и по направлению участкового психиатра была госпитализирована в нашу больницу 6-й раз.

**Соматический статус:** пониженного питания, в остальном — без патологии, по органам — без патологии. Вес при поступлении 41 кг, рост — примерно 160 см.

**В неврологическом статусе** — без патологии, анализы в пределах нормы.

**По заключению терапевта:** алиментарная дистрофия, хронический гастродуоденит.

**По данным анамнеза:** хронический гепатит С.

**Невропатолог:** психовегетативный синдром.

**Психический статус.** На беседу пришла по приглашению врача, доступна контакту, ориентирована всесторонне правильно. Сидит в зажатой позе, опустив плечи, при этом заметно трясется, сжимает зубы, перебирает руками, говорит тихим голосом, активно разговор не поддерживает, чаще просто отвечает на поставленные вопросы кратко, формально. Жалуеться на отсутствие аппетита, тошноту, позывы на рвоту после приема даже незначительных количеств еды. Говорит, что дома не могла есть, так как организм не принимал пищу, сразу же всё выходило обратно. Испытывает слабость, тревогу, отмечает нарушение сна — с ранними пробуждениями, поздними засыпаниями. Мышление ближе к конкретному. Обманы восприятия и суицидальные мысли отрицает. Ищет помощи.

В отделении первое время залеживалась в постели, была вялая, адинамичная, избегала общения с окружающими. На прием пищи идти отказывалась, при этом часто была груба, раздражительна, высокомерна, позволяла себе резкие высказывания в адрес персонала, требуя, чтобы ее оставили в покое. Заявляла, что “не может есть эту дрянь”, что ее тошнит. Требовала поставить ей капельницу, жаловалась на тошноту, тяжесть в желудке, возникающие после приема пищи позывы на рвоту. Постепенно на терапии галоперидолом, депакином, амитриптилином стала понемногу есть, но боялась, чтобы вновь не возникло неприятное ощущение. Сохранялись жалобы на то, что с трудом засыпает, испытывает тревогу, говорила, что ее всю трясет. Конфликтных ситуаций в последующем не возникало. В настоящее время питается дробно, малыми порциями, но в достаточном количестве. Ест как свои продукты, так и больничную пищу. Настроение в течение дня ровное. Охотно общается с больными своего возраста, включается в групповые занятия рисованием либо рисует сама в палате, ничем себя не проявляет. В беседе отмечается склонность

пациентки к демонстрациям, желание представить себя в лучшем свете, скрыть свои недостатки. Часто дает противоречивые сведения, ссылаясь на то, что уже не помнит того, о чем спрашивают, так как это было давно. При этом строит планы на дальнейшую жизнь, говорит, что будет принимать лекарства, что планирует вновь начать работать. Считает, что ей нужна инвалидность для того, чтобы она смогла получить лекарства по льготам, так как семья не может себе позволить покупать препараты.

**Исследование клиническим психологом Н. В. Дегтяренко.** Правильно ориентирована в окружающей обстановке, времени, собственной личности. Фон настроения ровный, охотно вступает в контакт, на вопросы отвечает по существу. Высказывает жалобы на снижение памяти, что связывает с действием лекарств. Мотивация к проведению обследования достаточная. Инструкции к заданиям усваивает после первого предъявления, следует им в ходе работы, интересуется результатами обследования. Объем внимания сужен, отмечается недостаточная степень концентрации, трудности переключения произвольного внимания. Показатель непосредственного запоминания снижен, реминисценция — всего одно слово из десяти; при воспроизведении называет слова, не фигурирующие в задании. Смысловая организация материала повышает эффективность мнестической функции. Воспроизводит 85 процентов предъявляемого для запоминания материала. Ассоциативный процесс протекает в среднем темпе, без трудностей опосредования. Образы адекватны по смыслу, по содержанию преимущественно конкретны, некоторые субъективно опосредованы. Мышление характеризуется тенденцией к конкретности, что свидетельствует о некотором снижении уровня обобщения. Категориальный способ решения мыслительных задач доступен, используется. Следует отметить единичный случай разноплановости суждений. Так при сравнении понятий “бабочка-глобус” отмечает, что глобус — круглый, а бабочка — летает. Эмоционально-личностная сфера характеризуется незрелостью, чувствительностью, с чертами демонстративности, зависимостью от уровня самооценки от влияния среды, склонностью к эффективной дезорганизации, трудностями социальной адаптации. Проективная диагностика выявляет пассивность, внутренние установки, высокий уровень внутреннего напряжения, эмоциональную неустойчивость.

Таким образом, на первый план выступают черты нерезко выраженного интеллектуально-мнестического снижения у личности с преобладанием психастенических и истерических черт в структуре характера.

**Вопросы к врачу-докладчику:**

— *За месяц лечения здесь она прибавила вес или нет? Сколько сейчас весит?* — Да, она заметно поправилась. Я не могу сказать, сколько сейчас она весит, мы ее не взвешивали. Но по внешнему виду она значительно поправилась с момента поступления.

— *Вопрос по выпискам, по прошлым госпитализациям — первой, второй и третьей? Какие диагнозы клинические?* — Циклотимия, нервная анорексия. Она так и шла с этим диагнозом. — *И в 14-й больнице?* — Из 14-й больницы, к сожалению, выписок нет.

**БЕСЕДА С БОЛЬНОЙ**

Здравствуйте! Как Вас зовут? — *Катя.* — Учитывая Вашу юность, можно ли Вас просто Катей называть, и на Вы или на ты, как Вы предпочитаете? — *Конечно, можно, и на ты, тоже.* — Спасибо. Катя, постарайтесь освоиться и не волноваться ведь это всё — врачи. Вместе мы посоветуемся о Вашем лечении. Ладно? Сколько Вам лет? — *24.* — С кем Вы живете? — *С мамой и отчимом.* — Работаете? — *Официально сейчас нет.* — Сколько времени уже Вы не работаете? — *Но я вот как начала болеть, я ... не могла ездить, я работала на дому, ... через Интернет.* — А сейчас работаете на дому? — *Сейчас нет, я в больнице лежу. Нет, сейчас нет.* — А сколько времени, как стало трудно работать и на дому? — *Я в последнее время просто встать не могла. У меня ноги отказывали, я встать последнее время не могла. Не то, чтобы совсем, просто тяжело было, вставала — голова кружилась.* — Вот всего, если сложить Ваши болезненные состояния, которые делали вас нетрудноспособной (но я не имею в виду работу дома на компьютере), сколько времени Вы уже “официально” не работаете? — *Я болею 3 года уже, 2,5 года.* — То есть 2 – 3 года, как Вы ни на какую работу не ходите? — *Да.* — А раньше вы ставили вопрос об инвалидности? — *Ну, я вот, нет, не то, чтобы не ставила, но вот, наверное, недавно я поняла, что нужно.* — Какое у Вас самое представление, что это с Вами, что Вы болеете уже 3 года и не можете работать? — *Ну, поначалу как бы я не думала, что так серьезно может закончиться, что это так может затянуться. Я очень много работала, у меня не было времени даже на обед выйти... А потом как-то уже... У меня очень такая работа серьезная, то есть я там даже до вечера работала, не было времени, приходила домой, просто спать ложилась. Потом со временем уже начал аппетит просто пропадать, сам по себе из-за работы. Потом пошла в тренажерный зал, почти год туда отходила, то есть подтягивала мышцы, и вот ничего не ела как бы вообще, только пила... — В тренажерный зал пошла, чтобы мышцы тренировать, подтянуть, или для того, чтобы справиться с болезнью? — Я просто не думала о том, чтобы похудеть, никогда этого не было, я просто пошла, само собой, это случайно. А потом затянуло, и как бы уже пищу не мог принимать желудок.* — Катя, но это история этого расстройства или заболевания. А как ты сама считаешь, что с тобой приключилось? Что это такое? — *У меня нервная анорексия, я сейчас иду на поправку.* — Но это так тебе врачи говорят, да? — *Нет, я сама это*



знаю тоже, я читала про это очень много. — Хорошо. Читала: нервная анорексия. А вот, больна или не больна? Как сама-то ты считаешь? — *Но я считаю, что сейчас в данный момент я еще не долечилась, но уже иду как бы на поправку, потому что у меня сейчас аппетит появился и желудок работает нормально.* — А вообще вот, взять эти 3 года, больна или не больна? — *3 года, если взять, конечно, больна была. Если брать 3 года, больна была очень сильно. Врагу не пожелаешь.* — Какая это болезнь? — *Вот, именно отказ от еды полностью, отказ от еды — нервная анорексия.* — А эта нервная анорексия — это болезнь психиатрическая или не психиатрическая? — *Это психиатрическая болезнь. Очень ... зависит от головы просто.* — От головы? — *То есть, боязнь есть, уже была...* — Ты себя считаешь психически больной? — *В данный момент нет...* — Для себя? Для себя? — *Нет. Нет.* — Хорошо. Значит, ты сейчас психически здорова? — *Вы знаете, 50 на 50. То есть, вот так вот.* — 50 на 50. — А это какая больница, вот эта? — *№ 3 Гиляровского.* — Ну, да. А профиль ее, “50 на 50”? — *Психиатрическая! Нет, Психиатрическая! Я понимаю всё прекрасно.* — На 100 %? — *Просто, когда я сюда первый раз попала, у меня вообще психиатрически была очень больна. Просто сейчас в данный момент я иду — уже я чувствую — к поправке за эти 2 года, что я здесь.* — А теперь, чего ты тут делаешь, в этой больнице? — *Лечусь.* — А ты психически больна? — *Ну, мне лечение сейчас помогает. Нет, но домой я пока не готова идти, значит, я больна.* — Вот так! Простой вопрос, но мы отвечаем в %: “50 на 50”... — *Но я пытаюсь объяснить Вам... Но если бы я дома была, я бы не справилась никак сама.* — А, правильно ли, что ты лечишься в психиатрической больнице, или нет? — *Да, это правильно...* — Или, может быть, тебе надо в нервной больнице или у невропатологов? — *Нет, я именно лечусь здесь, и это правильно.* — А как же — “50 на 50”? — *Но это то, что просто раньше у меня было более как-то, более мыслей всяких, а сейчас у меня это проходит.* — Ты сама пробовала за эти годы понять свою болезнь, причины ее? — *Я думала, что я справлюсь. Но я в принципе ничего такого не делала. По этой причине тоже как бы думала. Но это, скорее всего, с работы всё началось. С нервов.* — Так ты думала о причинах болезни сама, пыталась догадаться? — *Я много думала, да я, но не находила ответа просто.* — Какие у тебя были гипотезы? Ну, впервые посмотрела в энциклопедиях или где-то еще — нервная анорексия. Ну, а причины ее — отчего? Думала? — *Ну, у меня именно от нервов пошла, просто отказ от еды был полный.* — А нервы отчего? — *Нервы — от работы.* — А работа отчего? — *Ну, как работа — отчего?* — Все работают, а нервная анорексия — не у всех. — *Ну, у меня, просто я сама по себе еще слабенькая, я когда отказалась от всего этого, меня сильно завязало просто.* — Ну, а думала, от каких-то еще особых причин?

Может быть, думала когда-нибудь, что это болезнь какая-то, ну, которой ни у кого нет, какая-то особая, странная что ли? — *Нет, не думала.* — Не думала? Никогда? — *Потому что я знала, что анорексия существует и что это очень страшно. Но я не думала, что до такого дойдет у меня.* — “Не думала”. Но прямо спрошу тебя, были когда-нибудь представления, предположения хотя бы какие-то, что это, например, порча? — *Были.* — Или у мамы больше это было? — *У мамы.* — А у тебя? — *Ну, не настолько, но я тоже так думала, как мама.* — Ты на кого думала? — *Ну, есть некоторые люди, ... там.* — А ходила к экстрасенсам, к бабкам? — *Нет, не ходила. Нет, нет, не ходила.* — Почему? — *Ну, зачем? Я не верю в это. И зачем мне ходить к ним?* — Ну, а когда были такие предположения не только у мамы, а даже у тебя? — *Ну, я посчитала нужным никуда не ходить.* — “Посчитала не ходить”. А кроме отсутствия аппетита тебе свое самочувствие порой казалось ли странным или удивительным? — *Ну, например, — я о самочувствии, как, у меня отказывали ноги, — было такое, я падала в обмороки.* — А первый раз отказывали ноги давно? — *Вот года полтора назад.* — Как ноги отказывали? — *Ну просто они как нитки были, я не могла мышцами даже как бы пошевелить. Мышцы отказали, и всё!* — Не слушались ноги? — *Да, просто я не могла вот их двигать нормально, не было такого как обычно.* — Ну, а в постели могла ногами двигать? — *Нет. Просто лежала и всё. Нет. Я очень испугалась тогда, но вот меня “откачивали” в больнице.* — Испугалась, что — “всё”? — *Мне очень страшно стало, что ноги не работают.* — Но, а испугалась-то чего? Ну, не работают, а через день будут работать. — *Нет, ну как. Нет, нет. Когда такое случилось, я вообще, у меня столько сразу мыслей...* — Какие? — *Ну что, не знаю, я пыталась, я понимаю, что это всё из-за того, что я плохо питаюсь...* — Катя! Какие мысли, когда ноги отнялись? Были мысли, например, что всё, конец, ноги больше не будут... — *Нет, не конец. Но были мысли, вот именно, ... не то что мысли... Когда ноги отказали, мне сразу “скорую” вызвали. То есть, когда я ходить не могла.* — Ну, “скорую” вызвали. А испугалась-то чего? — *Что можно инвалидом остаться просто!* — Вот я про это и спрашиваю. Значит, когда ноги отказали, был страх такой, что вдруг это так и останется? — *Да, был.* — Не ходить теперь. Инвалид, да? — *Был.* — Это было 1,5 года назад. Иногда возвращается слабость, нет? — *Слабость, головокружение, да. А такое, что с ногами — всё в порядке, слава Богу.* — Ну, а первоначально, когда не было аппетита, и ты таяла, и испугалась, что это нервная анорексия, очень страшно, ты говоришь, было: с одной стороны, ты обращалась за помощью и жаловалась, что нет аппетита? Но, с другой стороны, ты сама боялась прибавить в весе? — *Да, такое было, да, это как в голове уже, как болезнь просто психическая.* — ... А почему ты боялась поправиться? У тебя такие пред-

ставления были о фигуре или что? — *Нет, это уже было не то, что я боялась поправиться, но просто желудок уже не воспринимал. У меня в голове было: если я что-то съем, мне станет просто плохо.* — Это другая сторона! — *Но, то есть, я имею в виду, может рвота пойти и всё...* — Но ты боялась и поправиться? — *Ну, были такие мысли, но у меня очень редко в последнее время...* — Пусть, редко. Но, вот, когда они были, почему ты боялась поправиться, из-за внешности или отчего? — *Но потому что... Да, нет, не из-за внешности, просто... Даже не знаю, как объяснить.* — Самой непонятно? — *Ну, как-то да. Я не могу объяснить... просто.* — Но ты не хотела быть более упитанной? — *Да нет, я не боялась поправиться, я старалась... Я говорю, я боялась только, что желудок не работает и всё.* — Опять спряталась за желудок. Но сейчас ведь и мода стала такой, будто ее взяли с нервной анорексии, которая превратилась в эпидемию? — *Вы знаете, когда я это вижу, тоже мне жалко таких людей просто. И даже не просто жалко, а...* — И тех, которые не болеют, а просто модниц молоденьких, да? — *Нет, но я просто уже могу распознать — человек болен он или нет, даже с виду.* — С виду можете уже сказать? — *Сейчас уже да, потому что я долго болею этим, и сразу не пожелаешь...* — Но согласна, Катя, что мода сейчас такая стала аноректичная? — *Нет. Нет.* — Нормальная? — *Девушки ходят, отлично выглядят. Конечно, нормальная мода.* — Но весят они... — *Но не все. Но я не зналась за этой модой. У меня такого не было.* — А когда ты думала о порче, замечала ли, что сама для себя стала как бы необычной? — *Да нет, не было. Мы решили, что это кто-то сглазил просто...* — Ну, а такая мысль, например: как бы в будущем нервы не подвели меня, не сойти с ума? — *Да, это часто бывало.* — Страх сойти с ума? — *Да, действительно, сойти с ума тоже страх был.* — А как ты его пережила, этот страх? — *Ну, я вообще старалась просто от страха уйти. Я общалась постоянно с мамой, когда она дома, она очень поддерживала меня.* — Значит, одна не оставалась? — *Вот как я заболела, я думала, мне надо, чтобы кто-то находился...* — Почему? Иначе... — *Чтобы надзор был какой-то, чтобы что-то такое.* — Надзор для чего? — *Потому что в любое время может плохо стать или еще что-нибудь.* — Значит, плохо, вдруг со мной плохо станет, да? И что? — *Ну, да! Ну, как что? Ну, чтобы поддержка была какая-то.* — Ну, а что плохо-то — помру? — *Может быть, и такое даже.* — Или, скорее, — не помру, а совсем другой страх, а? — *Но был страх, что помру, конечно, мне говорили врачи уже...* — А сойти с ума? — *Тожe было.* — Какой страх преобладал? — *Наверное, скорее, сойти с ума.* — Катя, скажи откровенно, об этом не хочется говорить, очень тяжело — о страхе сойти с ума? — *Но не очень приятно.* — Не очень приятно просто как бы признаться в этом... — *Нет.* — ...или прикасаешься к этой мысли и

думаешь: вдруг от неё со мной что-то приключится? — *Нет, вспоминать не хочу. Просто не хочется вспоминать это.* — Да. Не хочется даже вспоминать. Но теперь за эти годы убедилась, что не сойдешь с ума? — *Да... за последнее время, да. Вот я последний раз поступила, у меня очень сильные изменения.* — Последнее время, значит, как-то окрепла, да? — *Да.* — А то преследовала эта мысль неприятная? — *Да. Не хотела просто об этом говорить как-то.* — Вот если взять предпоследнюю госпитализацию... — *Не помогло.* — ...Ну, год назад, допустим, — что тогда главным для тебя было — проблема с анорексией, с аппетитом... — *Да, чтобы победить эту проблему...* — Стоп. Или, как бы не потерять психическое здоровье? Либо по временам — то так, то так? — *Нет, я поступила сюда только для того, чтобы именно вылечиться от анорексии.* — А страх “как бы не сойти с ума” никогда на первое место не становился? — *На первое — нет.* — Теперь, давай коснемся детства. Ты была активная, даже с мальчишками в футбол гоняла, и училась прекрасно и легко. — *Да. Я, честно говоря, просто вообще не думала, что такое со мной...* — А что-нибудь у тебя болело? — *Нет.* — А голова, сердце, дыхание? — *Нет, у меня всё нормально было со здоровьем.* — До каких лет это? — *У меня со здоровьем никогда проблем не было. Но только вот эта болезнь, наверное, единственная.* — Значит, до какого года всё было в порядке? — *В 2008-м всё началось.* — А до этого полный порядок? — *Ну, не полный порядок. Но каких-то серьезных заболеваний у меня не было.* — Головокружений, обмороков? — *Нет. Вот только они начались только после ... а до этого нет, не было.* — А дежавю? — *Конечно знаю, когда момент, который уже был? Бывает, но редко.* — С каких лет? — *Ну, в последнее время в больнице у меня это почему-то.* — Это в последнее время в больнице бывает, но редко? — *Только в больнице. А раньше особо так... не замечала за собой.* — Но ты не сказала, будто раньше было? — *Нет. Я имею в виду вот то, что я вообще, дежавю, вы спросили, что только в больнице.* — Только в больнице, да? — *Да.* — Ладно. А в больнице это на мгновение или надолго? — *Нет, на мгновение.* — Например? — *Да, вот сидим даже за столом с кем-то, с девочками и просто происходит то, что уже было. Она спросила у меня что-то, поставила. Я прямо сижу — было уже это! То есть, такое у меня бывало.* — Но это эпизод, мгновение, которое уже было? — *Мгновение, да.* — Потом вспоминаешь, удастся вспомнить или нет? — *Не всегда. Вообще нет. Когда хочется вспомнить, то есть крутишься, крутишь что-то, но никак.* — Даже и ночью, бывает, вспоминаешь? — *Нет, нет.* — Или крутишься, в каком смысле? — *Ну, в смысле, кручу там в голове это — и никак.* — Ну и что решаешь, какой вывод? — *Да не знаю.* — Отбрасываешь эту мысль? — *Ну, в итоге, в принципе, да, забываю даже. Иногда забываю.* — Решила, ошиблась я — показалось, или нет,

или повтор действительно был? — *Но могло и показаться, конечно..* — А могло и нет? — *А могло и нет. Я этим как бы сильно так не внушала себе такого.* — А такое, что подумаешь, и это случится вдруг, или угадаешь мысль, или еще что-то? — *Мысли бывали, почему бы нет, даже на ночь. На ночь иногда думаешь что-то. А так, нет.* — А такое: что-то подумаешь, и это произойдет действительно? — *Ну, не то, чтобы просто подумаю, подумаю, а вот, если я захочу вот это, может быть, это произойдет.* — И такое даже, если захотеть? — *Да, можно добиться.* — И вероятность вожделенного события увеличивается? — *Да.* — Да? Ты думала над этим? — *Да, и вот сейчас в последнее время я усердно вот так пытаюсь вылечиться, и мне помогает это.* — Как бы самолечение такое психологическое? — *Да, я стараюсь...* — Внушаешь себе какую формулу? — *То, что надо жить и надо идти дальше .... Ну, то, что надо идти дальше, сколько можно время терять, надо заниматься собой изо дня в день просто, не терять больше время.* — Это режим. А самовнушения такие, что здоровой должна быть? — *Были, конечно, что надо выздороветь.* — Как ты себе внушаешь? — *Ну, дома когда... или, вот, ... когда в больнице просто... даже не знаю, как объяснить...* — А в Бога веришь или нет? — *Ну, я агностик. Я агностик.* — Ничего себе! С каких пор? — *Ну, в детстве об этом не думала. Но вот в последние несколько лет.* — Последние несколько лет как заболела? — *Я раньше вообще об этом не думала...* — То есть, в эти годы болезни с 2008-го идет еще как бы психологическая и философская работа в голове? — *Вроде того. Да.* — Ну-ка расскажи, какая она, вкратце. Допустим, поменялось мировоззрение или нет, или что-то еще? Ты до этого была материалистка или нет, атеистка? Или просто не задумывалась об этом? — *Не задумывалась.* — Мама ходит в церковь? — *Она редко, но ходит.* — А ты? — *Бывает. Но в последнее время не ходила.* — Так какая работа в голове за эти 2 года, что стала думать над мирозданием или что? — *Нет. Я не стала думать. Я просто поняла, то что... нет, нет, я вообще об этом не думала. Просто были, иногда мысли приходили: там вот Бог вроде как, ... я решила то, что я и верю, и не верю. То есть, не на все 100 %.* — А как ты пришла к агностицизму? — *Ну, вот как это всё случилось, я решила, что Его может вообще не быть. Но вроде как заболела я, от себя никогда, просто я понятия не имела, что заболею. До этого я верила просто.* — А эти философские раздумья, они как-то были мотивированы болезнью? — *Да.* — Жизненное отчаяние, может быть? — *Нет, не отчаяние.* — Не в буквальном смысле... — *Может быть, и так.* — А может быть, и нет? — *Может быть, и нет. Может быть, и так, а может... Я не могу точно ответить на этот вопрос.* — Может, мысль такая: а отчего это случилось со мной, беда такая? — *Да, была, я вообще, я говорю, я думала очень много над этим. Я просто врагу бы не пожела-*

*ла такого, через чего я прошла вообще.* — Вот. И обрещалась, думала, ко всем силам? — *Ну, не ко всем силам.* — Но есть ли Бог? — *Нет. Просто я раньше в принципе верила, а когда все это случилось, как-то к этому я пришла, к агностицизму.* — Раньше верила во что? — *В Бога, не то что бы верила, но вроде есть и есть.* — До болезни? — *Да.* — А потом отчаялась? — *Может быть, и так потом уже.* — Это как обида что ли была? — *Нет. Ни в коем случае, нет.* — Нет? А как? До болезни как-то, ну, допускала, есть Бог, верила в Бога, а заболела... — *Я просто не фанатик этого всего, у меня там иконы, ничего не стоит. Я так, как бы в церковь бывает хожу.* — Загадка. Пожалуйста, засучи рукава, покажи руки. Ты правша или левша? — *Правша.* — Не царапала себя никогда? — *Нет.* — Понимаешь, что я имею в виду? — *Да. Нет, такого и в мыслях не было.* — Так, а гепатит С откуда? — *А вот это я не знаю. Я вообще в шоке была. Я вообще была в шоке. Я легла в Боткинскую больницу, мне сказали... Мне сказали, что это пошла нагрузка на печень от лекарств. Я вообще не ожидала такого, откуда? Я только вышла из этой больницы, попала туда.* — От лекарств этого не может быть. — *Но мне сказали так. Но дело в том, что у меня ничего не болело, ничего, все было нормально, я не желтела никогда. Т.е., все идеально. Я не знаю, откуда вообще...*

А за последние годы голова иногда болит? — *Болит.* — А раньше? — *Но было, редко, и здесь тоже редко. Вот у меня единственное, три дня подряд голова болела, я не знаю, почему так.* — Ну-ка, расскажи, что там чувствуешь. — *Да нет, просто затылок почему-то болел.* — Больно или, скорее, нудно, неприятно? — *Может быть, от усталости. Ну, да, неприятно, скорее всего.* — Это как-то связано с мыслями, которые в голове, или нет? — *Нет, вряд ли.* — Когда ты одна, чем занимаешься, что делаешь? — *Здесь особо в принципе ничем... рисую... в основном где-то хожу по отделению, т.е., общаюсь со всеми. Нет, не лежу, зачем мне лежать?* — О чем в голове мысли? — *Ну, так, когда днем, нет таких мыслей. Бывает, на ночь о чем-то подумаю, но и то не так, без фанатизма.* — А проблема болезни большое место занимает? — *Да, конечно, первым делом.* — А говоришь, днем не думаешь? — *Ну, я стараюсь просто не говорить и не думать об этом.* — Гонимы от себя эти мысли или нет? — *Эти плохие мысли гоню, конечно.* — С собой решила, что не надо об этом думать? — *Да, надо стремиться не думать.* — А они все-таки лезут? — *Ну, проскальзывают как-то. Как-то проскальзывают, не большие.* — А такого не случилось, что подумала и как бы твоя мысль известна кому-то, близким людям, или не очень близким? — *Нет... ну, может быть, да. Вот, мы как-то с девочками в курилке были, курили, стояли. Банально, конечно, просто я сидела и думала: сейчас сигарету попросит. Вот и буквально через секунд 10 она у меня сигарету просит. То есть, банально, но вот так вот. А так*



нет. — Ты подумала, как бы прочитала ее мысль? — Ну, вроде того, да. — Или предсказала, что сейчас будет? — Скорее всего, предсказала. — Предсказала и действительно убедилась в этом. Так ты можешь, выходит, как бы предсказывать будущее? — Да нет, это чисто случайно... — Не замечала за собой? — Да не помню, честно говоря, уже. Может быть, и замечала, я не помню сейчас. — Никогда не хотелось эту способность развить в себе? — Но мыслей таких не было. — Не было? А вот к Наталье Нестеровой пошла за психологией, да... — Да. Мне стала потом просто неинтересно, я ушла оттуда. — Ты говорила доктору, что это как бы для того, чтобы познать себя и овладеть собой, для контроля? — Изначально, да. Изначально, когда поступала, да. — Катя, а какие ты тогда видела в себе, ну, недостатки контроля или психологические? Почему тебе понадобилась еще научная психология? — Но мне это было, во-первых, интересно. Во-вторых, мне надо было как-то, я очень активная, как-то мне надо было вот понять вообще по психологии, что такое я, понять себя как-то. — Понять себя. — Да. Но мне это стало потом просто понятно, что это там всё без толку, извините, и я ушла. Потому что это не мое, не могу я психологом быть. — Не стало ли тебе как бы не лучше от этого, от изучения, а хуже? — Да не хуже, наравне. Вот я отучилась там год, ничего. — Так что же это, все-таки, были за переживания юности, что ты решила, будто какие-то у тебя проблемы есть в душе, за которыми ты отправилась в психологию? — Я даже не знаю, как ответить. В принципе особо проблем, насколько я помню, совсем в детстве у меня не было. — Но в психологию пошла, хотела психологом стать? зачем? — Ну, я говорила, себя в чем-то понять, потому что у меня общение как-то не складывается. Я вообще хорошо общаюсь с людьми, схожусь. Ну, не знаю, хотелось мне психологом, вбила себе в голову на психолога и... — Какие у тебя планы? — На будущее? — Да, на ближайшее, и потом — проект жизни? — У меня большие планы. Большие планы ... Сразу в реабилитацию пойду, ... сразу пойду на хорошую работу. Как бы я знаю уже, куда даже. Семью собираюсь наконец-то завести, уже сколько... — Когда? — Ну, вот сейчас вылечусь до конца, я буду уверена, что все я могу, я обязательно займусь этим. Я не буду что-то искать, там, всё само придет. — Значит, проект создавать семью, да? — Конечно. — А семья для чего? — Как для чего? Чтобы род продолжался. Ну, во-первых, для того чтобы как... — Дети, да? — Дети обязательно, время-то уже. — Ну, а так думала — один ребенок, два или об этом не думала? — Думала, почему, в детстве, ну, не в детстве, вот так помоложе была, хотела двоих. Но сейчас пока вот на одном, думая, остановлюсь.

А ты одна у матери? — Нет, у меня есть молодой человек. А, брат. — Брат? — Да. — Сколько ему лет? — 27. Сейчас он бизнесмен. — Женат? — Да. Всё хоро-

шо, слава Богу, маленький сын растет. — Про отца своего расскажи. — Они с мамой развелись, когда мне было 2 года. А потом мама встретила с отчимом. И он меня с 5 – 6 лет примерно растит. — А отец? — Отец, мы с ним иногда видимся, он егеря, живет в Подмоскowie, у него там дом свой. — Почему они развелись с мамой? — Ну, не сошлись характерами. — А что о нем известно ещё? Он, значит, егеря и живёт... в лесу или где? — Я к нему езжу иногда на дачу. Нет, там не лес, там, как назвать...? — Лесничество? — Лесничество, да. — Ему это нравится? — Да, он уже много лет работает там. — Семья у него? — Да, у него жена и двое детей еще. — А здоровье как у него? — Но он раньше курил, кофе пил. Сейчас бросил кофе пить, не пьет он вообще очень давно. Он раньше выпивал, но из-за этого... — Раньше курил и пил, что — кофе? — Да. А сейчас всё бросил, даже не курит, вообще ничего. — Почему? — Я у него спросила как-то один раз, он сказал, что надоело. — Человек он общительный, или предпочитает вот такую жизнь егеря? — Общительный достаточно. К нему постоянно кто-то приезжает, охотники всякие. — Ничего, ни голова, ни сердце не болит у него? — Ну, я не знаю же, как бы я с ним редко вижу. Да вроде нет, слава Богу, всё нормально вроде. — А как он выбрал себе вот такую судьбу егеря и лесничество? — Ну, он раньше увлекался просто охотой сам, насколько я знаю, а потом решил вот именно заняться сам, и пошел... — Но ты же все-таки психолог и хотела быть психологом, какие-то переломы в жизни, кризисы душевные, психологические у отца были или нет, как ты сама считаешь? — Да, по-моему, у него всё в порядке. По-моему, у него всё в порядке.

— Ну, хорошо, вернемся к тебе. В чем эта главная проблема болезни: в душе, в психологии, в настрое или в чем-то другом? — Ну, я думаю, в психологии... — Как ты чувствуешь сама? — И в душе, и в психологии. — Или в теле больше? — Нет, я думаю, не в теле. — А раз это в душе и в психике, то как ты это чувствуешь, что именно там? — Ну, скорее всего — душевная психология просто. Ну, это первым делом еще идет, не первым делом, у девочек она просто у всех по-разному происходит. У меня, например, ... первое время, болезнь головы уже потом началась, то есть, не хочу, не буду пошло и всё. — С головы началась? — Ну, со временем, да. Вбила себе в голову уже. — То есть, с представления, с идеи или мысли? — Нет, я не намеренно. Просто я вот когда ходила, были представления в голове ... — Ты не говорила намеренно или не намеренно. Но в болезни как бы какое-то место занимали именно вот представления, которые в голове. — Да. — Какие? — То есть, у меня пошло так, я там, как бы 2 кг у меня ушло, потом у меня уже мысли были такие, что раз 2 ушло, еще килограмм уйдет. И так пошло, поехало. — Раз 2 кг ушло, пусть еще уйдет, для чего? — Ну, чтобы похудеть уже. Такие дурные мысли стали. — А “похудеть” — для чего? — Для

себя. Чисто для себя. — Девушка худеет, наверное, так, чтобы краше выглядеть или нет? — *Но я для себя это делала.* — Чтобы понравиться... себе? — *Да.* — Значит, были представления какие-то об идеале для себя, как выглядеть, да? — *Ну, может быть. Но я на самом деле считаю, что это ужасно. Я на самом деле считаю, что это ужасно как бы вообще...* — “Ужасно” — это потом, но тогда было другое — “я буду себе больше нравиться, если я похудею... 2 кг ушло...” — *Нет, таких мыслей у меня не было. Таких мыслей у меня не было. Я просто худела не для кого-то...* — А для себя, чтобы понравиться себе? — *Да, для себя.* — И поэтому худела? — *Ну, да. Но потом просто в голове, у меня в голове это было потом, я... Ну, изначально прошло время какое-то там, через пару месяцев и началось, да. С головы уже.* — А сейчас от этих мыслей осталось что-то? — *Нет, слава Богу. Об этом я часто думаю на самом деле: у меня прошла боязнь именно к еде. А раньше, то есть я вообще не то, что боялась я, просто, не дай Бог, там было.* — Ты говоришь, чтобы “понравиться себе”. Стало быть, критиковала себя как не достаточно худую? — *Нет. Никогда, нет. Никогда.* — Не считала ли себя некрасивой или фигура не такая? — *Нет, никогда такого не было.* — Просто если похудеть, то буду еще краше, для себя? — *Ну да, я вот потом решила немножко, а потом — как болото, всё это завязало и всё.* — А сейчас бывают какие-то мысли, ну, мистические? — *Что может опять повториться?* — Да, повториться, но разве это мистика? — *Я не знаю.* — А такие вот мистические, ну, сверхъестественные, порча, допустим? — *Нет, сейчас нет.* — Или “судьба такая”? — *Нет, не бывает. Нет, не бывает.* — Или “я виновата”? — *Да, нет. Нет. То, что я себя так довела, это я, конечно, виновата, сама одна виновата. А так нет. То, что я себя так довела до такой степени, это я сама, конечно, виновата. А так нет в принципе.* — Ты как бы это, ну, не намеренно, просто допустила такие мысли, и ты даже верила им, что надо похудеть, и втянулась в это “как в болото”? — *Да.* — Это получилось как бы психическая зараза, что ли? — *Я нет, я не хотела там убирать 10 кг. Я думала, ну, 2 – 3 кг. А потом уже само, у меня потом желудок стал болеть первое время, потом вообще ничего не принимал, не принимал уже пищу, воду даже.* — Ну, а начало болезни — это как бы ты мыслью этой заразилась, или нет? — *Поначалу нет, а потом. Поначалу нет.* — Но ты же говорила: мысль такая похудеть, похудеть. — *Но это появилось через пару месяцев, я сказала же.* — Ну да, а потом как бы эта мысль, она и привела к болезни. Или нет? — *Да, мысль к болезни привела, конечно.* — Интересно, если бы ты не допустила такой мысли, болезнь была бы у тебя или нет? — *Не допустила до чего?* — Если бы ты вот сразу не верила этой мысли, что надо похудеть, и тогда “я буду себе больше нравиться”. А сразу взяла бы под контроль эту мысль, и не допустила. Развилась бы тогда нервная

анорексия или нет? Понятен вопрос? — *В принципе понятен. Я думаю, что могла бы всё равно.* — Всё равно. Почему? — *Ну, не знаю. Даже не знаю, как ответить.* — Это вот началось у тебя как психическое заболевание было, или нет? — *Началось не с этого всё, я говорю. Я даже не думала о том, чтобы похудеть. Началось всё через несколько месяцев. Уже с психикой.* — Началось с чего? — *Через 2 – 3 месяца у меня психически уже началось. А до этого у меня никаких мыслей таких не было похудеть, еще чего-то.* — Так это ты, может быть, просто психически заболела? — *Не знаю. Не знаю даже.* — А как думаешь? Или просто стала накручивать себе такие мысли? — *Нет. Накручивать, может быть, это было как перепады — то накручивала, то нет.* — Ну, ладно. Значит, теперь — пройти реабилитацию и строить жизнь? — *Конечно.* — Работа? — *Обязательно.* — Потом, ну, семью создать, дети и жить как все, да? — *Обязательно. Конечно.* — Тогда тебе группа инвалидности нужна или нет? — *Да.* — Но группа инвалидности, она как-то выходит за рамки этого проекта. — *Нет, но мне обязательно нужна. Мне нужно в любом случае.* — Значит, инвалидность, для того чтобы не работать ведь? — *Нет, работать буду обязательно.* — С инвалидностью? — *Да.* — Ну, ладно.

#### **Ведущий: Пожалуйста, вопросы Екатерине!**

— Катя, а все-таки скажите, пожалуйста, что такое анорексия? — *Отказ, полный отказ от еды.* — Но вот как это началось? 3 года назад с чего это началось всё? — *... не было времени сходить пообедать. А потом ... приходила домой, сразу ложилась спать и с этого началось.* — Так отвращения к еде не было? — *Отвращения не было. Я просто работала, работала и работала.* — И почему Вы перестали есть? — *Изначально было — потому что времени не было, а потом просто аппетит пропал.* — Но вот непонятно: почему перестали есть? — *Пропал аппетит.* — Пропал аппетит. Ну, а заставить себя поесть немного нельзя? — *Я боялась даже воду ... заставлять себя, потом обратная реакция пойдет...* — Вы в зеркало на себя смотрели? — *Когда как.* — Значит, все-таки смотрели. — *Я даже не помню, смотрела?* — Скажите, а боролись Вы с аппетитом, когда он появлялся в это время? — *Нет.* — Бывало, что наедались? — *Нет.* — И рвоту не вызывали? — *... Была, желудок сам не принимал.* — А как было? — *Просто плохо становилось.* — Просто когда становилось плохо, то наступала рвота, да? — *У меня даже и здесь, когда поступила в последний раз, ... лежала, встать не могла, пила воду — у меня всё назад выходило.* — И сколько же длилось вот это состояние, когда есть не хочется и неприятно в себя впихивать? — *Два с половиной года почти.* — И Вы этому, в сущности, отвращению к еде уступали и худели даже до опасной черты? — *Но потом я не хотела худеть, это уже пошло так, что... Но я говорю, это как болото, я не хотела просто худеть, это уже само по себе начало происходить, т.е., я не то, что я*

хочу, просто у меня еду не принимает желудок. — А Вы пытались себя заставить поесть? — *Пыталась, конечно.* — И что же? — *Не могла. Творожки покупала детские...* — И Вы что, сопротивлялись, ругались? — *... Ела нормально, у меня всё это как бы не усваивалось.* — Но рвоту не вызывали? — *Сама нет.* — И что же думалось при этом, что будет со мной? — *Думалось, что надо лечиться.* — Как? — *Ложиться в больницу, да.* — А настроение какое при этом было? — *Ровное.* — Что? Хорошее настроение было при этом? — *Нет, стало ровное и немножко нервное, наверное. Ровное.* — Так. А лечиться от чего? — *От анорексии, чтобы нормально ... питаться, как все люди.* — Лечиться от отсутствия аппетита? — *Да.* — А почему тогда в психиатрической больнице? — *Но потому что с головой у меня тоже не в порядке было ... отсюда всё это пошло.* — Так что же было нужно лечить? — *... Хоть есть сначала.* ... — Катя, ну, а Вы влюблялись в ту пору? — *Я на самом деле очень много друзей растеряла за этот ... У меня был молодой человек, да. Сейчас очень всё сложно.* — Скажите, чем душа живет? Читаете вы что-нибудь? — *Рисую и читаю, дома — шью.* ... — А что Вам больше всего интересно в жизни делать? — *Ну, в основном я рисую, я ведь ... работаю: я дизайнер, занимаюсь рекламой...* — А муж представляется каким человеком? — *Ну, нет, всё хорошо как бы. Что значит "каким"? ... богатый? ... Не знаю, как ответить на этот вопрос.* — Скажите, а сейчас вот это сопротивление еде прошло? — *Да, прошло, и слава Богу.* — Вы сейчас с удовольствием можете поесть? — *Не с удовольствием, я сейчас нормально ем, у меня желудок воспринимает, и никаких ... нет.* — Так это выздоровление? — *Я иду на поправку, да.* — А зачем группа инвалидности? — *Дело в том, что очень дорогие лекарства, а их надо обязательно купить.* — Вы думаете, что без этих лекарств Вы будете такая же больная, как раньше? — *... Я могу вернуться просто, но мне не хочется. Второй раз я уже не вынесу просто.* — А, может быть, без лекарств всё будет хорошо? — *Нет, не будет.* — А молодому человеку, жениху, как, по-вашему, понравится это? — *Нет, он очень переживает. Он знает всё, он очень переживает.* — Спасибо.

— Скажите, а когда Вы поступали — жалобы у Вас на состояние здоровья? — *Слабость очень сильная, дергалось полностью всё тело, тряслось и вообще.* — Оценивая в течение месяца, на Ваш взгляд, улучшение вследствие чего произошло? — *Но, я думаю, что на это повлияло, короче... Извините, и люди повлияли, врачи именно, и лекарства, что я пью.* — Опыт приема наркотических препаратов когда-либо был? — *Я — нет. Нет, ни в коем случае.* — В течение двух лет, это 6-я госпитализация в нашу больницу, до этого было стацлечение в 36-й и 14-й, за этот период трудовая деятельность с Вашей стороны была или нет? — *В смысле, на работе?* — Ну, да. — *Да, я работала.* — Тяжело было? — *Вы знаете, вроде сначала*

*нормально было. Ну, а потом физически сложно было ездить туда.* — Сейчас в себе силы чувствуете, что произойдет выписка...? — *Да, есть такое. Есть.* — В течение жизни как-либо у Вас лично, или хотя бы последние годы, колебания настроения происходили, или настроение было ровное? — *Еще как происходили.* — В какую сторону? — *Бывало очень хорошее, бывало очень плохое. Но ровное тоже часто было. Но больше бывало, что плохое — я могу там поругаться или еще что-то, а потом нормально вроде, отходила.* — Какие промежутки между поступлениями сюда, как часто за эти годы? Шесть раз, да, между ними? — *Ну, самое большое 2 месяца.* — Совершенно хорошее состояние? — *Нет, не совершенно, но нормальное. Но в основном было нервное состояние, потому что когда ты в обмороки падаешь и так далее, это уже страшно становится.* — Вы принимали лекарства? — *Да. Но вот я в последний раз сначала принимала, потом перестала, потому что я не могла их запивать, у меня всё обратно шло.*

— Катя, Вас скоро отправят на МСЭ для определения группы. Предполагается, что группа будет нерабочей, т.е., нерабочая группа по психическому заболеванию — *Если будет нерабочей, наверное, придется отказаться, потому что мне... придется работать, значит, на таблетки. Что делать? Я хотела бы работать.* — Зачем 2-я группа инвалидности, если Вы хотите работать? — *Из-за таблеток. Потому что таблетки же в ПНД мне будут давать.* — Только из-за этого? — *Да.*

— Катя, вот эти спады настроения и подъемы были связаны с какой-то причиной? — *Нет, не связаны.* — Без причины были? — *Без причины. Я могу проснуться, например, в хорошем настроении, а к обеду ближе у меня уже нервное настроение.* — Т.е., оно менялось в течение дня? — *Да, меняется.* — Т.е., нельзя так сказать, что два месяца было плохое настроение? — *Нет, нет. Менялось.* — А когда хуже — утром или вечером? — *Вы знаете, утром спокойное, а ближе к вечеру бывает даже тревога какая-то что ли.* — То есть, к вечеру хуже? — *Но не всегда, но бывает, да.* — А сейчас какое у Вас настроение? Прямо сейчас? — *Ровное.* — Нормальное, хорошее? Не матовое как бы. Можно так сказать? — *Я не знаю. В общем, ровное, нормальное настроение.* — Скажите, все-таки как Вы относитесь к инвалидности? Еще раз. — *В смысле, как относитесь?* — Вот инвалидность, без права на работу. Как Вы относитесь к этому в таком смысле: не будут ли на Вас косо смотреть окружающие? — *Меня это не волнует. Я знаю, то, что мне обязательно нужно это сделать.* — Обязательно для чего? — *Для того чтобы вылечиться, мне таблетки надо будет покупать как-то.* — Если Вы будете работать, Вы и так сможете купить. — *Сколько они стоят — вряд ли!* — Спасибо.

— Катя, Вы каждый день взвешиваетесь? — *Я сейчас не взвешиваюсь.* — А какой-то предел есть у Вас?



— *Предел?* — Вы имеете какой-то предел или это неважно? — *Но я больше 49 никогда не весила. Поэтому если я наберу эти килограммы, для меня это будет только лучше.*

**Ведущий:** Катя, вот колебания настроения, о которых спрашивали врачи, связаны ли они были с тем изменением течения вот этой нервной анорексии? Когда похуже анорексия, то и настроение соответственно? Или нет? — *Но бывало просто так, что я чувствовала себя не очень хорошо, когда вот эта слабость, то есть ты не можешь просто встать, там элементарно подойти в другую комнату, или до туалета. Конечно, у меня было такое нервное прямо настроение. А когда там кто-то звонит из друзей, например, у меня сразу хорошее настроение становится. Общение — это очень важно для меня. — Значит, когда самочувствие нарушалось, то и настроение ухудшалось, и это было связано не только с нервной анорексией, а например, катастрофа с ногами, вдруг они отнимутся, до туалета невозможно дойти, то и тут плохое настроение? — Да, конечно. — Ты говоришь, у тебя нервная анорексия и ты читала и психологию, и психиатрию. — Да, читала, но давно правда. — А была мысль, а вдруг это не нервная анорексия, а какое-то психическое заболевание? — Нет, мне кажется, два в одном. Два в одном просто. — Два в одном? — Конечно. — Первое и второе — что соответственно? — То есть, анорексия — это и есть психическое заболевание. — О другом психическом заболевании никогда не читала и не думала? — Но я в интернете читала про анорексию, что пишут. Но там везде всё одинаково, пишут в принципе элементарные вещи: как это начинается, что, признаки и так далее. — Но о других заболеваниях ты думала? — Нет. — Нет? — Потому что я знала, что это ненормально. — И сейчас у тебя идет как бы борьба — и ты лечишься, тебе лучше, и внутренне ты себя лечишь, психологически, усилием воли? — Да. — И контролем? — Конечно. Контролем, конечно. — И вот хочется выздороветь — это один путь выздоровления, и действительно тебе лучше. А другой путь, теоретический, допустим, например, если не будет выздоровления — будет анорексия. Теоретически, что тогда будет? — Нет, у меня таких мыслей нет. Я правда знаю то, что обязательно... Так как мне получилось перебороть эту болезнь как бы... — То плохих мыслей нет? — Нет. — Ты гонишь мысли эти плохие? — Я их не гоню, они мне просто не приходят. — Значит, ты больна анорексией, да? — Да. Но сейчас уже не так. Сейчас я уже не могу так сказать, я как бы сейчас стараюсь... — А никаких психических заболеваний у тебя нет? — Но вот только вот с головой я как бы борюсь. Я уже там чего-то не боюсь, есть там. Чего-то я боюсь, я от этого отказываюсь. То есть, я ем по чуть-чуть, но нормально. То есть, не набрасываюсь, как все. — Ну, ладно. С женским здоровьем проблемы есть некоторые? — Да, есть. Нет, не некоторые, а одна только*

ко болезнь есть, проблема. Не некоторые, одна только проблема. — Какая? — С месячными. Но мне гинеколог сказал, что все хорошо будет, то есть, скоро всё нормально будет, восстановится. — С лекарствами это не связано? — Нет.

Спасибо, Катя! А у тебя есть вопросы к нам? А то мы тебя всё спрашиваем и спрашиваем. — *Я даже не знаю. Вы меня заговорили так. — Мы тогда сейчас посоветуемся о дальнейшем лечении. — Спасибо большое. — Но в целом у тебя, если брать эти два или три года, есть определенный прогресс и идет процесс выздоровления. Мои слова — не психотерапия, это действительно так. — Сейчас да, слава Богу. Сейчас да. Я очень рада вообще. У меня мама просто так рада, что я ем, она просто с ума сойдет от счастья. — Будь здорова, Екатерина! — Спасибо большое Вам. Всего доброго! До свидания!*

**Врач-докладчик:** Пациентка больна около 3-х лет. Заболевание протекает непрерывно. И с мая 2009 года она практически постоянно находится в стационаре. Не более двух месяцев дома. За период болезни выросла социальная дезадаптация. Ведет пассивный образ жизни. Из дома практически не выходит уже на протяжении года. Утратила какие-то социальные, дружеские связи. И общается в последнее время с пациентами в основном психиатрической больницы. Учитывая статус, анамнез пациентки, мы склонны полагать наличие у нее эндогенного заболевания. При направлении на МСЭ мы ей выставили диагноз невротического шизофрении.

#### **Вопросы врачу-докладчику.**

— *Синдром какой?* — Синдром я сейчас не могу выделить. Невротический... — *Типа нервной анорексии?* — Да, нервная анорексия. Естественно, есть аффективные колебания, аффективные расстройства в клинической картине.

— *Вы планируете направлять ее на экспертизу?* — Да, на экспертизу трудоспособности. — *Рекомендация — какую группу?* — 2-ю рабочую.

— *Лечение какое?* — Я уже говорила, что она у нас была на галоперидоле, депакине, амитриптилине. Сейчас получает лечение абилифаем в дозировке 15 мг в сутки, по-прежнему получает амитриптин и депакин.

#### **Ведущий:** Переходим к обсуждению:

**Участник разбора:** Мне бы хотелось остановиться на двух параметрах рассмотрения — это верификация диагностических суждений и лечение. Её жизнь до середины 2008 года протекала относительно спокойно. В психологическом обследовании имеются вкрапления как истерические, так и психастенические. И вот, на фоне трудовой деятельности стала преобладать симптоматика невротического регистра. И на том этапе произошел схизис. И вершина расщепления — симптоматика отсутствия аппетита. Ее поступления, с позиции ее молодости, переживаний по поводу веса... Мы всё время спрашивали — это психическое

заболевание или не психическое? Нервная анорексия не является ведущей, стержневая симптоматика — невротоподобная. И мы задаем вопросы: что же беспокоит? Головные боли, слабость, вялость, невозможность работать, там ноги отказывали, головокружение, страх сойти с ума. Госпитализация первичная в 36-ю больницу. Конечно, довести себя до пика в 28 килограмм и отсутствие приема наших психофармакологических препаратов, настаивает. В последующем в длиннике — 6-ая госпитализация с 15 ноября с.г., и на фоне проводимой терапии произошло улучшение. Диагностические суждения: на мой взгляд, это личность с шизотипическим расстройством. И в рамках МКБ — шизофрения невротоподобная, невротоподобный синдром, F-21.3 на данном этапе. Но не исключаю, что это первичный этап невротический, а в последующем пойдет паранойальный и параноидный. Пытались ей задать вопросы: как с головой, мысли становятся известны окружающим? Систематизации на данном этапе проследить мы не в состоянии.

Вторым диагнозом идет нервная анорексия, она имеет место, никуда от этого не деться. С позиции последних исследований при психических расстройствах имеет место коморбидность, как и при других любых соматических заболеваниях — F-50.0.

Настораживает на протяжении ее неоднократных стационарных лечений и обследований подход к лечению — назначение галоперидола, амитриптилина. Мы живем в XXI веке и должны учитывать возможности атипичных антипсихотиков. Например, при длительном приеме оланзапина один из побочных эффектов — прибавка массы тела. Считал бы целесообразным назначение оланзапина, сначала по 5 мг утром и вечером, в последующем можно 10 или до 15. То же в отношении антидепрессантов. Амитриптилин — хороший препарат, но старый, сколько в нем побочных действий! В настоящее время есть много препаратов, из разряда селективных ингибиторов обратного захвата серотонина я очень положительно отношусь к ципралексу — по 10 мг утром. Я бы точно пересмотрел лечение, предлагаю депакин, оланзапин и ципралекс. Спасибо.

**И. С. Павлов:** Я в корне не согласен с предыдущим выступающим. Дело в том, что добиваться увеличения веса с помощью нейролептиков — это очень плохо, потому что обратно вес сбросить часто уже невозможно. Это рискованный путь. Конечно, у 14-й ПБ большой опыт лечения нервной анорексии. Нервная анорексия может быть психогенного характера в структуре невротозов, как писала проф. Н. Д. Лакосина, а может быть в структуре эндогенного заболевания. И я не сомневаюсь, что в данном случае — это имеет бредовую почву. Надо, по сути дела, лечить бред. Вы можете говорить о нервной анорексии, но почва, фундамент — это бредовая основа, убежденность, которую нельзя скорректировать. И, конечно, всегда у

нервной анорексии есть противоположность — это булимия, страх булимии. И когда приходит больная с анорексией, можно психотерапевтически, сеансом гипноза, подтолкнуть ее к булимии. Здесь нужно действовать очень дозированно, потому что включается булимия. Ночью после вашей встречи так обещается, что ей плохо станет. И часто они боятся есть, потому что у них потеря контроля над аппетитом. Они не могут остановиться, так же как алкоголики не могут остановиться в употреблении спиртного. Они помешаны на этой проблеме веса. Да, она говорит, что вес это не главное, и не проблема внешности, но индикатор — не то, что она говорит, а то, что она делает: она отслеживала свой вес. Пациентки с нервной анорексией контролируют свой вес. Любые попытки психотерапевтически столкнуть это, очень сложны, тут можно что-то сделать только в комплексе. Например, можно рекомендовать читать книжку Ефремова “Лезвие бритвы”, где чувство красоты, гармонии и т.д. и т.п., он тонко рассматривает, какая должна быть внешность. А это на нее не действует.

Конечно, у нее курс хороший — она мечтает о семье. И считает, что ей помогают лекарства. Лекарства создают состояние, где можно действовать психотерапевтически, но чистая психотерапия не действует. Надо сразу начинать комплексную психотерапию и медикаменты.

Конечно здесь, возможно, присутствует аффективное расстройство. Раньше в институте Склифосовского лечили депрессивные расстройства гемосорбцией. Это хорошо, я не говорю уже в таких случаях об ЭСТ, которая некоторым хорошо помогает, особенно когда имеется резистентность к лекарственной терапии.

Я считаю, что она все-таки выкарабкается. И конечно, больница ей здорово помогла, результаты налицо. И она сейчас уже не та. И тут можно подключать все факторы, в комплексе, она как женщина, девушка и т.п., и толкать ее, чтобы она подражала здоровым своим сверстницам. Такие больные не уделяют внимания окружающей жизни, а замыкаются на свое состояние. Это даже аутизм такой, аутистическая погруженность, и их нужно из этого выводить. Групповой психотерапии аутисты не любят, но на фоне лечения нейролептиками, другими средствами, антидепрессантами, я думаю, что не такая уж печальная ее судьба. Вот отгремит этот приступ и потом можно будет даже группу снять.

**И. П. Лещинская:** Теперь я хочу задать всем вопрос. Больная ли это шизофренией с нервной анорексией или это нервная анорексия на фоне психопатии или, предположим, на фоне депрессии? С моей точки зрения, основной вопрос: в рамках чего эта нервная анорексия? Потому что это для прогноза главное. Почти все говорят о шизофрении. Между прочим, в рамках невротоподобной шизофрении иногда это даже легче лечится, потому что мы лечим шизофре-



нию, и вместе с улучшением статуса уходит и нервная анорексия. И у Кати, конечно, это всё на фоне неврозоподобных расстройств в рамках шизотипического расстройства или неврозоподобной малопрогрессирующей шизофрении. Она сейчас с достаточно хорошей критикой. У нее — установка на группу, она понимает, что ей так будет легче жить. Мне кажется, отделение добилось хорошего эффекта в данной ситуации. А всё, что ей присуще как больной шизофренией, есть: это ее особенности мышления, личностные особенности и комплексы аффективных колебаний, резонерство и красование некоторое такое, которое не вызывает сочувствия, как у истерика. Но тут еще и масса всяких мозаичных черт, которые позволяют думать, что это не шизофрения.

**Ведущий.** Большинство коллег согласно, что после психоза нервной анорексии больная изменилась по шизофреническому типу. Хотелось бы больше уточнить по ведущему синдрому. Вот что в данном случае составляет наибольшую сложность. И есть ли у нее сейчас анорексия? Или нет ее? Да, она была как эпизод течения шизофрении. Но сейчас у нее нормальный вес, может быть, даже чуть-чуть излишний. У нее нет никаких переживаний по этому поводу.

**Г. Н. Иванова (Волгоград):** Я занимаюсь психосоматическими больными, и мы здесь имеем пациентку, у которой хронический гепатит С. И здесь нужно филигранно назначать препараты, которые менее всего гепатотоксичны, ей их придется принимать годами, и печень у нее должна выдержать это лечение. А что вы будете делать, когда случится цирроз и когда она вообще никакие лекарства не сможет принимать? Что с ней тогда произойдет? Мне кажется, нужно как-то бережнее лечить.

**И. И. Казачинская:** Я работаю в 14-й больнице, которая занимается исследованием нервной анорексии, на базе нашей больницы вот уже три десятилетия работает кафедра психиатрии РУДН и разрабатывает нервную анорексию как основную научную проблему — проф. М. В. Коркина, проф. М. А. Цивилько и др.. Эта пациентка лечилась и у нас, я её помню.. Наша дискуссия о том, нервная анорексия — синдром или основное заболевание? Все-таки, нервная анорексия — это дисморфофобия, дефицит веса, аменорея. Как правило, это заболевание молодых девушек, подростков, которые эмоционально сохранны и помнят это прекрасно. Их можно расспросить, они сами рассказывают о том, как это началось, что молодой человек, подруга, кто-то из родителей сказал какую-то совершенно иногда невинную фразу: ну вот какая ты пышечка, или молодой человек говорит, тебе надо похудеть, стать как какая-нибудь звезда, допустим. И они сознательно начинают отказываться от еды. Диеты, физические нагрузки, фитнесы, тренажерные залы и так далее. А нервная булимия, я все-таки хочу поправить, это не противоположное заболевание. Это — следующий этап, когда вначале пациентки себя дово-

дят до истощения, и появляется булимия — они на самом деле утрачивают не чувство голода, а чувство насыщения. Появляется волчий голод, они переедают, и оттого что действительно уже физиологические изменения возникли, от этого переедания на самом деле механически возникает рвота, а дальше они ее начинают сознательно вызывать. Но говорят об этом примерно так же, как говорит эта пациентка: что рвота возникла случайно, что я не могла, что это вот тошнота какая-то неукротимая и т.д. Я думаю, что все-таки дисморфофобические расстройства у нее были. Может быть, она уже это вытеснила, может быть, она это диссимулирует, я не знаю. Но если это возникло в 22 года, остро, то, наверняка, все-таки у нее что-то до этого было. Да, в 22 года это, в общем, конечно, может быть, хотя уже сомнительно. То есть, за 20 и чем дальше за 20, тем больше у нас вопросов. Все-таки это для дисморфофобических расстройств уже поздновато. И всегда за ними, как правило, что-то кроется, какие-то сверхценные идеи: они начинают думать об очищении организма, об усовершенствовании вообще и организма, и души и всего прочего. Либо это действительно возникают какие-то ... ощущения, как крайняя степень, когда нельзя дотронуться до жирной тарелки, потому что жир впитывается через кожу и усваивается. Но это уже, конечно, либо сверхценные идеи, либо бредаподобное образование, либо бред. То есть это уже другое заболевание с синдромом нервной анорексии.

Кроме того, этот гепатит С. По-моему, у этой пациентки были злоупотребления. Мне кажется, мы ей тогда устанавливали диагноз: нервная анорексия у пациентки с расстройством личности и злоупотреблением. Хотя она отрицает прием наркотических препаратов, но откуда взялся гепатит С?

Дифференциальная диагностика. Я думаю, что учитывая такую социальную дезадаптацию, в ее случае это шизотипическое расстройство личности. Что касается расстройств мышления, я не увидела грубых нарушений мышления. И, собственно говоря, наверное, это естественно, потому что они свойственны все-таки не малопрогрессирующему процессу, они являются следствием большого процесса, поэтому вряд ли мы здесь это увидим. Эмоциональные изменения? Но не будем забывать, что пациентка принимает лекарства, что сама по себе нервная анорексия тоже вызывает эмоциональные изменения. Это истощает, отсюда — и астенические расстройства, и обеднение некое эмоциональное, но не сравнимое с шизофреническим, конечно. Поэтому я думаю, что это нервная анорексия у какой-то личности. А вот у какой — я сейчас не могу уточнить, поскольку не все слышала. Что касается лечения, мне кажется, очень удачно подобран абилифай — атипичный нейролептик, который щадит печень. И нейролептики назначают всегда, когда существует сверхценная идея, либо просто для подавления физиологических импульсов, рвотного реф-

лекса в т.ч. Но я против того, чтобы прибавлять вес на оланзапине, потому что все-таки это проявление побочного эффекта, это является проявлением метаболического синдрома, небезвредно за этот счет наращивать вес. Вес должен увеличиваться за счет того, чтобы вылечивались основные расстройства, когда человек начинает питаться. Так что, я склоняюсь к расстройству личности.

**А. В. Белов:** Я редко выступаю, но в данном случае поддержку доктора, которая только что выступала. Мое мнение, что здесь ближе к расстройству личности. Впечатление такое, что мы ни во что не можем ее уложить, и поэтому это шизофрения. Какая шизофрения? Неврозоподобная? Если брать МКБ-10, для шизофрении характерно наличие выраженного синдрома какого-либо. Признак, который должен быть выражен, это или бред, или галлюцинации. Это может быть один признак, на основании которого мы можем выставить этот диагноз, или наличие мелких, но не менее трех. Назовите мне три признака, характерных для шизофрении? Если говорить, как Игорь Степанович говорит, схизис у нее здоровый, нездоровый — 50 на 50. Но, давайте не забывать, ей 24 года. У нее образование очень еще не состоявшееся. Личность несформировавшаяся. Если вы пообщаетесь с молодежью нашей современной, она, как это ни странно, я не беру всех подряд, но очень большая часть, инфантильна. Они мыслят по-другому, не так, как я мыслил в свои 24 года. У них сейчас всё по-другому. Я специально сел на первый ряд, чтобы послушать ее. Разве она эмоционально неадекватна? Адекватна. Синтонна? Синтонна. Утомляема? Ну, под конец немножко. Но она выдержала всю эту беседу. И во время всей беседы, сколько мы не пытались ее раскрутить на какую-то симптоматику, характерную для эндогенного процесса, у нас ничего не получилось. Мы крутились вокруг одного и того же, а вот глубже мы ничего не накопили. И вот говорить сейчас о шизофрении... Причем мы не должны забывать, что ее психолог смотрел, и психолог также не нашел никаких процессуальных расстройств. Конечно, мы можем сказать, что психолог что-то недосмотрел. Но у наших психологов достаточно высокий уровень, они как-то сразу видят эндогенную патологию. Поэтому я склонен считать, что это не эндогенное расстройство, а ближе к каким-то истероидным моментам. Вы обратили внимание, какие у нее дырки в ушах? Прямо тоннели такие, широкие-широкие.

**М. Е. Бурно:** Я таких больных видел немало. Наверное, потому, что долго живу. Наверное, потому, что их немало в психиатрической практике и психотерапии. Я помню еще с молодости, как приходили и приходили к нам эти пациенты из клиники Марьи Васильевны Коркиной. Ну, вы знаете, что Марья Васильевна Коркина ведь в сущности начала эту работу у нас. Анорексия, неврозы и дисморфофобические расстройства — то, что так соединяется, имея единый

корень. Я помню, еще в молодости, уже после книги своей основной, Марья Васильевна говорила, что вот я им всё поначалу ставлю невротическое состояние, а они превращаются в больных малопрогрессирующей шизофренией с годами всё больше и больше. Я согласен с Александром Валентиновичем, что, конечно, сейчас по документам это не шизофрения, это для меня шизотипическое расстройство, которое стоит отдельно в МКБ-10. Хотя и имеет какие-то общие корни, как даже в МКБ-10 видно. Во всяком случае, говорится, что некоторые случаи шизотипического расстройства могут переходить в шизофрению.

Но вот что это за пациенты? Я согласен с Ириной Валерьевной, для меня, это — если говорить академически — вялотекущая малопрогрессирующая шизофрения или шизотипическое расстройство с аноректическими расстройствами, с дисморфофобическими расстройствами, это все-таки вместе, это держится друг за друга, как выяснилось в беседе, с расстройствами истероидными, психастеноподобными и, конечно, аффективными колебаниями. Вот такая картина этого шизотипического расстройства. Это больные, заболевающие в молодости. И вот эти расстройства — анорексия и дисморфофобические расстройства — это расстройство молодости, конечно. В чем тут дело? Как здесь работает, если так можно сказать, шизофрения, шизофрения в широком смысле, как эндогенный процесс? Здесь происходит эндогенно-процессуальное в таком возрасте расстройство влечений. Не только расстройство влечений, но и снижение инстинкта самосохранения. Расстройство влечений сказывается в том, что пропадает аппетит или, напротив, возникает волчий аппетит с вот этой, как они называли, я помню, многие девушки, нажираловкой по ночам, после чего рвотой всё это из себя выпускают. Конечно, это расстройство влечений. Но расстройство влечений в данном случае не органической природы, не вследствие повреждения определенных зон мозговых, а это вот так шумит, трясет биологию человека шизофренический процесс. Так же, как бывает, эндогенный процесс приводит к тяжелым запоям или влечению к табаку, к курению, у 18-летней девушки, например, которая никогда не касалась сигарет, которая пила рюмку сухого вина в праздник при родителях. И вдруг она чувствует необыкновенное оголтелое влечение к водке, курить ей хочется, да, запах табака она слышит. Какие-то органические расстройства исключаются. И через год-два всё это проходит, остается психопатология эндогенного процесса, тоже неврозоподобная. А то ведь она просила, просила ее запереть в ПБ, чтобы она не пила водки, чтобы она не накурилась до смерти сигарет. Это я просто для сравнения. Это тоже расстройство влечения, хотя вот такое бурное, выразительное. Но и здесь расстройство влечения эндогенно-процессуальной природы приводит к тому, что вдруг пропадает аппетит. И не только пропадает аппетит, а невоз-

можно запихнуть в себя какую-то еду, это одновременно, это вместе, это такое биологическое эндогенно-процессуальное расстройство. Потрясение, я повторяю, прежде всего, биологии изнутри, это шизофреническая в широком смысле биология. Это не просто, конечно, падение влечений, это эндогенно-процессуальная разлаженность влечений, и мы это видим очень хорошо. Здесь этого нет, а в других во многих случаях всё это сочетается с обжорством.

Теперь почва. Все-таки очень важно, мне думается, в этих случаях оценивать почву. Да, во многом было трудно с Катей говорить, потому что Катя все-таки инфантильно глупенькая, простите, что я так говорю, но психопатологически почву важно учитывать. Именно потому она на многие вопросы отвечает и противоречиво. Не только потому, что расщепленность, конечно, есть. Но многое она не может объяснить, многое она не может толком сказать. Я думаю, по причине еще вот этой личностной, почвенной инфантильности. Как ни трудно говорить, глуповатенькая, заторможено глуповатенькая. Она ведь однотонная, она с однообразным взором. Она совершенно не участвует в беседе. Тут уже, конечно, и ясно видится ее расщепленность, клиническая расщепленность. Она собирается замуж, хочет семью. И в то же время хочет группу инвалидности. Она не тревожится даже по этому поводу: как на это посмотрит ее будущий жених, как это может затруднить жизнь? Будто нужна мужу она с инвалидностью, с этим куском черного хлеба. Как он на это посмотрит? Она даже не тревожится по этому поводу. Я в этом и вижу одно из проявлений разлада, разлада личностного. Тут можно еще, конечно, говорить и о других проявлениях шизиса, расщепленности. Но это самые такие выразительные.

Всё началось с отсутствия аппетита. Но ведь это же не просто отсутствие аппетита, как у человека не эндогенно-процессуального. Она живет с этим отсутствием аппетита, отказываясь от еды, и доходит до 28 килограммов. До черты чуть ли не последней. Это же помереть можно. А она не тревожится по этому поводу, как и все они, да. Это вот сниженный, эндогенно-процессуально сниженный инстинкт самосохранения. Это вот и есть, по сути дела, витальное, глубинное расстройство, но эндогенно-процессуального происхождения. Я уже говорил, тут и психастенические, и истерические расстройства. И психолог — я согласен с Александром Валентиновичем — психолог замечательно всё написала. Психастенические и истерические черты вместе. Это очень важно. Это уже не истеричка, если у нее рядом с истерическими достаточно отчетливые психастенические черты. У нее истероидно, — это возможно при истероподобных расстройствах эндогенно-процессуальных, — не слушаются ноги, отнимаются ноги. Она по этому поводу начинает волноваться: что со мной, не стану ли я инвалидкой? Истеричка никогда не волнуется, ну, просто нет таких истеричек, которые бы тревожи-

лись, переживали свой истерический паралич, свой истерический пресс, они к этому относятся совершенно спокойно, это классическая психиатрическая истина. В настоящей истеричке это несовместимо — ее истероидное расстройство и настоящая тревога, боязнь, страх инвалидности по этому поводу. Но это еще один, мне думается, клинически важный момент.

И вот Катя живет со всеми этими расстройствами. И когда она здорово худеет, конечно же, у нее и голова кружится, и слабость. Но опять примечательно то, что она ложится и ложится в ПБ, и лечится покорно лекарствами в больших дозах. Стало быть, это делает психопатка. Не представляю себе, да еще и замуж хочет, и вполне серьезно об этом говорит. Хотя и однотонно, гипомимично, ну и как это бывает при эндогенно-процессуальной личностной измененности, и это лекарствами не объяснишь. Ну, да я не буду больше тут клинически уточнять картину, а закончу самым главным.

Что с этими пациентами происходит? Вот как я их видел в течение, ну уж, наверное, 45 лет, сколько их прошло у нас в амбулатории. Да, конечно, поначалу этих девушек, прежде всего это девушки, надо спасать от смерти. Надо помочь им выжить с помощью лекарств, без лекарств тут не обойдешься. Но что обычно происходит и раньше происходило и, я вижу, сейчас происходит? Их нагружают лекарствами навсегда. И, стало быть, с группой инвалидности. Уже знаем, как действуют наши психотропные препараты — поначалу облегчение, потом оно проходит, нужно дозу увеличивать, нужно вводить новые лекарства, и психофармакотерапия такого рода превращается в динамическое взаимодействие организма больного со всё меняющейся комбинацией лекарств, в том числе самых новых. И в итоге больной живет достаточно нагруженный лекарствами, он при этом уже и работать не может, чаще всего, повторяю, это девушка, получает группу инвалидности, и с этой группой инвалидности продолжает десятилетия принимать эти лекарства, отмечаясь в диспансере и получая там бесплатные рецепты.

Все-таки мы этих пациентов лечили не так. Мы их лечили лекарствами по обстоятельствам, спасая от смерти. И когда состояние улучшалось, то дозы уменьшали и даже прекращали. Но, конечно, при этом вводили массивную психотерапию, о которой рассказывал Игорь Степанович. То есть это была оживляющая душу психотерапия с активированием основательным, заталкиванием их в учебные учреждения. Почему? Потому что уже тогда было известно, теперь это еще известнее, что они постепенно приспособляются к жизни. Что вот эти самые тяжелые их расстройства в широком смысле неврозоподобные с дисморфофобическим компонентом, аноректические, вот эти глубинные расстройства влечений, они слабеют и уходят годам к 30, ну, к 35. Мы уже не увидим этого у взрослых таких больных, если они живы, если они не



ушли из жизни в катастрофической своей истощенности, что бывает.

А что остается? Остается другая неврозоподобная симптоматика, истероподобная, истероподобной симптоматики тут очень много, она преобладает над психостеноподобной. И тут доктор очень хорошо говорила о том, какая она грубая, раздражительная, высокомерная, кокетливая, демонстративная. Это я всё вспоминал и по знакомым мне пациенткам, они почти все такие, с ними очень трудно. Хотя сквозь всё это пролезает местами и психастения в широком смысле. Так вот, остается это, вместе конечно, с аффективными колебаниями. Но годам к 40, 45 и это смягчается, и они приспособляются к жизни, и они работают. И прошлое, аноректическое прошлое, аноректически-дисморфобическое прошлое остается позади, в молодости. Конечно, таких пациентов, я совершенно согласен, лекарствами нужно лечить осторожно, по жизненным показаниям. И лечить, как это называют психотерапевты, дискретно или попросту по обстоятельствам лекарствами, вот когда плохо, тогда да, тогда ничем больше не поможешь, а потом уменьшать и снимать.

Небольшая сравнительно часть этих пациентов становится бредовыми больными, но небольшая сравнительно, по моему опыту. Мария Васильевна Коркина различала дисморфоманическое расстройство — это бред по поводу своего неправильного тела. Бред с содержанием своего неправильного уродливого тела. А дисморфобическое — это навязчивый уровень, невротический уровень. Вот в силу личностной эндогенно-процессуальной расщепленности тут во многих таких случаях и психопатологический симптом расщеплен — то ли это сверхценность, то ли это какая-то бредовая идея, то ли это навязчивость. А это так и должно быть по причине эндогенно-процессуальной расщепленности, там всё расщеплено, там всё вот так вот разложено, исключая случаи, где имеется откровенный бред, который складывается в бредовую систему, то есть с внутренней патологической логикой. Но таких сравнительно немного. А это все потихоньку смягчается, и пациенты приспособляются.

И я понимаю Галину Николаевну, доктора Иванову, нашего гостя из Волгограда, конечно, о печени нужно подумать, тем более, зная эти прогнозы. Вот я не знаю, будет она дома всё это получать и диспансер будет ей выписывать все эти лекарства в течение скольких лет? Что будет с ней, с ее печенью? Конечно, психотерапевтическая и психиатрическая, психотерапевтическая работа и одновременно лекарственная у нас малоорганизована, а вот она бы и должна была лечиться в этой психиатрической психотерапии с минимальным количеством лекарств или повышенным — по обстоятельствам, но временно. Можно еще одно добавить? По историям болезни, по расстройству личности. Выдержки, которые, может быть, проскачили. В 2009 году она эмоционально неустойчива,

психопатизирована. В 2009 же году временами груба, дерзка, высокомерна, раздражительна, на фоне лечения прибавляет в весе, охотно общается с больными, при этом больше с мужчинами, и с ними она и кокетлива, и демонстративна. Весной этого года, когда ей были разрешены прогулки, она с прогулки возвращается в состоянии алкогольного опьянения, при этом отрицает употребление и всё ссылается на медсестру, обвиняя ее в предвзятом отношении к ней. Это к вопросу по расстройству влечения. Всё.

**Ведущий.** Уважаемые коллеги, давайте будем завершать. Направляясь сюда, я побаивался т.н. школьных случаев, в которых не найти ничего нового по сравнению с учебниками, но это удивительное наблюдение, хотя и представленное экспромтом, открыло новые подходы к исследованию проблемы нервной анорексии.

Хотя вся номенклатура психических заболеваний, включая группу шизофрений, входит в психосоматическую патологию, но данный случай — подчеркнуто психосоматический, ибо соматический радикал здесь приближался к кахектической стадии, потребовавшей неотложной госпитализации в реанимационное отделение ГКБ № 36 — при среднем росте масса упала до 28 кг.

Что мы знаем о психическом статусе? Впечатление от контакта позволяет заключить, что далеко не всё Екатерина нам поведала, и ведет себя не доверительно, во многом формально, порой парадоксально. Даже при госпитализации в ПБ по собственной инициативе: в приемном покое она не желала говорить, раздражалась в ответ на вопросы, давала психопатические реакции. Поэтому при оценке статуса, опираясь на то, что удалось узнать, мы должны помнить, что далеко не всё мы знаем о действительно пережитом и переживаемом в ее больной душе. Теперь мы можем сравнить наше впечатление с тем, что в преморбиде она характеризовалась синтонной, общительной, энергичной и ничего в ней не было шизоидного, даже шизотимного. А сейчас видим измененную личность, как её подробно обрисовал проф. Бурно и др., это — если резюмировать — эмоционально-волевая нивелировка с дискордантностью. Дефект негрубый; но его структура говорит о результате шизофренического процесса.

Но это как бы внешняя сторона, теперь — о содержании. При всех 6-ти госпитализациях психиатры имели дело с нервной анорексией. А где она теперь? Жалоб на расстройство аппетита нет, питание в полном порядке, симптомокомплекс такого — синдрома нервной анорексии просто нет. А что у нее осталось от нервной анорексии? — Это к важнейшему вопросу, который доктора ставили тут о синдроме — виртуальная нервная анорексия осталась у неё, но только в голове, как идея: что та болезнь, которой она страдает, это — нервная анорексия, и что, несмотря на то, что сейчас с питанием всё в порядке, но с этой нерв-



ной анорексией надо бороться, поскольку с ней далеко не покончено, а возврата её — словно ада — второй раз она “больше не перенесет”. Прав Игорь Степанович, они помешаны на проблеме веса, но, добавим, и процесса еды. Имеется ли у нее критика к психическому заболеванию? Нет, она не критична. А вот эта идея, — что она болеет нервной анорексией 2,5 года и что эта болезнь такая, которая привела почти к жизненному краху, к инвалидности, — она у нее доминирует. И главный тут вопрос — сверхценная ли это идея или бредовая? Сверхценностью мы можем называть это тогда, когда мы верим, будто нервная анорексия существует реально как самостоятельное заболевание. Но такого заболевания нет, это только один из синдромов основной психической болезни, а вот к ней Катя как раз и не критична. Собственное понятие Кати о нервной **анорексии** вообще не имеет отношения к аппетиту, для нее нервная анорексия — действие, “это отказ, полный отказ от еды”. Чей отказ, её самой? Нет, это физиологический отказ, противодействие ее самой, отказ её внутренних органов, желудка, как она говорит. Стало быть, статус сейчас бредовый.

Что еще имеется? Выраженная деперсонализация как переживание психической измененности с чрезмерной рефлексией, внутренней борьбой, с самолечением аутопсихотерапией, навязчивыми мыслями, с попытками преодолеть раздвоенность. Она гонит все эти мысли о болезни, потому что стремится выздороветь. И если говорить о том, какое у нее сквозное расстройство, то, пожалуй, это — деперсонализация. Ведь в течение болезни синдромы меняются: то был комплекс нервной анорексии, то ипохондрические раптусы со страхом и идеей, что паралич разобьет навсегда, и она останется инвалидом (т.е. синдром, который не имеет к нервной анорексии никакого отношения), то наконец, настоящий бредово-ипохондрический синдром т.н. “нервной анорексии без нервной анорексии”. А сквозным расстройством, которое сохраняется до настоящего времени, служит деперсонализация как стержневое расстройство, которое пронизывает весь клинический стереотип течения процесса.

И наконец, вот эта нервная анорексия. Доктор из ведущей по нервной анорексии клиники страны (на базе 14-й ПБ, где, кстати, Катя лечилась, жаль только выписки нет) на основании десятилетий опыта профессоров Коркиной и Цивилько подчеркнула тесную взаимосвязь нервной анорексии в юности с комплексом дисморфофобии/дисморфомании. А у Кати мы этой связи не нашли, поскольку её не было никакой дисморфофобии, она не имела претензий к своей привлекательной внешности. И ей только как бы одно время мысль такая залетела, что похудеть — хорошо, “чтобы себе больше нравиться”. Да и то, довольно скоро отлетела. Итак, обычного содержания нервной анорексии, спаянного с дисморфофобией, у неё не было, и это тоже особенность данного наблюдения

редчайшая. А в настоящем статусе весь этот комплекс нервной анорексии почти к нулю сведен, за исключением некоррегируемой идеи. Но есть противоречивое, амбивалентное отношение и к расстройству, которое внутри и разбивает судьбу, и к житейским планам выйти замуж, работать и, в то же время, оформить инвалидность 2 гр.

Но вот, хотя сейчас нервной анорексии клинически нет, считаем ли мы Катю трудоспособной? Очевидно, нет: отделение направляет её на МСЭК. Прогноз еще далек от благоприятного и от надежды, что она близка к выздоровлению. Та нервная анорексия, злокачественная, с опасной для жизни алиментарной дистрофией прошла, а нетрудоспособность, инвалидность остается. В течение продолжительного времени у нее полная социально-трудовая и семейная дезадаптация, она переживала жизненное отчаяние — в возрасте юности это жизненный крах абсолютный. И встает вопрос: чем он обусловлен? Интенсивных процессуальных признаков и активного психоза теперь нет. А все равно, она инвалид. Чем это вызвано? Скорее всего, комплексом продуктивной симптоматики и наступившей редукцией энергетического потенциала в структуре дефекта, который касается высших функций и уровней личности. С позиции учения о диссолюции имеющаяся в статусе деперсонализация представляет собой негативное расстройство по Х. Джексону, которому в качестве позитивного расстройства соответствует нозомания — идея, будто она больна нервной анорексией. В целом этот симптомокомплекс можно определить как бредово-ипохондрический синдром. Его можно рассматривать и как резидуальное состояние по отношению к развернутому психотическому синдрому нервной анорексии. Если настоящий статус стоит ближе к параноидальному, то в развернутой стадии это был параноидный синдром Кандинского-Клерамбо. И неважно, что тут не было трактовки внешнего влияния и воздействия, зато она оказалась под воздействием своих словно сошедших с ума органов, желудка, пищевода. Вполне возможно говорить о бреде физиологического воздействия/противодействия внутренних органов. Это не она, а ее “желудок” диктует нервную анорексию как отказ от еды, постоянно угрожая рвотой. Вместо блэйлеровской шизофрении — бехтеревская соматофрения: не схизис или безумие ума, а безумие сомы, тела. Вся драма психоза происходила внутри соматопсихики Вернике.

А о том, что сквозное расстройство — деперсонализация, говорят и вспышки дежавю, и ощущения предвосхищения, и магические интуиции сотворения будущего. И наконец, самое главное, что она скрывала всегда, и что установлено в беседе, — все эти годы болезни одним из овладевающих страхов был страх сойти с ума — диспсихофобия по А. К. Ануфриеву. И бредоподобные идеи порчи, которые, также рождаются из деперсонализации. Итак, анализ статуса и те-

чения болезни свидетельствует о затяжном бредовом психозе, а не об аффективном.

Что касается упомянутой новизны, две идеи у меня родились здесь. Первое — это новый синдром, который — если перефразировать старых психиатров — представляет собой “нервную анорексию без нервной анорексии”, что мы сейчас и разбирали у Кати. Второе — нервная анорексия как чистая идея, в которой сама нервная анорексия может быть содержанием нозомании, то есть бреда, бредовое расстройство, которое проявляется в таком содержании. Сама природа приоткрывает нам новые подходы к сущности нервной анорексии как бредового, а не невротического и не аффективного процесса.

О **лечебно-восстановительной тактике**. Я не вижу здесь самостоятельных аффективных расстройств и, стало быть, показаний к антидепрессантам. Но и к активной антипсихотической терапии тоже. Поэтому комплексное лечение должно сочетать мягкую нейролептическую терапию (выбор нейролептиков, конечно, с учетом хронического гепатита С и функционального состояния печени), транквилизирующую, но ещё больше места теперь должна занять поддерживающая рациональная психотерапия. Несмотря на ремиссию процесса, пока я не вижу оснований для надежды на реабилитацию и восстановление ее трудоспособности в близком будущем.

Диагноз шизофрении, поддержанный большинством выступавших, очевиден. В преморбиде — личность, лишённая каких-то патологических, даже шизотимных черт, полное психическое здоровье. Через 2,5 года — грубый шизоидный сдвиг. Уже и анорексии нет, а она нетрудоспособна, полностью дезадаптирована в социально-трудовом отношении, по существу инвалид. Это вещи, которые бывают только при процессе, которые не бывают ни при реакции, ни при развитии, ни при т.н. неврозе. И наконец, диагностическое определение докладчицей “неврозоподобная” — тоже ничего не говорит. Подобное чему? — Неврозам, которых нет? Поэтому этот термин, как архаиче-

ский, лучше не употреблять. Тем более, что синдром развивается в бредовом спектре. О форме течения за 3 года, наверное, судить рано. А вот темп прогрессивности, по-видимому, соответствует более грубому процессу, по сравнению, например, с малопрогрессирующими, вялотекущими шизофрениями.

Какие еще признаки? У нее имеются т.н. первичные процессуальные признаки. Это нарушение общего чувства — сенестопатии, и патологическое, почти неврологическое расстройство мышечного чувства с параличом воли, витально-астенический синдром, иногда диффузный, когда она не может встать от бессилия, а иногда локальный, сосредоточенный в мышечном чувстве нижних конечностей с полным параличом. Но это преходящий паралич воли, точнее, произвольности. Всё это прямые процессуальные признаки, которые сами по себе указывают на процесс. Спасибо всем за обсуждение, врачу-докладчику — за удивительное наблюдение.

**P.S. После разбора.** 15.04.2011 г. зав. отделением № 1 (клинической базы научного центра нервной анорексии) И. И. Казачинская любезно предоставила выписки из 2-х и/б (из ПБ № 14) Екатерины Ч. за 2009 год, а также выписку из и/б ГКБ им. Боткина. По объективным данным этих документов, больная ограничивала себя в еде около 2-х лет, а за полгода до госпитализации возникли булимические расстройства с вызыванием рвоты. В отделении № 1 лечилась дважды по 5 дней, первый раз с 24.08.2009 по 28.08.2009 г. с диагнозом “нервная анорексия в степени истощения; впервые выявленный гепатит С”, второй раз — с 17.09.2009 по 21.09.2009 г. с диагнозом: “нервная анорексия, F 50.0”. При обеих госпитализациях были выявлены высокие уровни трансаминазы, маркеры гепатита С, диффузные изменения печени на УЗИ; с диагнозом “гепатит С” переводилась в инфекционное отделение ГКБ им. Боткина, где клинический диагноз был уточнен как сочетание хр. вирусного гепатита С и неспецифического токсического поражения печени.

## Психология шизофрении<sup>1</sup>

Йозеф Берце (Вена)<sup>2</sup>

### VI. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ТЕОРИЯ ШИЗОФРЕНИИ.

Глубокое психологическое различие между активными и неактивными шизофрениями до сих пор почти не учитывалось и при создании психологических теорий шизофрении. К вопросу относились так, словно создание единой теории шизофрении, охватывающей абсолютно все шизофрении в одинаковой степени, является делом само собой разумеющимся.

Карл Шнейдер пишет по этому поводу, что при построении теории следует исходить из “сквозного” симптома. “Прежде чем поднимать вопрос об основном нарушении, следует сравнить начальные состояния с исходом, легкие случаи с тяжелыми, чтобы определить сквозные симптомы”. Мы не согласны с этой позицией. Проблема основного нарушения и проблема “сквозных” симптомов — две совершенно разные проблемы. Мы склонны признать теорию сквозных симптомов, т.е. симптомов, имеющих в одинаковой степени в начальных состояниях и состояниях стадии исхода — а точнее, при активных и неактивных шизофрениях, — в том случае, если бы факт существования таких симптомов был доказанным или, хотя бы, почти доказанным. Действительность говорит об обратном. Только в стадии текущего органического процесса, лежащего в основе шизофрении, встречается психическое основное нарушение, функциональное, действие которого мы видим в имеющихся на данное время существенных психических симптомах. Если при шизофрении вообще встречаются сквозные симптомы, то они не могут принадлежать к тем, которые вызваны непосредственно основным нарушением. Они принадлежат, скорее, к той группе симптомов, которые мы обозначаем как симптомы *дефекта*. Поскольку такие симптомы выявляются частично уже во время течения процесса, часто уже в его начале, являясь выражением деструкции как следствия этого процесса, и поскольку такие

симптомы встречаются (или могут встречаться) частично уже в стадии активной шизофрении, постольку мы считаем эти симптомы также сквозными. Из всего сказанного следует, что нам не удалось бы установить основное нарушение, исходя из сквозных симптомов.

Но не следует забывать, что некоторые авторы под теорией шизофрении понимают нечто иное. Такие исследователи пытаются привести совокупность шизофренических симптомов к “общему знаменателю”. А так как они при исследовании шизофренических симптомов, как правило, не делают различия между активными и неактивными шизофрениями и поэтому их исследовательский материал состоит преимущественно почти исключительно из неактивных шизофрений, составляющих абсолютное большинство случаев, то в основе их исследования лежат, прежде всего, симптомы дефекта, а симптомы процесса остаются за бортом. Так, их поиск “общего знаменателя” становится стремлением объединить шизофренические симптомы дефекта. При этом одни ученые действуют чисто номиналистически, даже не отдавая себе в этом отчета, а результатом их исследований становится только лишь общее понятие, охватывающее, по их мнению, все симптомы (например, интрапсихическая атаксия, распад сознания). Другим ученым представляется более или менее ясно оформленная мысль, что существует действительное изменение, действительно существующий дефект, способный породить совокупность симптомов (дефекта), так сказать, основной дефект (например, сеюнкция, ослабление ассоциаций, понижение напряжения ассоциативной энергии). Без сомнения, и эти мысли и стремления немаловажны. К тому же, интересно, как решится вопрос относительно существования единого основного дефекта, охватывающего всю шизофреническую симптоматику дефекта. Все же, видимо, такого дефекта нет. Органический процесс, имеющий место при активной шизофрении, может порождать *множество* дефектов и ведет, таким образом, к симптоматике дефекта со множеством “психотических корней”. Очевидно, что для шизофрении это, действительно, так. Существенные различия в выражении неактивных шизофрений объясняются лишь в небольшой степени различиями индивидуальной психической конституции и основным на ней различием индивидуальных реакций на шизофреническую дефектность. В значительной

<sup>1</sup> Psychologie der Schizophrenie von Dr. Josef Berze und Dr. Hans W. Gruhle, verlag von Julius Springer, BERLIN, 1929. — Перевод с немецкого [Евгении Григорьевны Сельской].

Начало — см. НПЖ, 2010, 3, 4; 2011, 1.

<sup>2</sup> Профессор психиатрии Венского университета.

мере они объясняются различиями в обусловленных процессом нарушениях, минусах, дефектах. И среди них имеется лишь один общий для всех неактивных шизофрений дефект, хотя он и выражен в разной степени. От этого, по-видимому, зависит то неопределяемое явление (выражение), не поддающееся дефиниции, которое связывает все неактивные шизофрении в психопатологическое единство. Кроме этого *эссенциального* шизофренического дефекта могут встречаться, в зависимости от распространенности и интенсивности завершившегося процесса, различные не зависящие от этого процесса несущественные, но в той же мере специфически шизофренические малые дефекты. Они то едва видны в общей симптоматике, то привносят в общую картину даже больше, чем эссенциальный дефект.

Во всяком случае, каждый, желающий заняться теорией шизофрении, должен уяснить следующие вопросы: 1) имеет ли он в виду теорию активной или неактивной шизофрении, 2) касается ли его исследование психологического принципа или основного нарушения, или основного дефекта<sup>3</sup>.

Теория активной шизофрении лишь тогда будет соответствовать действительности, когда она исходит из того, что здесь имеет место своеобразное изменение *общего* психического состояния, при котором мы имеем дело с особым рода аномальными условиями сознания, с шизофренической “общей структурой сознания” (Карл Шнейдер).

Из этого исходит Блейлер в своих исследованиях. Причина неудачи его теории заключается в том, что она полностью базируется на принципах ассоциативной психологии, т.е. психологии, которая — несмотря на весь оригинальный вклад Блейлера, — проблему шизофрении как раз и не раскрывает.

Еще никому не удалось дескриптивно и убедительно описать шизофреническое изменение состояния сознания в процессуальных фазах — мы не имеем в виду состояния сновидческой спутанности, сумеречные состояния и тому подобное. аналогии, напротив, оказались хорошим методом. Больные сами тоже пользуются этим методом описания. Они говорят о своего рода полудреме, состоянии полубодрствования, состоянии крайней усталости и т.п. Аналогии с состоянием сна поддержаны крепелиновскими анало-

гиями шизофренического языка с языком сновидений. Чтобы кратко охарактеризовать состояние сна со сновидениями, можно прибегнуть к понятию психического тонуса Гризингера (Griesinger). В состоянии сна (со сновидениями) снижен этот тонус, т.е. напряжение готовности, осуществляющее и гарантирующее нормальное мышление в состоянии бодрствования. В состоянии сна царит *гипотония сознания*<sup>4</sup>.

Во всех состояниях гипотонии сознания мы сталкиваемся — и при шизофрении тоже — с динамической и содержательной редукцией актуальной личности, причем существует неполная концентрация личности в “Я-центре”, регуляторе общей психической жизни. Это с одной стороны. С другой стороны, имеют место формальные нарушения переживаний и осуществления актов, как они описаны исследователями шизофрении.

Следовательно, основное нарушение при шизофрении выражается, по моему мнению, в *шизофренической гипотонии сознания*.

Карл Шнейдер пробует сделать следующий шаг. Он полагает, что удастся специфицировать аналогию, сузить ее до совершенно определенного варианта переживания здоровых людей, которое возможно охарактеризовать как гипотоническое, и это будет “переживание усталости при переходе ко сну”. И надо сказать, то, как Карл Шнейдер *описывает* состояние перед засыпанием, удивительно похоже на состояние шизофреника. Но, несмотря на то, что это описание еще требует подтверждения во многих своих пунктах, следует прямо-таки предостеречь от заключений на основании аналогии с *определенным* вариантом переживания здоровых людей, пока мы не достигнем более глубокого проникновения в тонкости шизофренического психического процесса, чем это до сих пор имело место. Иначе это будет похоже на шаблонное мышление, что определенно отдалит нас от установления тонких различий. К тому же, весьма мало вероятно, что шизофреническое мышление всегда и при всех обстоятельствах, изо всех вариантов мышления и переживаний, ближе всего именно к просоночному мышлению. Ведь состояние сознания при шизофрении очень различно — от состояния, которое нельзя с уверенностью назвать раздраженным, до состояния тяжелых сновидческих состояний, где в дальнейшем

<sup>3</sup> Что касается последнего, то следует подчеркнуть, что нацеливание непосредственно на объясняющий принцип ведет лишь к результатам с проблематичным значением. Эти результаты вскроют, в лучшем случае, одну из всех мыслимых связей. Только “объяснение”, идущее от основного нарушения, имеет серьезную базу и может считаться успешной попыткой выявления действительных обстоятельств.

<sup>4</sup> В нашей ранней работе мы не проводили четкого разграничения между гипотонией сознания и объясняющим принципом симптомов, проистекающих из недостаточности актуальной личности, недостаточности психической активности. Эти симптомы мы выводили на передний план, и наше толкование, по справедливому замечанию Кронфельда, было волюнтаристским. С другой стороны, попытка охватить — хотя бы частично — недостатки осуществления актов происходила не без смещения понятий активности и интенциональности. И в скобках заметим, что те же замечания относятся и к утверждению, что снижение внимания (Masselon и другие), слабость апперцепции в понимании Вундта (Вейгандт — Weygandt) следует считать “центральной” шизофреническим нарушением.



расстройство сознания шизофреника имеет тенденцию то к ослаблению, то к усилению, а шизофреническая гипотония то спадает, то нарастает. Засыпание же характеризуется однозначно как состояние нарастающей гипотонии. Основная мысль аналогии остается нетронутой, если мы определенно заметим в шизофренической структуре, как это полагает Курт Шнайдер, “общечеловеческую форму мышления и переживаний”, которая “в этих деструктивных процессах становится лишь особенно отчетливой, определенным образом раскрытой”.

Все вышесказанное относится к симптомам шизофренического *процесса*, а не *дефекта*. С этим последним мы столкнемся уже при других обстоятельствах. Впрочем, это станет нам ясно лишь тогда, когда мы все более будем обнаруживать симптомы дефекта, а они постепенно выкристаллизуются при еще активном процессе, наряду с процессуальными симптомами. Затем, после завершения процесса, симптомы дефекта предстают перед нами в чистом виде.

Изменения сознания в смысле гипотонии переживаний уже больше нет. Вместе с шизофреническим основным нарушением ослабли или исчезли обусловленные им признаки изменения личности, динамическая недостаточность и лабильность актуальной личности. Изменение личности, с которым мы имеем дело теперь, совсем другого рода и выражается в том, что актуальная личность — личность *застывшая*. Если у здоровых людей актуальная личность каждый раз приспосабливается к ситуации, в которой находится, и это выражается в том, что к постоянному содержанию ведущих идей присоединяются тенденции, вызванные нынешними действующими внешними и внутренними влияниями, то при наличии постпроцессуального шизофренического дефекта актуальная личность остается при любых изменениях этих влияний совсем или почти совсем неизменной. Не появляется “волнений”, соответствующих данной ситуации, и поэтому нам такой шизофреник видится “*аффективно ослабленным*”. Потенциально существуют, т.е. сохраняются в *потенциальной* личности тенденции, которые выражаются в волнении — и при определенных обстоятельствах мы это видим, — но их ситуативно обусловленное проникновение в актуальную личность затруднено порой до невозможности. В особенности из-за недостаточной модулированности актуальной личности, выражающейся в односторонности духовных интересов, в ограниченности духовного горизонта, в недостаточном сочувствии, шизофреник кажется нам *примитивным* (поглупевшим, опростившимся). И это тем более, чем меньше высших тенденций вошло в застывшую актуальную личность, т.е. чем примитивнее стремления этой личности. Потенциальное существование идей, как бы ни было велико их число, еще не может сделать духовную жизнь богатой и разносторонней. Это происходит лишь в том случае, если эти идеи, входя в актуальную личность,

становясь элементами воли, мотивами мысли, могут стать основой духовной подвижности и разносторонности, истинной духовной чуткости. И именно эта способность — способность актуализировать потенцию — сильнее или слабее поражается шизофреническим процессом; процесс может свести ее к узкому кругу стремлений.

Этим дефектом актуализации объясняется несоответствие в *постпроцессуальных* шизофрениях между кажущейся гиперфункционально сильной настойчивостью и упорством, с которыми связаны определенные тенденции, сохраняющиеся в застывшей актуальной личности, среди которых есть и патологические (негативизм, манерность, стереотипии, бредовые установки), более или менее многочисленные, с одной стороны, и гипофункцией, выражающейся в недостаточной силе и действенности потенциальных идей, стремлений и способностей, лежащих за пределами этого узкого круга, — с другой.

Окостенение и непосредственно связанные с ним признаки изменения личности обуславливают во многих случаях общую картину неактивной шизофрении. В других случаях, напротив, на передний план выступает явление, давшее заболеванию название “шизофрения”, а именно “*расщепление*” личности. Оно — результат ослабления комплексов идей потенциальной личности, которая делает эти комплексы идей самостоятельными, не зависящими от актуальной личности, параллельно с ней действующими идейными и мотивационными центрами. Не установлено, как происходит это обособление. Определенно, задействованы психические моменты при выборе содержания комплексов идей, предназначенных для обособления. Блейлер полагает, например, что из-за *аффективно* обусловленного “неиспользования теряют проходимость ассоциативные пути, ведущие от такого комплекса к прочим идеям”, что дает все продолжающаяся “отъединенность” аффективно окрашенного комплекса идей. А причина существования этой отъединенности в органическом дефекте, проявленном шизофреническим процессом. В чем суть этого дефекта — Блейлер пишет о первичном значении “изначального ассоциативного нарушения” — нам неизвестно. Поэтому мы не можем и сказать, тот самый ли это дефект, который обусловил окостенение и опрощение актуальной личности, или речь идет о другом дефекте, генетически координированном с первым. Возможно также, что именно обусловленное окостенение актуальной личности, исключенность из нормальной актуализации, осуществляющейся путем принятия в актуальную личность, именно эта отъединенность и является причиной, в силу которой определенные комплексы идей вынуждены проявляться непосредственно в случае появления импульса, их касающегося, в обход актуальной личности. Напротив, ничего не значит и то обстоятельство, что окостенение и следствия отъединенности (“комплексные воз-

действия”) не всегда выражены в одинаковой степени. Часто можно констатировать значительную степень окостенения без выраженных явлений отъединенности или, наоборот, заметные явления отъединенности при умеренном окостенении. Эти различия, видимо, могут быть связаны с какими-то индивидуальными особенностями психической конституции.

Мы отнюдь не утверждаем, а тем более с уверенностью, что единое основное нарушение говорит о шизофренических процессуальных симптомах или что единый шизофренический основной дефект говорит о шизофренических симптомах.

Никоим образом невозможно по единому основному дефекту с уверенностью судить о шизофренических симптомах дефекта, подобно тому, как по единому основному нарушению судят о шизофренических процессуальных симптомах.

Не следует считать, что для совершенного понимания каждого отдельного случая шизофрении хвати-

ло бы одного из двух этих терминов: “основное нарушение” или “основной дефект”. Напротив, лишь в кратковременных начальных процессуальных фазах, в начале активной процессуальной шизофрении мы сталкиваемся с чисто процессуальной симптоматикой, с симптомами, которые мы, в целом, можем отнести к основному нарушению. И только в случаях, где неактивный характер шизофрении ярко выражен, мы имеем дело с симптомами, относящимися к основному дефекту. В отличие от этого, в каждом случае длительно протекающей активной шизофрении к процессуальной симптоматике присоединяются симптомы дефекта. И наоборот, в случаях, когда после периода инактивности возобновляется процесс, то, наряду с симптомами дефекта, обнаруживаются процессуальные симптомы. И для полного теоретического охвата обеих этих групп надо помнить как об основном нарушении, так и об основном дефекте или основных дефектах.

## **XV ВСЕМИРНЫЙ КОНГРЕСС ПО ПСИХИАТРИИ**

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

**[mcastex@congresosint.com.ar](mailto:mcastex@congresosint.com.ar); [www.congresosint.com.ar](http://www.congresosint.com.ar)**

11-й международный форум

**по расстройствам настроения и тревожным расстройствам**

*9 – 11 ноября 2011 г., Будапешт, Венгрия*

**[www.ifmad.org](http://www.ifmad.org)**

## Откройте, полиция! (О “содействии” сотрудников полиции медицинским работникам)

Ю. Н. Аргунова

В соответствии с ч. 3 ст. 30 Закона РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании” (в редакции Федерального закона от 7 февраля 2011 г. № 4-ФЗ) сотрудники полиции обязаны оказывать содействие медицинским работникам при осуществлении недобровольной госпитализации и обеспечивать безопасные условия для доступа к госпитализируемому лицу и его осмотра. В случаях необходимости предотвращения действий, угрожающих жизни и здоровью окружающих со стороны госпитализируемого лица или других лиц, а также при необходимости розыска и задержания лица, подлежащего госпитализации, сотрудники полиции действуют в порядке, установленном Федеральным законом “О полиции”.

**Федеральный закон от 7 февраля 2011 г. № 3-ФЗ “О полиции”** (п. 35 ч. 1 ст. 12) возлагает на полицию *обязанность*:

- оказывать содействие органам здравоохранения в доставлении в медицинские организации по решению суда лиц, уклоняющихся от явки по вызову в эти организации;

- участвовать совместно с органами здравоохранения в случаях и порядке, предусмотренных законодательством РФ, в наблюдении за лицами, страдающими психическими расстройствами, больными алкоголизмом или наркоманией и представляющими опасность для окружающих, в целях предупреждения совершения ими преступлений и административных правонарушений;

- оказывать содействие медицинским работникам в осуществлении назначенной судом недобровольной госпитализации лиц в медицинские организации, а также обеспечивать медицинским работникам безопасные условия для доступа к этим лицам и их осмотра.

В соответствии с п. 12 ч. 1 ст. 12 ФЗ “О полиции” полиция обязана осуществлять *розыск*:

- лиц, уклоняющихся от исполнения назначенных им судом принудительных мер медицинского характера;

- лиц, уклоняющихся от недобровольной госпитализации, назначенной судом в связи с наличием психического расстройства.

Полиция согласно ч. 2 ст. 14 ФЗ “О полиции” имеет право подвергнуть *задержанию*:

- лиц, уклоняющихся от исполнения назначенных им судом принудительных мер медицинского характера, до передачи их в учреждения, обеспечивающие исполнение таких мер (п. 7);

- лиц, уклоняющихся от следования в специализированные лечебные учреждения для исполнения назначенных им судом принудительных мер медицинского характера, — по основаниям, в порядке и на срок, которые предусмотрены федеральным законом (п. 8);

- лиц, предпринявших попытку самоубийства либо имеющих признаки выраженного психического расстройства и создающих своими действиями опасность для себя и окружающих, — до передачи их в лечебные учреждения либо по месту жительства (п. 11);

- лиц, совершивших побег из психиатрического лечебного учреждения или скрывающихся от назначенной судом недобровольной госпитализации в такое учреждение, — до передачи их в психиатрическое лечебное учреждение (п. 12).

Представленные формулировки двух законодательных актов, как мы видим, существенно различаются в части правового регулирования (в т.ч. правовых оснований) оказания содействия медицинским работникам.

1. Норма ФЗ “О полиции” в отношении содействия при осуществлении недобровольной госпитализации вступает в явное противоречие с положениями ч. 3 ст. 30 Закона о психиатрической помощи, неправомерно сужая и фактически **блокируя** действие последних.

Как известно, госпитализация в психиатрический стационар в недобровольном порядке, т.е. по основаниям, установленным ст. 29 и ч. 4<sup>1</sup> ст. 28 Закона о психиатрической помощи, предварительного судебного решения не требует. В то же время, ФЗ “О полиции” предусматривает оказание содействия медицинским работникам и обеспечение им безопасных условий для доступа к госпитализируемому больному только при наличии судебного решения. Рассчитывать на содействие со стороны полиции можно, следовательно, лишь в тех редких случаях, когда психи-

атрам потребуется осмотреть и вернуть в стационар сбежавшего из него пациента, да и то лишь в случае, если в отношении данного пациента уже принято судебное решение о его недобровольной госпитализации.

Без такого судебного решения, как следует из формулировок п. 12 ч. 1 ст. 12 и ч. 2 ст. 14 ФЗ “О полиции”, невозможны также розыск и задержание сбежавшего из стационара пациента, даже если он был помещен в стационар по основаниям ст. 29 Закона о психиатрической помощи и пробыл там менее 48 часов. Впрочем, задержание пациента, “предпринявшего попытку самоубийства либо имеющего признаки выраженного психического расстройства и создающего своими действиями опасность для себя и окружающих” все-таки предусматривается (п. 11 ч. 2 ст. 14 федерального закона). Такое задержание является не обязанностью, а правом полиции и осуществляется отнюдь не в связи с побегом из стационара или уклонением лица от недобровольной госпитализации по основаниям, предусмотренным п. “а” ст. 29 Закона о психиатрической помощи, и не связано с исполнением обязанности по “оказанию содействия” медицинским работникам.

Несовершенство российских законов, как мы знаем, компенсируется их неисполнением. Как показывает практика, полицейские не торопятся в точности соблюдать букву нового федерального закона, регулирующего их деятельность. При “оказании содействия” санитарам в проникновении в квартиры граждан, на имя которых выписываются путевки ПНД на стационарирование, полицейских не заботит ни отсутствие санкции суда (которой, разумеется, как мы установили, к этому моменту быть еще не может), ни безопасность самих госпитализируемых, обеспечение защиты их личности и сохранности их имущества.

Так, гр. З., представительство интересов которой осуществляет автор данной статьи, по направлению ПНД № 19 г. Москвы со ссылкой на п. “в” ст. 29 Закона о психиатрической помощи была необоснованно доставлена в психиатрическую больницу, откуда через 42 часа ее выписали с формулировкой “признаков психического заболевания не выявлено”. Ее комната, дверь которой была взломана “при содействии” полиции, не была опечатана и осталась незапертой, что позволило иметь доступ в комнату гр. З. лицам, находящимся с ней в конфликтных отношениях и инициировавшим недобровольную госпитализацию; представителю гр. З. было отказано в праве сопровождать своего доверителя в больницу; сама гр. З. со связанными руками, находясь по существу в беспомощном состоянии, была ограблена уверенным в своей безнаказанности санитаром в машине психиатрической перевозки. На ее глазах он цинично обыскал принадлежащую ей сумку и похитил 10 тыс. рублей пенсионерки. Возбуждено уголовное дело.

Не соответствующим законодательству является также указание в п. 35 ч. 1 ст. 12 ФЗ “О полиции” на то, что недобровольная госпитализация судом *назна-*

*чается*. Назначаться судом (как и изменяться, прекращаться) могут принудительные меры медицинского характера по основаниям и в порядке, установленным УК и УПК РФ. На пребывание лица в психиатрическом стационаре в недобровольном порядке судья вначале дает санкцию (ч. 3 ст. 33 Закона о психиатрической помощи) в виде постановления о продлении пребывания лица в стационаре на срок, необходимый для рассмотрения заявления стационара (ч. 2 ст. 303 ГПК РФ), а затем после рассмотрения дела по существу судья выносит окончательное решение. Решение суда об удовлетворении заявления стационара не обязывает врачей держать пациента в стационаре, оно не является препятствием для немедленной выписки пациента (даже вскоре после принятия такого решения), если, по мнению врачей, основания для недобровольной госпитализации отпали.

Отрадным является лишь тот факт, что ФЗ “О полиции” воспринял терминологию Закона о психиатрической помощи и использует понятие “недобровольная” госпитализация, а не “принудительная”, как это записано в ГПК РФ.

Пункт 35 ч. 1 ст. 12 и другие статьи ФЗ “О полиции”, допускающие опасное бездействие со стороны полиции, должны быть, следовательно, приведены в соответствие с нормами Закона о психиатрической помощи.

2. Норма ФЗ “О полиции”, касающаяся оказания содействия органам здравоохранения в доставлении в медицинские организации по решению суда лиц, уклоняющихся от явки по вызову в эти организации, наоборот, фактически **дополняет** Закон о психиатрической помощи.

Содействия полиции в доставлении таких пациентов, в частности в ПНД, Закон о психиатрической помощи не предусматривает. Важно поэтому принять во внимание положение п. 35 ч. 1 ст. 12 нового федерального закона, формулировка которого позволяет истолковать его таким образом, что органы здравоохранения могут прибегнуть к помощи сотрудников полиции для доставления в медицинскую организацию лица, в отношении которого суд принял решение о его недобровольном психиатрическом освидетельствовании по основаниям, предусмотренным п. “б” или “в” ч. 4 ст. 23 Закона о психиатрической помощи.

Закон о психиатрической помощи, так же как и ФЗ “О полиции”, не предусматривает, однако, оказания содействия работникам полиции медицинским работникам при осуществлении недобровольного психиатрического освидетельствования в рамках ч. 4 и 5 ст. 23 Закона о психиатрической помощи, проводимого вне медицинской организации, например, на дому у больного, хотя такое содействие, зачастую, бывает для врача-психиатра необходимо. Это касается в особенности психиатрического освидетельствования в случаях, предусмотренных п. “а” ч. 4 ст. 23 закона, когда решение об освидетельствовании принимается



врачом-психиатром самостоятельно без санкции судьи.

На практике, тем не менее, как до, так и после принятия ФЗ “О полиции” достаточно широкое распространение получили случаи, когда сотрудники милиции (полиции) “оказывают содействие” в недобровольном освидетельствовании, причем отнюдь не только медицинским работникам, но и любым другим гражданам по их просьбе.

Так, в 2010 г. гр. З., о которой уже рассказывалось выше, была из дома принудительно доставлена сотрудниками районного ОВД в ПНД № 19 по письменному заявлению ее сына на имя начальника ОВД с просьбой “оказать содействие в медицинском осмотре” своей матери. Сын гр. З. имел намерение не допустить таким образом участие матери в проводимом в тот день рассмотрении в суде дела о нанесении ей побоев сыном и снохой. Сотрудники ОВД не имели права на такие действия, поскольку “привод в учреждения здравоохранения для оказания медицинской помощи” согласно действовавшему на тот момент п. 22 ст. 10 Закона РФ “О милиции” мог быть осуществлен только, во-первых, по представлению медицинского учреждения, в частности ПНД, а не по заявлению родственника, и, во-вторых, в случае, когда лицо представляет *непосредственную* опасность для себя или окружающих (из заявления сына гр. З. в ОВД следовало, что такая ситуация в тот момент отсутствовала). Такая опасность не была зафиксирована и сотрудниками милиции, прибывшими по месту жительства гр. З. с целью ее принудительного доставления в ПНД. После беседы с врачами-психиатрами диспансера, которым она дала устное согласие на освидетельствование, гр. З. была отпущена домой.

ФЗ “О полиции” не содержит специальных указаний в отношении применения (запрета применения) к лицам с психическими расстройствами физической силы, специальных средств и огнестрельного оружия, а значит они могут применяться в соответствии с общими правилами, установленными главой 5 федерального закона. Запрет на применение специальных средств предусмотрен, в частности, в отношении женщин с видимыми признаками беременности, *лиц с явными признаками инвалидности* и малолетних лиц, за исключением случаев оказания данными лицами вооруженного сопротивления, совершения группового либо иного нападения, угрожающего жизни и здоровью граждан или сотрудника полиции (п. 1 ч. 1 ст. 22).

Применение огнестрельного оружия с производством выстрела на поражение запрещается в отношении женщин, *лиц с явными признаками инвалидности*, несовершеннолетних, когда их возраст очевиден или известен сотруднику полиции, за исключением случаев, сходных с вышеуказанными (ч. 5 ст. 23).

ФЗ “О полиции” ввел некоторые не вполне обособленные, с нашей точки зрения, *ограничения в отношении прав граждан с психическими расстройствами при их задержании*.

По общему правилу сотрудник полиции обязан, в частности разъяснить задержанному его право на уведомление близких родственников или близких лиц о факте задержания. Задержанное лицо в кратчайший срок, но не позднее трех часов с момента задержания, если иное не установлено УПК РФ, имеет право на один телефонный разговор в целях уведомления близких о своем задержании и месте нахождения. Такое уведомление по просьбе задержанного может сделать сотрудник полиции. В случаях же, если задержанными являются лица, совершившие побег из-под стражи, либо уклоняющиеся от отбывания уголовного наказания; лица, уклоняющиеся от исполнения принудительных мер медицинского характера или лица, уклоняющиеся от следования в лечебные учреждения для исполнения указанных мер, а также лица, совершившие побег из психиатрического лечебного учреждения или скрывающиеся от назначенной судом недобровольной госпитализации в такое учреждение, право на телефонный разговор им не предоставляется и уведомление не осуществляется (п. 11 ч. 2 ст. 14). В то же время, этого права не лишаются задержанные лица, предпринявшие попытку самоубийства либо имеющие признаки выраженного психического расстройства и создающие своими действиями опасность для себя и окружающих.

При установлении такой градации законодатель не учел, однако, ряд немаловажных обстоятельств.

Во-первых, “сбежавшие”, “скрывающиеся” и “уклоняющиеся” от госпитализации и лечения лица — это лица с психическими расстройствами, нуждающиеся в установлении особого уровня гарантий защиты их прав. Предусмотренный федеральным законом запрет на предоставление данной категории граждан не только права на телефонный разговор, но даже права на уведомление сотрудником полиции их близких об их месте нахождения не отвечает критериям необходимости и соразмерности преследуемой цели, не обеспечивает уважение интересов граждан, причем не только самих больных, но и их близких.

Некоторое время назад ко мне за юридической консультацией обратилась дочь пациентки одной из загородных психиатрических больниц с довольно демократичными правилами внутреннего распорядка. Персонал больницы, недоглядев за пациенткой, имевшей склонность к бродяжничеству и находившейся в стационаре по основаниям п. “в” ст. 29 Закона о психиатрической помощи, допустил ее побег. Ее дочь, искренне и глубоко переживавшая за свою мать, в течение нескольких суток пребывания в неведении относительно места нахождения матери тщетно пыталась отыскать ее. О том, что ее мать удалось, наконец, обнаружить и вернуть в стационар, она узнала лишь на пятый день поиска от администрации больницы. Сотрудники правоохранительных органов, установив личность задержанной ими на вокзале женщины, не предоставили ей возможность связаться с близкими родственниками и сообщить им о своем месте нахождения.

Во-вторых, лица, “совершившие побег из психиатрического учреждения” или “скрывающиеся от недобровольной госпитализации”, — это в значительном проценте случаев лица, “имеющие признаки выраженного психического расстройства и создающие своими действиями опасность для себя и окружающих”, недобровольная госпитализация для них неизбежна и является делом времени. Тем не менее, первых из них федеральный закон лишает права на те-

лефонный разговор и уведомление близких, в то время как последним его предоставляет.

Эти вопросы, по-видимому, законодатель считал второстепенными и потому не требующими проработки. Можно лишь в очередной раз выразить сожаление в том, что подготовка законопроектов осуществляется у нас без участия специалистов в конкретных областях знаний. Этот недостаток в данном случае не смогло компенсировать и проведенное общенародное обсуждение законопроекта.

## Предложения НПА России по законопроекту “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации”, представленному ко второму чтению в Государственной Думе

№ п/п	Текст законопроекта	Текст законопроекта с учетом поправки	Пояснения
1.	<b>Статья 13. Соблюдение врачебной тайны</b> 2. Не допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, лицами, которым они стали известны при обучении, исполнении трудовых, служебных и иных обязанностей, за исключением случаев, установленных частями 3 и 4 настоящей статьи.	<b>Статья 13. Соблюдение врачебной тайны</b> 2. Не допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, лицами, которым они стали известны при обучении, исполнении трудовых, служебных, <u>профессиональных</u> и иных обязанностей, за исключением случаев, установленных частями 3 и 4 настоящей статьи.	Перечень сведений конфиденциального характера, утв. Указом Президента РФ от 6.03.1997 г., предусматривает помимо служебных сведений также и сведения, связанные с профессиональной деятельностью. Врачебная тайна связана, прежде всего, с исполнением врачом своих профессиональных обязанностей. Это обстоятельство учитывается в ст. 61 действующих Основ.
2.	<b>Статья 19. Право на медицинское вмешательство</b> Пациент имеет право на: 5) получение информации о своих правах, обязанностях и состоянии своего здоровья и выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья	<b>Статья 19. Право на медицинское вмешательство</b> Пациент имеет право на: 5) получение информации о своих правах, обязанностях и состоянии своего здоровья, <u>иной информации, предусмотренной ч.1 ст. 20 и ч.1 ст. 22 настоящего Федерального закона</u> , а также выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья	Пациент должен иметь право на получение информации не только о состоянии своего здоровья, но и о методах лечения (предполагаемого, проводимого), связанном с ним риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, а также другие сведения, указанные в ст. 20 и 22 законопроекта.
3.	10) допуск к нему адвоката или законного представителя для защиты прав	10) допуск к нему адвоката, <u>иного выделенного им представителя</u> или законного представителя для защиты прав	По аналогии со ст. 7 Закона РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании” представлять интересы дееспособного пациента при оказании ему медицинской помощи может любое выбранное им самим лицо, не обязательно адвокат.
4.	<b>Статья 20. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и отказ от медицинского вмешательства</b> 2. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство дает один из родителей или иной законный представитель в отношении: 1) лица, не достигшего возраста, установленного частью 4 статьи 47 и частью 2 статьи 54 настоящего Федерального закона, или признанного недееспособным в порядке, установленном законодательством Российской Федерации;	<b>Статья 20. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и отказ от медицинского вмешательства</b> 2. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство дает один из родителей или иной законный представитель в отношении: 1) лица, не достигшего возраста, установленного частью 4 статьи 47 и частью 2 статьи 54 настоящего Федерального закона, или <u>лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, если такое лицо по своему состоянию не способно выразить свою волю;</u>	В законопроекте не учтены нормы Конвенции ООН о правах инвалидов, Принципы защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи, утвержденные Генеральной Ассамблеей ООН в 1991 г., а также Рекомендация Комитета министров Совета Европы № R (99)4 “О принципах, касающихся правовой 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”. С учетом

№ п/п	Текст законопроекта	Текст законопроекта с учетом поправки	Пояснения
	3. Гражданин либо один из родителей или иной законный представитель лица, указанного в части 2 настоящей статьи, имеет право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 настоящей статьи.	3. Гражданин либо один из родителей или иной законный представитель лица, указанного в части 2 настоящей статьи, имеет право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 настоящей статьи. <u>Законный представитель лица, признанного недееспособным, осуществляет указанное право в случае, если такое лицо по своему состоянию не способно выразить свою волю.</u>	указанных международно-правовых актов и правовой позиции Конституционного Суда РФ, выраженной в Постановлении от 27 февраля 2009 г. № 4-П, Федеральным законом от 6 апреля 2011 г. № 67-ФЗ надлежащие изменения были внесены в ст. 4, 11, 12, 23 и 28 Закона РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”. Дифференцированное правовое регулирование медицинского вмешательства в отношении недееспособных граждан должно быть введено и в базовый закон
5.	<b>Статья 22. Информация о состоянии здоровья</b> 2. Информация о состоянии здоровья предоставляется пациенту лично лечащим врачом или другими медицинскими работниками, принимающими непосредственное участие в обследовании и лечении. В отношении лиц, не достигших возраста, установленного частью 2 статьи 54 настоящего Федерального закона, и граждан, признанных недееспособными в установленном законодательством Российской Федерации порядке, информация о состоянии здоровья предоставляется их законным представителям.	<b>Статья 22. Информация о состоянии здоровья</b> 2. Информация о состоянии здоровья предоставляется пациенту лично лечащим врачом или другими медицинскими работниками, принимающими непосредственное участие в обследовании и лечении. В отношении лиц, не достигших возраста, установленного частью 2 статьи 54 настоящего Федерального закона, и граждан, <u>признанных в установленном законом порядке недееспособными, если по своему состоянию они не способны выразить свою волю,</u> информация о состоянии здоровья предоставляется их законным представителям.	Недееспособному пациенту должно быть предоставлено право получать у медицинских работников информацию о состоянии своего здоровья с учетом возможности лица воспринять такую информацию.
6.	<b>Статья 62. Судебно-медицинская и судебно-психиатрическая экспертизы</b> 1. Судебно-медицинская и судебно-психиатрическая экспертизы проводятся в целях установления обстоятельств, подлежащих доказыванию по конкретному делу, в медицинских организациях экспертами в соответствии с законодательством Российской Федерации о государственной судебно-экспертной деятельности. 2. Порядок проведения судебно-медицинской и судебно-психиатрической экспертиз и порядок определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, устанавливаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.	<b>Статья 62. Судебно-медицинская и судебно-психиатрическая экспертизы</b> 1. Судебно-медицинская и судебно-психиатрическая экспертизы проводятся в целях установления обстоятельств, подлежащих доказыванию по конкретному делу, экспертами в соответствии с <u>нормами процессуального законодательства и законодательства о судебно-экспертной деятельности.</u> <u>2. Гражданин или его законный представитель имеет право ходатайствовать перед органом или лицом, назначившим судебно-медицинскую или судебно-психиатрическую экспертизу, о включении в состав экспертной комиссии дополнительно специалиста соответствующего профиля с его согласия.</u> 3. Порядок организации проведения судебно-медицинской и судебно-психиатрической экспертиз и порядок определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, устанавливаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти. <u>4. Действия экспертного учреждения или эксперта, проводившего экспертизу, которые привели к нарушению прав и свобод граждан, могут быть обжалованы в суд в установленном законом порядке.</u>	В соответствии с нормами УПК и ГПК РФ, а также разъяснениями Пленума Верховного Суда РФ (постановление от 21.12.2010 г. № 28) производство СМЭ и СПЭ может быть поручено не только: а) медицинским и б) государственным организациям. Экспертами могут выступать работники не только судебно-экспертных организаций, но и НИИ, вузов и др. Порядок назначения и производства экспертизы установлен в первую очередь процессуальным законодательством и плюс к нему ФЗ “О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации”, т.е. законодательным органом. Федеральным органом исполнительной власти вправе лишь определять организацию проведения СМЭ и СПЭ (см., например, Инструкцию, утв. приказом Минздравсоцразвития от 30 мая 2005 г. № 370), а также порядок определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью. В ст. 62 законопроекта не вошла 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 и позволяет обеспечить объективность, полноту и всесторонность экспертных заключений. Следовало бы также предусмотреть в этой статье возможность обжалования в суд действий экспертов, нарушающих права и свободы граждан (участников процесса).
7.	<b>Статья 71. Клятва врача</b> 2. Клятва врача дается в торжественной обстановке.	<b>Статья 71. Клятва врача</b> 2. Клятва врача дается в торжественной обстановке. <u>3. Врачи за нарушение клятвы врача несут ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.</u>	В ст. 71 законопроекта не включена норма, которая имеется в ст. 60 действующих 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.

**Предложения НПА России по законопроекту “Об основах охраны здоровья граждан...**

№ п/п	Текст законопроекта	Текст законопроекта с учетом поправки	Пояснения
8.	<p><b>Статья 76. Общественные объединения, создаваемые медицинскими и фармацевтическими работниками</b></p> <p>1. В целях реализации и защиты прав медицинских и фармацевтических работников, развития медицинской и фармацевтической практики, содействия научным исследованиям, решения иных вопросов, связанных с деятельностью медицинских и фармацевтических работников, медицинские и фармацевтические работники имеют право на создание на добровольной основе общественных объединений, которые могут формироваться в соответствии с критериями:</p> <p>1) принадлежности к профессии (общественные объединения врачей, медицинских сестер, провизоров, фармацевтов);</p> <p>2) принадлежности к одной врачебной специальности;</p> <p>3) принадлежности к медицинским работникам или фармацевтическим работникам.</p> <p>2. Медицинские и фармацевтические общественные объединения могут в установленном законодательством Российской Федерации порядке принимать участие в разработке норм и правил в сфере охраны здоровья и решении вопросов, связанных с нарушением этих норм и правил.</p> <p>3. Медицинские и фармацевтические общественные объединения в порядке, установленном Правительством Российской Федерации, могут принимать участие в:</p> <p>1) разработке порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, программ подготовки и повышения квалификации медицинских и фармацевтических работников, в аттестации медицинских и фармацевтических работников для получения ими квалификационных категорий;</p> <p>2) в заключении соглашений по тарифам на медицинские услуги в системе обязательного медицинского страхования и в деятельности фондов обязательного медицинского страхования.</p> <p>4. Медицинские и фармацевтические общественные объединения разрабатывают клинические протоколы лечения и методические рекомендации по вопросам оказания медицинской помощи.</p> <p>5. Медицинские и фармацевтические общественные объединения могут в установленном законодательством Российской Федерации порядке в целях координации своей деятельности добровольно объединяться в ассоциации (союзы) этих объединений.</p>	<p><b>Статья 76. Общественные объединения, создаваемые медицинскими и фармацевтическими работниками</b></p> <p>1. Медицинские и фармацевтические работники имеют право на создание профессиональных ассоциаций и других общественных объединений, формируемых на добровольной основе для защиты прав медицинских и фармацевтических работников, развития медицинской и фармацевтической практики, содействия научным исследованиям, решения иных вопросов, связанных с профессиональной деятельностью медицинских и фармацевтических работников.</p> <p>2. Общественные объединения, создаваемые медицинскими и фармацевтическими работниками, принимают участие:</p> <p>1) в разработке норм медицинской этики и решении вопросов, связанных с нарушением этих норм;</p> <p>2) <u>в разработке норм законодательства в сфере охраны здоровья граждан;</u></p> <p>3) в разработке стандартов качества медицинской помощи, федеральных программ и критериев подготовки и повышения квалификации медицинских и фармацевтических работников, в присвоении медицинским и фармацевтическим работникам квалификационных категорий;</p> <p>4) в соглашениях по тарифам на медицинские услуги в системе обязательного медицинского страхования и деятельности фондов обязательного медицинского страхования;</p> <p>5) <u>в выработке решений органов государственной власти и органов местного самоуправления в порядке и объеме, предусмотренном законодательством Российской Федерации.</u></p> <p><u>3. Медицинские и фармацевтические общественные объединения вправе вносить предложения в органы государственной власти по вопросам, касающимся уставной деятельности общественных объединений.</u></p> <p>4. Медицинские и фармацевтические общественные объединения могут проводить проверочные испытания медицинских и фармацевтических работников по теории и практике избранной специальности, вопросам законодательства в области охраны здоровья граждан и выдавать им соответствующий сертификат специалиста, а также вносить предложения о присвоении им квалификационных категорий.</p> <p>5. Общественные объединения, создаваемые медицинскими и фармацевтическими работниками, осуществляют свою деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации, законодательством субъектов Российской Федерации.</p>	<p>Специалисты НПА России считают редакцию ст. 76 законопроекта менее удачной по сравнению с редакцией ст. 62 действующих Основ. Статья 76 законопроекта не должна начинаться с указания целей создания объединений. Так же, как это записано в ст. 62 действующих Основ, следует вначале указать о праве работников данных категорий на общественные объединения, которое гарантировано ст. 30 Конституции РФ. Нецелесообразным представляется выделение критериев формирования таких объединений и тем более исчерпывающий характер перечня критериев. Эти критерии можно также назвать несостоятельными, поскольку они не допускают членства в объединениях представителей других профессий, немедицинских специальностей. Так, членами НПА России согласно ее Уставу могут быть психологи, социологи, юристы и другие специалисты, чья деятельность связана с вопросами психиатрии и правами лиц с психическими расстройствами. Статья 76 законопроекта должна полнее отражать место общественных объединений в жизни общества, учитывать неизменный тезис, формулируемый в ежегодных посланиях Президента РФ Федеральному Собранию РФ о необходимости более широкого привлечения общественных объединений к законодательной деятельности. Так, еще в 2008 г. перед Федеральным Собранием РФ Президентом была поставлена задача “предусмотреть дополнительные меры для привлечения к законодательному процессу представителей неправительственных организаций”. Было бы полезным, как указал Президент, “их обязательное участие в рассмотрении законопроектов, затрагивающих важнейшие для каждого человека вопросы — свободы человека, вопросы здоровья и вопросы собственности”. Были даны поручения о внесении соответствующих изменений в регламенты Государственной Думы и Совета Федерации (“Российская газета”, 2008, 6 ноября).</p>

Предложения подготовлены руководителем юридической службы НПА России кандидатом юридических наук Ю. Н. Аргуновой по просьбе Президента Национальной Медицинской Палаты Л. М. Рошала для комиссионного рассмотрения и обсуждения.



## ИЗ ДОСЬЕ ЭКСПЕРТА

### **“Заключение комиссии экспертов о невозможности решения экспертно-диагностических вопросов в амбулаторных условиях” — один из типовых ответов ГНЦ им. В. П. Сербского**

*Первое впечатление от такого заглавия — какая добросовестность! Но у имеющих дело с СПЭ-заключениями из Центра им. Сербского это вызывает другие чувства, — слишком часто и уже давно эта формулировка используется в случаях, где от экспертов требуется просто приложить несколько больше усилий, отступить от привычного шаблона, отнестись творчески, наконец, “показать класс”, эталонный пример профессионального уровня своего знаменитого на весь мир учреждения. Казалось бы, самому учреждению это нужно, даже необходимо. Но в действительности, оно ограничивается гримом и административным ресурсом. Что это? — “Экономия усилий”? Способ повысить “производственный показатель” искусственным увеличением оборота судебных экспертиз? Перестраховка? “Необходимость посоветоваться”? “Навести справки”? И т.д. и т.п. Вряд ли имеет смысл видеть здесь альтернативы. Мы постоянно видим, что критерии назначения стационарных экспертиз не соблюдаются. В результате, даже в случаях на поверхности лежащей возможности ответа, дела волокитятся, не считаясь с издержками разного рода, прежде всего, безразличного отношения к переживаниям людей.*

#### **Заключение специалистов на заключение комиссии экспертов ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского № 83/а от 3 февраля 2011 г. судебно-психиатрической экспертизы Л. Сорокиной<sup>1</sup>, 1942 г.рожд.**

Настоящее заключение составлено комиссией специалистов Общероссийской общественной организации “Независимая психиатрическая ассоциация России” 19.08.2011 г.

на основании предоставленных адвокатом ксерокопий следующих документов:

1) “Заключение комиссии экспертов о невозможности решения экспертно-диагностических вопросов в амбулаторных условиях” от 03.02.2011 № 83/а;

2) Медицинская карта амбулаторного больного с 04.02.2004 по 12.02.2010;

3) Медицинская карта стационарного больного № 1046 с 13.03.2006 по 05.05.2006;

4) Судебно-психиатрическая экспертиза, проведенная в Бюро независимых экспертиз “Версия” д-ром Э. Л. Гушанским;

для ответа на вопросы:

1) Страдала ли Л. Сорокина, начиная с 01.01.2005, каким-либо психическим заболеванием, требовавшим стационарного лечения?

2) Имелись ли основания для недобровольной госпитализации Сорокиной в период с 13.03.2006 по 05.05.2006?

3) Можно ли считать научно-обоснованным отказ экспертов ГНЦ им. Сербского от определенного ответа на поставленные перед ними вопросы в рамках проведенной ими амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы?

Заключение комиссии экспертов написано на 6 страницах, из которых описание психического состояния занимает 1 страницу вместе с выводом на 3 строчках о том, что “решить экспертно-диагностические вопросы не представляется возможным в связи с неясностью клинической картины. Рекомендуются направить Сорокину на стационарную судебно-психиатрическую экспертизу”.

Обоснование этого вывода отсутствует, вопреки требованию Инструкции Минздрава РФ от 12 августа 2003 года № 401 “Заключение СПЭ”. Между тем, сравнение констатирующей части заключения экспертов с данными медицинской документации, которой они располагали (медкарта амбулаторного больного ПНД Московской области, медицинская карта стационарного больного № 1046 МОПБ) показывает, что этих данных, в сочетании с непосредственным изучением психического статуса Сорокиной, было вполне достаточно для ответа на поставленный перед ними основной вопрос суда: “Имелись ли основания для психиатрического освидетельствования Сорокиной в недобровольном порядке и ее принудительной

<sup>1</sup> Фамилия изменена.

госпитализации в психиатрический стационар на момент их осуществления?”.

Решающим в настоящем деле является не вопрос о тонкостях психиатрического диагноза — диагностических версий очень часто бывает несколько, это обычная ситуация в психиатрической клинике, — а вопрос о выраженности психических расстройств до такой степени, которая требует стационарного лечения и даже в недобровольном порядке.

На такой вопрос ответить значительно проще, независимо от ответа на первый вопрос. Но отсутствие уверенности в диагностических тонкостях легко служит простым предлогом избежать сколько-нибудь однозначного ответственного решения.

Что касается первого вопроса: “*Страдает ли Сорокина какими-либо психическими заболеваниями за период времени с 1 января 2005 г. по настоящее время, если да, то какими именно?*”, то от экспертов не требовалась академическая точность, а лишь та степень дифференциации диагноза, та более общая категория, которая юридически значима для ответа на второй вопрос суда. Диапазон диагностических колебаний между возможными диагнозами, которые можно было бы корректно обосновать, совсем невелик: это либо паранойяльный синдром в инволюционном возрасте, либо обонятельный галлюциноз на сосудистой почве, либо сверхценная фиксация на реальной ситуации на почве церебрального атеросклероза. Для диагноза параноидной шизофрении, инволюционного параноида или хронического бредового расстройства отсутствует описание самого параноида, т.е. бреда преследования как такового, тем более первичного. На протяжении длительного промежутка времени, с 1 января 2005 до 13 марта 2006 Сорокина не испытывала целенаправленного персонального преследования себя лично. Ее высказывания с самого начала носили чисто интерпретативный характер, который по мере безуспешных жалоб делался естественным образом все более экспрессивным и настойчивым, а для администрации, конечно, назойливым. И, конечно, Сорокина начала понимать, что она со своими жалобами для администрации — помеха.

Письмо администрации города в ПНД в марте 2005 г. с просьбой освидетельствовать Сорокину “в связи с явно болезненными жалобами на запахи из квартиры № 3”, было очень оперативно оформлено диспансером через городской суд **по пункту 4-в ст. 23** закона РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании” 29.04.2005 и после многократных попыток освидетельствование было осуществлено 07.03.2006. Врач диспансера выставила диагноз: “сосудистое заболевание головного мозга, аффективно-параноидный синдром, нуждается в лечении в недобровольном порядке по **ст. 29-а**”.

Эксперты крайне небрежно, на свой лад переименовали диагноз, цитируя это место, резко усиливая его. Вместо “аффективно-параноидный синдром” они пишут “галлюцинаторно-параноидный синдром на фоне сосудистого заболевания головного мозга”. Раз-

ница здесь в том, что аффективно-параноидный — это вторичный бред, а галлюцинаторно-параноидный может быть первичным. И ни слова об обоснованности недобровольного стационарирования по ст. 29-а! Это решительное и очень серьезное заключение было обосновано тем, что жалобы на запахи ацетона и гнилой кожи Сорокина предъявляла настойчиво и эмоционально, говорила громко, вытяжка в кухне была ею заклеена, окно широко открыто, а в квартире этажом ниже никаких запахов врач не обнаружила.

Таким образом, налицо либо гиперносмия, обонятельные aberrации, либо обонятельные галлюцинации, которые для психиатра особенно значимы, с естественной реакцией на них. Но никаких высказываний, что ее травят, выжидают из квартиры, что это направлено персонально против нее и т.п., не приводится. Наоборот, Сорокина утверждала, что внизу открыли мастерскую или ателье, что там выделяются кожу. На стр. 13 приводятся слова Сорокиной: “Я медленно умираю, помогите мне”. И вновь фигурирует диагноз «Сосудистое заболевание головного мозга, аффективно-бредовое состояние. Учитывая, что у больной нет критического отношения к этим проявлениям, аффективную заряженность — нуждается в лечении в условиях ПБ. Направляется на стационарное лечение в МОПБ по **ст. 29, п. “б” и “в”**».

Однако какое-либо соответствие описанного психического состояния Сорокиной пунктам “б” и “в” ст. 29 отсутствует: нет ни беспомощности (п. “б”), ни признаков нарастающего психического расстройства, которое угрожало бы здоровью Сорокиной без оказания ей стационарной психиатрической помощи (п. “в”). Перед нами совершенно произвольное грубо избыточное заключение врача.

В стационаре МОПБ с 13.03.2006 по 05.05.2006, впервые появляется запись, что жильцы квартиры № 3 отравляют ее крайне неприятными ядовитыми запахами, и что “в результате лечения исчезли обонятельные галлюцинации, редуцировались бредовые идеи”. Но выписали Сорокину с принципиально другим диагнозом, чем при поступлении: “кверулянтская форма паранойи. Терапевтическая ремиссия”, а не “параноидная шизофрения”, как при поступлении.

Обращает внимание, что для психиатрического диспансера и психиатрической больницы центральным оказывается не явно первичное, нестерпимое, коверкающее жизнь зловоние, которым мучается больная, а жалобы и протесты по поводу этого, надоедание начальству, что явно вторично. В результате, МОПБ поставила диагноз “паранойи” (F22.01), вопреки разъяснению МКБ-10, что в этом классификационном кластере “*хронический бред является единственной или наиболее заметной клинической характеристикой. Эти расстройства не могут быть квалифицированы как органические, шизофренические или аффективные*” и “*кроме поступков и личностных позиций, имеющих непосредственное отношение к бреду, аффективность, речь и поведение не отличаются от нормальных*”. В случае Сорокиной доминантой явля-

ется испытываемое ею зловоние, а не бред. Это было бы бредом, если бы она ощущала зловоние, исходящим от себя, но ее интерпретации носили вполне реалистичный характер.

Судя по последующим разъяснениям Сорокиной, она не чувствовала запахов, уходя из квартиры, и поэтому по возможности уходила, а в больнице — естественно — запахов не ощущала. 24.04.2010 в своем обращении в городской суд Сорокина очень здраво, реалистично объяснила происхождение запахов в своей квартире: обувная мастерская на первом этаже была реальностью, а система вентиляции в ее квартире была тупиковой. Это подтверждает коллективное заявление жильцов ее подъезда от 25.11.2004. Вывеска мастерской якобы висит до сих пор.

Описание психического статуса Сорокиной экспертами, действительно, дает основание предполагать у Сорокиной, как указывала главный врач ПНД, наличие параноидной симптоматики. Так, она заявляла, что хотя обувная мастерская выехала, по вечерам запахи, хотя и более слабые, возобновляются, считала, что кто-то из жильцов по вечерам шьет обувь, и что “это кому-то нужно”, и т.п. Однако такая симптоматика в рамках любого возможного диагноза, вплоть до параноидной шизофрении, не равнозначна пунктам “б” и “в” ст. 29 закона о психиатрической помощи и не может служить основанием для недобровольной госпитализации ни по одному из этих пунктов.

Более того, Сорокина после выписки из больницы не была взята под диспансерное наблюдение, а диспансер выдал ей справку для нотариальной конторы для оформления завещания на свою сестру. Тем самым, и стационар, и диспансер признали отсутствие первоначального диагноза параноидной шизофрении.

Такие комические казусы, когда реальные факты представляются галлюцинаторными или бредовыми, периодически бывают в психиатрической практике. Недавно одна из центральных московских психиатрических больниц стационарировала человека, основываясь на показавшихся нелепыми высказываниях, в частности: “называет себя генералом МЧС”, но вскоре это подтвердилось. В такого рода случаях важна оперативная объективизация данных. В рассматриваемом случае следовало бы не ограничиться проверкой квартиры № 3, а выяснить у других жильцов этого стояка факт коллективного письма протеста, вывески мастерской и т.п. Но вопросы недобровольной госпитализации, разумеется, от этого не зависят. Они опираются на четкие формулировки закона, расширительная трактовка которых приняла здесь гротескный характер. Как можно было говорить, например, о пункте “б” ст. 29, т.е. беспомощности? Это самый настоящий произвол. Между тем, в путевке ПНД в МОПБ № 5, за подписью и печатью врача Ж. от 13.03.2006. в качестве основания недобровольного стационарирования фигурирует п. “а” ст. 29. Это сделано явно для собственного удобства.

Таким образом, Сорокина — инвалид 2-ой группы по общесоматическому заболеванию (гипертонической

болезни), которой в феврале 2004 г. был выставлен диагноз “атеросклероз головного мозга с умеренным снижением в мнестической сфере”, а это сопровождается обычно эмоциональной неустойчивостью, легкой возбудимостью, нередкой гиперэстезией (резко повышенной чувствительностью) органов чувств, быстрой истощаемостью, и в то же время ригидностью психических процессов, — вызвала своими многочисленными жалобами просьбу администрации города к диспансеру освидетельствовать назойливую жалобщицу. Законно предполагая, что фактическая сторона дела, как это полагается, администрацией проверена, диспансер подал предписанное законом обращение с суд, однако аргументировал **без достаточных на то оснований и обоснований**, необходимость недобровольного освидетельствования по **пунктам “б” и “в” ст. 29** закона о психиатрической помощи, а путевку в стационар даже по **пункту “а” ст. 29**.

Эксперты ГНЦ им. Сербского, вместо того, чтобы подтвердить этот очевидный факт, сослались на неясность для них клинической картины, буквалистски отнесли к первому вопросу о диагнозе, о котором можно долго спорить, но который в любом случае, при любых возможных здесь диагностических версиях, лежит по другую сторону случаев недобровольной госпитализации, а его уточнение не изменит ответ на второй основной вопрос суда и поэтому ответ экспертов ведет только к ненужному затягиванию процесса. Эксперты ГНЦ им. Сербского умалчивают в своем заключении о том, что в отношении Сорокиной фигурировали не только пункты “б” и “в”, но даже “а”.

Если все же вдаваться в диагностическую квалификацию возможных психических расстройств Сорокиной, то это, по нашему мнению, скорее всего “обонятельный галлюциноз в связи с сосудистым заболеванием головного мозга” (F 06.01), но только — если фактическая сторона дела (обувная мастерская и т.п.) — миф. Больные с этим диагнозом не нуждаются не только в недобровольном, но и обычном стационарном лечении. Такое расстройство успешно лечится амбулаторно, т.к. лечебным образом действуют различные формы деятельности, а Сорокина уезжала ухаживать за больной сестрой и там таких жалоб не предъявляла.

Таким образом, на все три поставленные перед нами адвокатом Сорокиной вопросы мы отвечаем решительным “нет”.

Мы считаем, что рассматриваемый случай может быть решен судом на основании представленных мнений экспертов ГНЦ им. Сербского, эксперта Э. Л. Гушанского и наших доводов. Рекомендация экспертов ГНЦ им. Сербского проведения стационарной судебно-психиатрической экспертизы совершенно не считается с тяжелым психотравматическим действием такой процедуры на Сорокину и ее явной необоснованностью и избыточностью в профессиональном отношении.

*Ю. С. Савенко, Г. М. Котиков, Л. Н. Виноградова*

# ПСИХОТЕРАПИЯ

## Краткосрочный вариант Терапии творческим самовыражением Бурно в паллиативной онкологии

Т. В. Орлова<sup>1</sup>

В статье описывается разработанный для терминальных онкологических пациентов вариант клинического психотерапевтического метода Терапии творческим самовыражением Бурно (ТТСБ), лежащего в поле терапии духовной культурой.

**Ключевые слова:** Терапия творческим самовыражением Бурно (ТТСБ), терапия духовной культурой, психотерапия в паллиативной онкологии.

Заболеваемость злокачественными новообразованиями и смертность от них неуклонно растет в мире и у нас [Аксель Е. М., Давыдов М. И., 2010]. В России более 50 % больных с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественной опухоли находятся уже в III-IV стадиях заболевания. Возможности противоопухолевого радикального лечения у пациентов с IV (терминальной) стадией заболевания исчерпаны [Чиссов В. И., Дарьялова С. Л., 2000; Новиков Г. А., Чиссов В. И., 2004, 2006; Чиссов В. И., Давыдов М. И., 2008; Поддубная И. В., 2009]. Здесь оказывается преимущественно *паллиативная помощь*, имеющая целью (согласно определению ВОЗ) улучшение качества жизни больных и их семей. Воспринимая смерть как естественный в данной ситуации процесс, следует поддерживать у больного максимально высокое качество жизни адекватным обезболиванием, смягчением других телесных трудностей, помогать ему психологически и духовно. Помощь эта основывается на глубоком уважении к неповторимой личности страдающего человека, учитывает его душевную сложность, характерологические особенности, связанное с ними мироощущение [Гнездилов А. В., 1976, 2002; Бурно М. Е., 1984, 2008].

Паллиативная зарубежная и отечественная психотерапия терминальных больных в настоящее время разнообразна. Это психоаналитические техники [Шаверен Д., 2006], когнитивно-поведенческие [Kaplan H. I., Sadock B. J., Grebb D. A., 1994; Turk D. C., Feldman C. S., 2000; Anderson T., Watson M., Davidson R., 2008], суггестивная, гипно-суггестивная психотерапия [Ромащенко В. А., Скворцов К. А., 1961; Шертон Л., 1992; Эрикссон М., 1992; Бурно М. Е., 2006; Спиртус А. М.,

2009; Klagsbrun S., 2010], образное самовнушение [Саймонтон К., Мэтьюс-Саймонтон С., Крейтон Дж., 1995], экзистенциально-гуманистическая психотерапия [Cassem E. H., 2000; Breitbart W. и сотр., 2010], психологически-ориентированная психотерапия искусством (в т.ч. музыкотерапия), основанная на психоаналитических, экзистенциальных, психологически-эклектических концепциях [Rech P., 1991; Jones A., 1997; Ласовская Т. Ю., 1998; Tyler J., 1998; Kennett Cynthia E., 2000; Rose J. P., Brandt K., Weis J., 2004; Rutenberg M., 2008; Ando Michiyo, Morita Tatsuya, 2010], позитивная психотерапия [Пезешкиан Н., 1996; Панков М. Н., 1997]. Подавляющее большинство зарубежных и наших способов психотерапии уходящих из жизни онкологических больных не являются клиническими в классическом понимании, то есть отпращиваются не от клинической картины (в данном случае — особенностей психопатологических расстройств, личностной почвы), а от разнообразных психологических концепций, порою соединяясь с религией, или же этим пациентам оказывается сугубо психологически-техническая помощь. Так, экзистенциальные психотерапевтические влияния обычно объединяет понятие Смысла в понимании Франкла — как “неосознанного в нас Бога” [Франкл В., 1990]. В то же время традиционной отечественной врачебной психотерапией, отвечающей нашим культуральным особенностям, является с давних пор клиническая классическая психотерапия [Макаров В. В., 2003; Бурно М. Е., 2011]. Зарубежные не-технические психотерапевтические подходы, как выяснилось, обычно не приживаются у нас, во всяком случае, без отечественной “переработки”. Так, занявшая свое твердое классическое место в Петербурге “хосписная” экзистенциальная психотерапия А. В. Гнездилова (2002) явно обрела и отечественные клинические черты, например, серьезно учитывая характерологические особенности пациентов. Московские пациенты, по нашим

<sup>1</sup> Врач-онколог высшей категории, психиатр-психотерапевт онкологического отделения паллиативного лечения ГКБ № 11 ДЗ г. Москвы.



наблюдениям, еще меньше склонны к экзистенциальному мироощущению. Поэтому мы обратились к отечественной, основанной на материалистическом мироощущении, одухотворенно-клинической терапии творческим самовыражением М. Е. Бурно [Бурно М. Е., 1984, 1999, 2006 а, б, 2009], показанной пациентам с дефензивными трудностями (переживание своей неполноценности, несостоятельности). Именно указанная дефензивность свойственна большинству наших терминальных пациентов.

В «Психотерапевтической энциклопедии» (2006), «Психологическом лексиконе» (2007) и некоторых других изданиях, диссертационных работах этот (давно уже работающий) клинико-психотерапевтический метод связывается с именем автора, поскольку сам термин «терапия творческим самовыражением» понимается в мире и нередко у нас весьма широко, например, как разновидность арт-терапии. Существо метода состоит в возможном посильном познании под руководством психотерапевта особенностей своего характера в сравнении с другими характерами, элементов психиатрии, психотерапии в разнообразном творческом самовыражении, чтобы чувствовать и понимать себя, быть собою сообразно своей природе со своим смыслом, целительным вдохновением в душе. Следует отметить, что методы российской психотерапии терминальных онкологических больных, в сущности, не разработаны, психотерапия тут, в основном, стихийна. В то же время давно уже существует в паллиативной онкологии потребность в отечественной клинической терапии духовной культурой [Биктимиров Т. З., 1999; Сидоров П. И., Парняков А. В., 2000]. Г. А. Новиков и А. Н. Великолуг [Новиков Г. А., Великолуг А. Н., 2004] отмечают, что больные тянутся к самореализации, Ю. В. Гуров [Гуров Ю. В., 2004] в этом отношении прямо ссылается на работы М. Е. Бурно. Впервые (до наших исследований) применивший в паллиативной онкологии ТТСБ М. Н. Панков [Панков М. Н., 1997] лишь включил ее элементы в модель позитивной психотерапии Н. Пезешкиана.

## ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Нами впервые разработан краткосрочный (двухнедельный) вариант ТТСБ для улучшения качества душевной (психической) и духовной жизни онкологических пациентов в терминальной стадии заболевания. Психотерапевт или специальным образом подготовленный медицинский психолог способны особыми приемами помочь указанным пациентам обрести сильное творческое вдохновение (или хотя бы его элементы), свойственное мироощущению больного, с пониманием бесценности прожитой жизни, с чувством (сегодняшних или прежних) теплых отношений с близкими людьми.

Комплексно исследованы в процессе паллиативной медицинской помощи 100 отобранных онкологических больных (от 20 до 84 лет; 63 женщины, 37 мужчин) с различной локализацией первичной опухоли, находящиеся в фазе генерализации опухолевого процесса (IV стадия онкологического заболевания). Из них 60 больных (исследуемая группа) получали в отличие от остальных (группа сравнения) не только принятое в паллиативной онкологии психотерапевтическое лечение (клинические беседы с элементами рациональной терапии, гипнотические сеансы, обучение приемам визуализации по работе с симптомами), но и указанный выше вариант ТТСБ. Время, потраченное на применение варианта ТТСБ в исследуемой группе, в группе сравнения использовалось на обычные психотерапевтические беседы.

Все исследуемые пациенты имели связанные с тяжелым соматическим заболеванием органическое эмоционально-лабильное (астеническое) расстройство (F 06.67), порою сочетавшееся с пролонгированными невротоподобными реакциями (чаще тревожно-депрессивными), легкой и умеренной тяжести (F 54), мягкими делириозными расстройствами (F 05.07). Исследование и исследование-лечение проводилось в онкологическом отделении паллиативного лечения (ООПЛ) ГКБ № 11 ДЗ г. Москвы (главный врач — к.м.н. А. В. Ромашкин). Функциональная активность отобранных для исследования пациентов (по индексу Карнофски) — в пределах диапазонов от 60 – 50 баллов (большой не может работать, может ухаживать за собой дома, хотя иногда ему приходится помогать, более 50 % времени проводит в постели), до 40 – 20 баллов (тяжелая инвалидность, прикован к постели, нуждается в постороннем уходе, более 50 % времени проводит в постели).

В общей выборке у 74 % пациентов обнаруживалось преобладание черт синтонного характера, у 13 % — замкнуто-углубленного, 2 8 % — тревожно-сомневающегося, у 4 % — напряженно-авторитарного, у 1 % — демонстративного характера.

Методы исследования были приспособлены к астенизированным пациентам (методы — клинико-психопатологический, клинико-психотерапевтический (изучение движения клиники в процессе психотерапии), клинико-психометрическое шадящее исследование (шкалы Цунга для самооценки депрессии и тревоги, краткий характерологический опросник М. Бурно, адаптированный опросник для оценки терапевтической эффективности ТТСБ), проводилась статистическая обработка результатов исследования.

Изменение качества жизни (что является главным в оценке психотерапевтической эффективности в паллиативной онкологии), однако, в основном, как это принято за рубежом и у нас, определялось непосредственно клинически и по субъективным высказываниям больных [Биктимиров Т. З., 1999; Новик А. А., Ионова Т. И., 2002; Новиков Г. А., Чиссов В. И.,

Модников О. П., 2004 а, б; Кондратьев В. Ф., 2005; Володин Б. Ю., 1999, 2007 а, б; Новиков Г. А., Рудой С. В., Вайсман М. А. с соавт., 2010; Биктимиров Т. З., Горбунов В. И., Новиков Г. А. с соавт., 2010]: появившиеся у больных новые чувства, мысли, планы жизни, изменение отношения к себе, близким, персоналу отделения. Психометрические измерения подкрепляли клиническую оценку эффективности метода.

Особенностями разработанного варианта ТТСБ, упрощенно-приспособленного для ослабленных онкологических пациентов, являются: 1) возможность обретения ими в процессе психотерапевтических занятий посильного вдохновения, в котором присутствуют, усиливаются светлый смысл прожитой жизни, любовь к людям, природе; 2) сравнительно углубленное, естественное изучение больными не столько разнообразия характеров, сколько особенностей своего мироощущения (материалистического, идеалистического, мозаичного) в связи с собственным характером, что имеет отношение к вопросу о разном понимании бессмертия; 3) стремление помочь еще теплее, крепче сблизиться с любимыми людьми, семейными домашними животными, ощутить известный покой и умиротворенность при прощании с миром (если умирающий осознает свой уход из жизни) или (если не осознает) клинически-гипократовски оставить его в неведении того, что ему предстоит.

Разработанный вариант ТТСБ состоит из 5 занятий, последовательно проводимых с пациентами.

*Занятие 1. Поиск созвучного в сравнении произведений живописи художников с материалистическим и идеалистическим мироощущением (тема женских портретов) для прояснения своего мироощущения.*

На этом занятии используются пары репродукций картин: “Кружевница” Тропинина и “Царевна-Лебедь” Врубель или “Портрет Жанны Самари” Ренуара и “Женщина в шляпе” Модильяни. Именно в сравнении одного с другим — картин с явными признаками реалистически-материалистического мироощущения (Тропинин, Ренуар) и картин с очевидными признаками идеалистически-символического мироощущения (Врубель, Модильяни) пациенты могут особенно наглядно увидеть эту разницу и “примерить” мироощущение художника к своему собственному мироощущению (созвучно или нет).

*Занятие 2. Творческий выбор созвучного из произведений живописи на тему женских и мужских портретов, созданных художниками с различными характерами, с обнаружением пациентом своего характерологического созвучия, выявлением характерологического своеобразия других членов семьи, прояснением и коррекцией семейной ситуации.*

На этом занятии используются картины художников с различными характерами: “Флора” синтонного Рембрандта, “Анна Ахматова” замкнуто-углубленно-го Альтмана, “Итальянский полдень” демонстратив-

Таблица 1. Общая характеристика материала исследования

Основные показатели	Исследуемая группа 60 (100 %)	Группа сравнения 40 (100 %)
<b>Пол</b>		
Женский	38 (63,3)	25 (62,5)
Мужской	22 (36,7)	15 (37,5)
<b>Возраст</b>		
20 – 30 лет	3 (5)	–
31 – 40 лет	3 (5)	4 (10)
41 – 50 лет	9 (15)	6 (15)
51 – 60 лет	16 (26,6)	12 (30)
61 – 70 лет	13 (21,6)	9 (22,5)
71 – 85 лет	16 (26,6)	9 (22,5)
<b>Средний возраст</b>	58,43	57,15
<b>Образование</b>		
Среднее образование	–	–
Среднее специальное образование	39 (65)	27 (67,5)
Высшее образование	21 (35)	13 (32,5)
<b>Трудоспособность</b>		
Временный лист нетрудоспособности	3 (5)	1 (2,5)
Не работает (группа инвалидности, пенсионер)	57 (95)	39 (97,5)
<b>Семейное положение</b>		
Состоит в официальном браке	30 (50)	16 (40)
Состоит в гражданском браке	13 (21,6)	11 (27,5)
Находится в разводе	10 (16,6)	8 (20)
Холост	7 (11,6)	5 (12,5)
<b>Обезболивающая терапия</b>		
Нет болей	7 (11,7)	1 (2,5)
Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) (кетонал или анальгин)	12 (20)	11 (27,5)
Слабые опиаты (трамал)	20 (33,3)	13 (32,5)
Сильные опиаты	Таблетированный сульфат морфия	12 (20)
	Трансдермальные системы с фентанилом доргоезик-матрикс	9 (15)
<b>Среднее количество койко-дней</b>	18,35	17,25

ного Брюллова, “Автопортрет” тревожно-сомневающегося Клода Моне, “Горожанка” напряженно-авторитарного Сурикова. Во время этого занятия при имеющейся к тому необходимости происходит коррекция внутрисемейных конфликтов, потому что можно, увидев своими глазами, ощутив глубокую

разницу человеческих характеров, легко извинить то, в чем близкий человек не виноват, потому что это — природа его иного характера, мироощущения.

*Занятие 3. Творческое общение с предметами природы, в том числе, с погружением в значимые для пациента воспоминания прошлого.*

На этом занятии используются наборы камней и ракушек, шишек и желудей, гербарии растений и цветы в горшках. Больные, особенно сильно ослабленные, с нарушениями зрения, могут перебирать камни, ракушки, выбирая созвучное им даже на ощупь.

*Занятие 4, вариант А. Творческий выбор созвучного из парных фотопейзажей художников-фотографов с различными мироощущениями с погружением в значимые для пациента воспоминания прошлого.*

*Занятие 4, вариант Б. Творческий выбор созвучного из произведений живописцев с различными характеристиками на тему природы с погружением в значимые для пациента воспоминания прошлого.*

На занятии могут использоваться репродукции фотопейзажей фотографов с различными мироощущениями или репродукции картин на тему природы художников с различными характеристиками. Пациента просят выбрать созвучное, близкое душе, спрашивая у него: как бы он сам сфотографировал или нарисовал, если бы был художником, какое изображение взял бы в дом, что из этого его родное или более близкое? Что не близко? Используются репродукции картин художников-материалистов Шишкина, Саврасова, Левитана, Пластова, Поленова, Клода Моне и картины художников-идеалистов Сезанна, Анненкова, Шагала. Большинство картин занятия, как говорится, “из букваря”, они хорошо известны каждому больному.

*Занятие 5. Творческое общение с произведениями живописи на религиозную тему и с иконами с выявлением пациентом своего типа духовности.*

Это занятие проводится обычно уже после того, как с больным сформирован глубокий психотерапевтический контакт и он имеет представление о различных типах мироощущений, характеров. Используется репродукция картины “Христос в пустыне” Крамского — художника с материалистическим мироощущением и икона “Спас” Рублева — художника-иконо-

писца с идеалистическим мироощущением. На этом занятии происходит выбор пациентом своего созвучия с нерелигиозным светом картины одухотворенного материалиста Крамского (реалистическое мироощущение) или с нездешним светом иконы Рублева (идеалистически-аутистическое мироощущение), ощущающего реальность Духа как *подлинную реальность*. С пациентом происходит обсуждение различного у материалистов и у идеалистов чувства присутствия в жизни Бога, Высшей Силы с осознанием больным своего вида духовности, созвучного его характеру, мироощущению. Врач ни в коем случае не подменяет собой священника. Как говорил Виктор Франкл [Франкл В., 1990], врач помогает душе, а священник спасает душу. Врач лишь помогает разобраться в своем мироощущении, а сам больной самостоятельно решает — встретиться ему со священником или остаться одухотворенным материалистом.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

При оценке психотерапевтической эффективности приходилось ориентироваться в основном на клиническое исследование пациентов, опираться на субъективные сообщения, ощущения больных. Кроме того, оценивалась терапевтическая эффективность нашей работы с помощью опросника для оценки эффективности ТТСБ. Опросники Цунга для анализа степени выраженности тревоги и депрессии с их обязательной соматической (вегетативной) составляющей оказались здесь (в ситуации токсического воздействия генерализованного опухолевого процесса, при нередкой необходимости применения анальгетиков центрального типа действия) лишь относительным инструментом оценки психотерапевтического эффекта у анализируемых пациентов.

Выраженность симптомов тревоги и депрессии в обеих группах оценивалась по шкале Цунга (см. таблицу 2).

Уровень тревоги до начала лечения в обеих группах соответствовал низкому уровню (в исследуемой группе —  $26,8 \pm 2,9$  балла, в группе сравнения —  $26,7 \pm 1,6$  балла). После лечения статистически достоверной динамики уровня тревоги ни в исследуемой

Таблица 2. Динамика тревоги и депрессии по шкале Цунга,  $M \pm m$

Показатель	Исследуемая группа			Группа сравнения			$p_{и-к}$
	Оценка в баллах		$p$	Оценка в баллах		$p$	
	До лечения	После лечения		До лечения	После лечения		
Тревога	$26,8 \pm 2,9$	$25,3 \pm 0,9$	**	$26,7 \pm 1,6$	$25,6 \pm 2,2$	**	**
Депрессия	$54,3 \pm 1,1$	$52,9 \pm 0,9$	**	$54,5 \pm 0,9$	$52,8 \pm 1,4$	**	**

Примечание:  $p$  — различия между значениями до и после лечения в группе;  $p_{и-к}$  — различия между уровнями показателей исследуемой группы и группы сравнения после лечения; \* — статистически достоверные различия ( $p < 0,05$ ), \*\* — статистически недостоверные различия ( $p > 0,05$ ), # — различия на уровне статистической тенденции.

Таблица 3. Динамика клинических проявлений,  $M \pm m$

Клинический показатель	Исследуемая группа			Группа сравнения			$p_{и-к}$
	Оценка в баллах		$p$	Оценка в баллах		$p$	
	До лечения	После лечения		До лечения	После лечения		
Чувство горя	3,7 ± 0,3	1,8 ± 0,5	*	3,6 ± 0,3	3,4 ± 0,5	**	*
Потеря радости, интереса или чувства удовлетворения от тех действий, которые ранее вызывали эти чувства	3,9 ± 0,5	2,6 ± 0,2	*	3,8 ± 0,5	3,7 ± 0,2	**	*
Обиды на родственников, медицинский персонал отделения	3,5 ± 0,2	1,6 ± 0,3	*	3,4 ± 0,6	2,8 ± 0,5	#	*
Надежда на положительные изменения в своей жизни, “лечение поможет, болезнь не будет сильно наступать”	1,4 ± 0,5	3,4 ± 0,2	*	1,3 ± 0,2	1,5 ± 0,4	**	*
Угнетенное состояние духа (печаль)	3,4 ± 0,3	1,6 ± 0,2	*	3,6 ± 0,3	3,4 ± 0,2	**	*
Ощущение своей виноватости	2,9 ± 0,2	1,7 ± 0,4	*	2,6 ± 0,5	2,4 ± 0,4	**	*
Ощущение изолированности и отторжения от общества	3,6 ± 0,3	2,9 ± 0,5	#	3,7 ± 0,4	3,1 ± 0,1	#	**
Надежда на вечную жизнь души	1,5 ± 0,4	2,2 ± 0,2	#	1,2 ± 0,3	1,3 ± 0,5	**	*
Погруженность в болезнь	3,8 ± 0,2	1,3 ± 0,4	*	3,9 ± 0,4	3,7 ± 0,2	**	*
Ощущение безнадежности	3,7 ± 0,1	1,9 ± 0,5	*	3,6 ± 0,2	3,4 ± 0,5	**	*
Апатия, потеря интереса к своей внешности, к своему окружению, безразличие	3,9 ± 0,2	2,3 ± 0,4	*	3,8 ± 0,4	3,6 ± 0,6	**	*
Переживание своей неполноценности (дефензивность)	3,8 ± 0,4	3,1 ± 0,2	#	3,6 ± 0,5	3,4 ± 0,2	**	*
Убежденность в том, что жизнь состоялась, была подарком	2,5 ± 0,2	3,4 ± 0,4	*	2,3 ± 0,4	2,4 ± 0,5	**	*
Страх смерти	3,8 ± 0,3	1,4 ± 0,2	*	3,9 ± 0,5	3,8 ± 0,3	**	*
Светлое чувство, что останусь надолго в памяти близких	1,4 ± 0,1	3,7 ± 0,3	*	1,3 ± 0,4	1,4 ± 0,2	**	*

Примечание:  $p$  — различия между значениями до и после лечения в группе;  $p_{и-к}$  — различия между уровнями показателей исследуемой группы и группы сравнения после лечения; \* — статистически достоверные различия ( $p < 0,05$ ), \*\* — статистически недостоверные различия ( $p > 0,05$ ), # — различия на уровне статистической тенденции.

группе (снижение до  $25,3 \pm 0,9$  балла,  $p > 0,05$ ), ни в группе сравнения (снижение до  $25,6 \pm 2,2$  балла,  $p > 0,05$ ) не произошло. Статистически значимых различий между группами после лечения не отмечалось.

Уровень депрессии в обеих группах до лечения соответствовал “легкой депрессии ситуативного или невротического генеза. После лечения статистически значимой динамики уровня депрессии в обеих группах не произошло. В исследуемой группе уровень депрессии снизился с  $54,3 \pm 1,1$  баллов до  $52,9 \pm 0,9$ , при  $p > 0,05$ . В группе сравнения с  $54,5 \pm 0,9$  баллов до  $52,8 \pm 1,4$ , при  $p > 0,05$ . Статистически значимых различий по данному показателю между группами после лечения не отмечалось.

Выявленные клинические нарушения (отмеченные при расспросе больных, в их психическом статусе, в клиническом наблюдении и со слов близких, переживаниях и поведении больных) изучались на момент начала исследования и в динамике на всем протяжении лечебного процесса (см. таблицу 3).

Разработанный вариант метода ТТСБ положительным образом повлиял на динамику оцениваемых параметров в основном только в исследуемой группе.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Разработанный краткосрочный вариант метода ТТСБ для дефензивных больных с IV стадией онкологического заболевания способствует повышению у них качества душевной, духовной жизни. Метод психотерапевтически легок, одухотворен, может использоваться рядом с постелью тяжелого больного (мастерская у кровати) и в то же время не требует каких-либо ощутимых финансовых затрат. Применение данного метода при работе с терминальными больными отделения паллиативной онкологии, хосписа является эффективным как в клиническом, так и в социальном аспектах и может являться дополнением к принятому стандартному лечению (медикаментозная симптоматическая терапия, психосоциальная терапия и реабилитация). По нашему опыту, метод могут применять в своей работе и подготовленные к нему медицинские психологи. Метод может быть включен в комплекс симптоматической терапии терминальным онкологическим больным, обязательно включающий в себя психотерапевтическую помощь.

Список литературы (53 источника) имеется в редакции, будет опубликован на сайте [www.nprg.ru](http://www.nprg.ru).



## Отечественный психиатр Я. А. Анфимов (к 150 летию со дня рождения)



*Я. Анфимов*

Яков Афанасьевич Анфимов родился 29 октября 1852 года в городе Севске, Орловской губернии (ныне Брянская область) в семье священника. Неизгладимое впечатление на Якова Афанасьевича произвела пережитая им в детстве трагедия. Его отец составил по просьбе рабочих жалобу на местного фабриканта, притеснявшего своих рабочих. Архиепие, состоявший в хороших отношениях с этим предпринимателем, наказал священника Анфимова и перевел его в отдельный монастырь, где он погиб. В связи с этим детство Я. А. Анфимова проходило в тяжелых условиях [1].

По окончании духовной семинарии Яков Афанасьевич не захотел служить священником и поехал для продолжения образования в Петербург. В 1873 – 1877 годах молодой Я. А. Анфимов обучается на физико-математическом факультете по отделению естествознания Петербургского университета и слушает лекции таких выдающихся профессоров как И. М. Сече-

нов, Д. М. Менделеев и А. М. Бутлеров. Он навсегда становится их почитателем так же, как и своего товарища профессора И. П. Павлова, еще в студенческие годы обратившего на себя внимание профессуры. В 1877 году Я. А. Анфимову присваивается звание кандидата естественных наук. После блестящего окончания Петербургского университета Я. А. Анфимова назначают преподавателем естествознания в Оренбурге. В 1880 году он определяется в должности лекаря Харьковского университета. Позже он поступает в Петербургскую Медико-хирургическую академию, куда его принимают на третий курс, не требуя злосчастного свидетельства о политической благонадежности. По действовавшим тогда законам, окончившие академию должны были определенное время работать в качестве врачей. Ученого назначают ординатором в Тифлисский военный госпиталь [2]. Впоследствии профессор Я. А. Анфимов с удовольствием вспоминал путешествие по Военно-Грузинской дороге и “веселый общительный народ”, с которым он познакомился в пути. Его первая жена, родом из Ставрополя на Северном Кавказе, уговорила его перевестись на родину. Затем, по ее же настоянию, он переезжает в 1885 году в Петербург для подготовки к профессорскому званию. Здесь он устраивается в клинику известного невропатолога профессора И. П. Мержеевского, считая в последствии себя его учеником. В этой клинике ученый сумел не только подготовить свою диссертацию, но и помочь молодому, предоставленному самому себе Л. Блюменау, который впоследствии стал известным профессором, оставившим потомству прекрасно составленную монографию о нервных проводниках головного и спинного мозга. Своим учителем профессор Л. Блюменау считал Я. А. Анфимова и в знак благодарности держал в своей библиотеке все его научные труды.

С 1885 по 1892 годы Я. А. Анфимов последовательно работает ординатором, ассистентом. В 1887 году защищает диссертацию на звание доктора медицины. С 1890 года работает приват-доцентом кафедры психических и нервных болезней Петербургской военно-медицинской академии. С этого времени начинается плодотворная научная и практическая деятельность ученого, снискавшая всеобщее признание.

За время пребывания в Академии он вместе с Л. М. Пусепом впервые в России публикует труд “Случай менингиомы головного мозга”. В 1892 году Я. А. Анфимов переезжает в только что открытый

Томский университет заведующим кафедрой психиатрии и невропатологии со званием профессора. Во время работы в Томске Я. А. Анфимов, по существовавшей в то время традиции, выступил с актовой речью (22.10.1893 г., эта работа опубликована) “Сознание и личность при душевных болезнях”. В ней приводятся не только свод литературных данных, но и собственные, весьма оригинальные мысли о структуре бреда и бредообразования. В частности, показано, что бред может протекать не только на фоне ясного, но и помраченного сознания, дается этимология термина “бред” и т.д. [8].

Я. А. Анфимов энергично взялся за решение вопросов базы. В 1892 – 1893 годах не было ни одной койки для содержания больных. На основе устной договоренности для неврологических больных было выделено по одной койке в акушерской и терапевтической и две — в хирургической клиниках. При этом их заведующие выражали недовольство тем, что приходится тесниться из-за клиники нервных болезней.

В 1893 году на заседаниях комиссии по устройству госпитальных клиник было особо отмечено, что “не представляется возможным выделение отдельных клиник нервных болезней. Ввиду этого комиссия полагает полезным для правильного хода обучения и клинического преподавания студентам ходатайствовать о присвоении представителю кафедры нервных и душевных болезней прав консультанта в больнице Приказа”.

Я. А. Анфимов в “отдельном мнении” выступил с резкой критикой решения Совета. Он сообщил, что отсутствие коек для курации больных резко тормозит преподавание, а “...незнание основ нервных и душевных болезней низводит врача до уровня сиделки”.

“Я могу также свидетельствовать, что больничные помещения Приказа не могут удовлетворить самых неприхотливых требований гигиены: по крайней мере, таково отделение для душевнобольных” (кстати, по сообщению студентов тех лет, “преподаватель все-таки вынужден был водить студентов на курацию в эту пародию на больницу — в “желтый дом”). Аргументация Я. А. Анфимова оказалась убедительной и было решено в новые клиники перевести часть хирургических коек, “недостаток оных возместить за счет помещения части больных в больницу Приказа”, а на высвободившиеся десять коек перевести клинику нервных болезней. Выделено было пять комнат, из которых три отданы для размещения больных.

На многих заседаниях ученого совета Я. А. Анфимов ставит вопросы увеличения дотаций (на 1894 г. было решено дополнительно ассигновать на устройство кабинета при клинике 3500 рублей, а на содержание клиники — восемьсот рублей) и расширения площадей.

Я. А. Анфимов с самого начала работы много внимания уделял преподавательской работе. Им составлена программа преподавания психиатрии студентам 9-х и 10-х семестров из расчета по одному двухчасовому занятию в неделю:

“Осеннее полугодие: общая психопатология. Расстройства в познавательной сфере, в сфере чувств, в

сфере воли. Физические расстройства у душевнобольных. Этиология душевных болезней. Патологическая анатомия при душевных болезнях. Главные основы лечения. Устройство домов для умалишенных.

Весеннее полугодие: частная психопатология. Классификация душевных больных. Психоневрозы. Психические вырождения. Душевные болезни с органическими изменениями черепа мозга. Идиотизм и кретинизм”.

Далее программы расписаны более подробно. Так, при изучении частной психопатологии рассматриваются “мрачное помешательство, неистовое помешательство, последовательное слабоумие, вырождение, идиотизм” и т.д.

Для изучения психиатрии “на больных в натуре” проводился прием амбулаторных больных при клинике “два раза в неделю по понедельникам и четвергам от 5 до 7 часов пополудни”.

По разрешению ректора Я. А. Анфимов в 1893 году был в заграничной командировке, где “ознакомился с устройством закрытых психиатрических больниц, имея ввиду намечающееся строительство в Томске окружной больницы” (в это время шли переговоры о строительстве в Томске психиатрической лечебницы) [6].

Энергичные меры Я. А. Анфимова приносили свои, правда, весьма скромные плоды. С осеннего семестра 1893 года клиника переведена на второй этаж клинического здания. В двух комнатах были развернуты палаты (мужская и женская — по 5 коек), две комнаты оставлены для размещения кабинета и занятий со студентами. “Крайняя комната этой клиники с окном, обращенным на север, приспособлена для содержания одного душевнобольного, если заболит студент либо работник университета”

Улучшилось финансирование клиники, были приобретены мебель, инструменты, препараты (в “Отчетах...” педантично указываются ежегодные расходы на содержание клиник. Так, в 1894 году клиника нервных и душевных болезней приобрела оборудование и мебель на 552 рубля 19 копеек).

В 1893 году на пяти “арендуемых” койках лечились двадцать два больных, в 1894 — двадцать девять.

Впервые стал проводиться амбулаторный прием больных, на клинических разборах присутствовали студенты. За год было принято 145 больных (в последующие годы амбулаторно принимали до 500 человек).

После отъезда Я. А. Анфимова с 1 февраля 1895 года заведование кафедрой перешло к профессору Михаилу Николаевичу Попову (экстраординарный профессор с декабря 1903 года).

Сибирский суровый климат оказывается слишком тяжелым для семьи профессора, и в 1894 году он переводится в Харьков, где в продолжении 23 лет руководит университетской кафедрой невропатологии и психиатрии, т.е. до 1917 года. В период работы в Харьковском университете профессором Я. А. Анфимовым написаны следующие научные труды: “К вопросу о болезни Morgan a” (“Вестник психиатрии и невропатологии”, ч. 9); “К вопросу об электровозбудимости нервно-мы-

шечного аппарата у душевно- и нервнобольных” (“Вестник психиатрии”, 1889); “Сознание и личность при душевных болезнях”; “Психофизиология речи”; “Словесная слепота”; “Периодическая усталость и периодические психозы”; “Волчий голод”; “О невритах, полиневритах и восходящем параличе Landry в связи с учением о нейронах” (“Труды харьковского медицинского общества”, 1897) [3].

В этот же временной период в Харьковской психиатрической больнице работал психиатр доктор медицины П. И. Якобий, с которым профессор Я. А. Анфимов принимал участие в проведении судебно-психиатрической экспертизы участникам психической эпидемии хлыстовства в 1902 году под Брянском в с. Супонево, сопровождавшейся зверским убийством младенца, которого члены секты посчитали “Антихристом”.

Впоследствии в 1904 году в Париже была издана книга П. И. Якобия, посвященная этому психо-контагиозному явлению.

Поскольку профессора, прослужившие 25 лет, должны были оставить свою кафедру, Я. А. Анфимов по приглашению своих учеников в 1919 году переезжает в Тбилиси, где читает лекции в Закавказском университете.

“Когда профессор Я. А. Анфимов решил перебраться в Тбилиси, — вспоминает академик А. Н. Нагишвили — он сказал своей второй жене: “Хочу закончить свою работу там, где я начал. Вы увидите, какой это замечательный и прекрасный народ, как нас встретят мои ученики”. И он не ошибся. Его ученики, часть которых работала в Закавказском университете, а часть — в Грузинском университете, устроили ему торжественную встречу.

В 1920 году Я. А. Анфимова выбирают заведующим кафедрой нервных болезней медицинского факультета Грузинского государственного университета, где он работает до 1925 года. Желая дать возможность вести обучение студентов невропатологии на грузинском языке, ученый в сентябре 1925 года подает заявление об освобождении его от заведывания кафедрой и избрании на его место доктора медицинских наук С. П. Кипшидзе. Вместе с тем Я. А. Анфимов просит дать ему право читать лекции по интересным разделам невропатологии. Заявление это было рассмотрено на заседании лечебного факультета Тбилисского государственного университета.

Его лекции посещали врачи разных специальностей, причем все слушатели получали огромное удовольствие от увлекательных, полных глубокого содержания лекций Якова Афанасьевича. Одной из таких лекций является замечательный труд Якова Афанасьевича “Коллоидные кольца Лизеганга как структурная основа метамерии и сегментарных симптомов истерии”. Профессор не раз выражал большое удовлетворение представлением ему возможности читать лекции, ибо, как говорил сам ученый: “Отрыв пожилого профессора от высшего учебного заведения и родной профессорской среды означает для него приближение

конца жизни”. Полный чувства благодарности, приемник Я. А. Анфимова С. Н. Кипшидзе в своей первой вступительной лекции от имени учеников профессора Я. А. Анфимова обратился к нему с просьбой не забывать дорогу в родную им клинику.

Перу профессора Я. А. Анфимова принадлежит свыше 60 научных трудов, среди которых следует отметить: “О гальванической реакции двигательных нервов человека при включении в цепь больших сопротивлений”, “О сосудисто-двигательных нервах”, “Об изменениях в центральной нервной системе при лакировании кожи животных”, “Периодическая ленность и периодические психозы”, “О периодических нервных и душевных расстройствах в связи с возможными теллурическими и космическими влияниями лучистой материи”, “О психопатологии сознания”, “Сознание и личность при душевных болезнях” и др.

Профессора Г. И. Россолимо, П. Б. Ганнушкин, В. К. Хорошко, Ю. В. Канабих и Минор еще в 1928 году следующим образом характеризовали эти труды профессора Я. А. Анфимова: “В этих работах профессор Я. А. Анфимов или занимается экспериментальными исследованиями на современные модные темы о функциях вегетативной нервной системы, или первый устанавливает микроскопические изменения сосудов и нервных клеток при лакировании кожи, или 35 лет назад конструирует для введения в цепь больших сопротивлений оригинальный реостат, который представляется теперь очень интересным прибором для применения ионотерапии, или проявляет большую глубину и проникновенную тонкость исследований в области медицинской психологии, или, наконец, в результате своей клинической интуиции и широкого обобщения за несколько лет до появления известного учения Крепелина о маниакально-депрессивном психозе, предвосхищает в своем учении о периодической неврастении, всеми ныне признаваемую доктрину о циклотимии, как подвиде того же маниакально-депрессивного психоза” [5].

В продолжение 50 лет Яков Афанасьевич пользовался исключительным авторитетом среди ученых, сотрудников, многочисленных больных. Об этом, в частности, свидетельствует письмо на его имя народного комиссара здравоохранения профессора Н. А. Семашко: “Глубокоуважаемый Яков Афанасьевич! Обращаюсь к Вам с просьбой дать свою оценку Большой медицинской энциклопедии, издание которой близится к концу. Находясь перед перспективой второго издания, необходимо иметь компетентное мнение наиболее квалифицированных деятелей медицинской науки, так как вместе с количественным ростом медицинских кадров увеличивается и потребность в качественной высоте издаваемых книг.

Придавая большое значение Вашему мнению, прошу Вас как можно скорее ответить на этот вопрос, так как Ваша оценка послужит стимулом для подготовки к новому изданию. С товарищеским приветом Н. Семашко”.



Высокую оценку профессору Я. А. Анфимову, как человеку и ученому, дал выдающийся невропатолог профессор В. К. Хорошко: “Познакомившись с Яковом Афанасьевичем в 1924 году и будучи с ним в течение 5 лет в переписке, я имел возможность узнать замечательные качества его личности, наслаждаться его блестящим эпистолярным стилем, любоваться его остроумием, тонкостью и всегда своеобразной, красивой едкостью его глубокого психологического анализа, поражаться богатством его знаний, бодрым темпераментом и здоровым оптимизмом”.

Профессор Я. А. Анфимов был известен как красноречивый лектор. Его аудитория в Харькове и Тбилиси была полна слушателями. Несмотря на свой преклонный возраст, ученый всегда тщательно готовился к своим лекциям. Об этом свидетельствует следующий пример. Обычно свои лекции профессор читал по расписанию, по пятницам. Как то без его ведома лекция его были перенесены на среду. Придя в клинику в среду и узнав, что должен прочесть лекцию, профессор нам сказал: “Сегодня я лекцию читать не могу, я всегда готовлюсь к ней. Передайте студентам, что лекция сегодня не состоится, и дайте знать об этом декану”.

Как весьма наблюдательный и опытный клиницист, ученый не довольствовался ссылкой на синдром какой-либо болезни, и всегда искал причины, вызвавшие данное заболевание. Профессор Я. А. Анфимов всегда высоко ценил ораторский дар и чистоту языка, ему нравились красноречивые люди. Я. А. Анфимов был человек исключительно учтивый и мягкий. Ни о ком он никогда не отзывался плохо или с насмешкой. Вместе с тем он был самолюбив. Однажды в Грузию в 1924 году приехал академик В. М. Бехтерев, который прочел в Тбилиси лекцию. Я. А. Анфимову было доложено о приезде В. М. Бехтерева о том что, не хочет ли он побывать на лекции высокого гостя. На что профессор ответил, что академик В. М. Бехтерев — его младший коллега, он знает, что Я. А. Анфимов живет в Тбилиси, и поэтому должен первый повидать Якова Афанасьевича. И, действительно, на второй день В. М. Бехтерев зашел к нему в нервную клинику.

В бытность свою в Тбилиси Я. А. Анфимов опубликовал 10 трудов, в том числе один на грузинском языке в переводе Вл. Цецхладзе. Труд этот, напечатанный в журнале “Чвени мецниереба” (“Наша наука”) касается не утратившего и в настоящее время вопроса: “Об органическом и функциональном повреждении головного мозга *Commotio et em* (по материалам прошлой войны)”.

После этого ученый помещает в журнале “Вестник Народного Комиссариата здравоохранения ССР Грузии” монографию “Психиатрическая экспертиза на суде (по данным современной психопатологии)”, которая начала печататься, в июне 1924 года и была закончена в 1926 году. Имеется четыре оттиска этого труда. Пятый оттиск представляет интерес тем, что кончается словами: “Мы к вопросу о патологии таких лиц еще возвратимся, когда будем говорить о рефlekсах и осо-

бенно “об условных” И. П. Павлова, входящих в физиологический механизм волевых действий”.

Последний труд Я. А. Анфимова “Коллоидные кольца Лизеганга как структурная основа метамерии мозга и сегментарных симптомов истерии” была напечатана в журнале “Клиническая медицина” (1928 г.). Из этого труда мы узнаем, что ученый допускал образование микроорганизмов, т.е. жизни, не от живого вещества. Следовательно, не разделял мнение Пуше и не верил в победу Л. Пастера. Интересно, что идею Пуше о возможности зарождения жизни на земле поддержал смелый защитник материализма Д. Писарев.

Перу профессора Я. А. Анфимова принадлежит руководство по психиатрии. Оно должно было выйти как труд трех поколений Анфимовых: Якова Афанасьевича, его сына — Владимира Яковлевича, лечившего известного поэта Велимира Хлебникова (1885 – 1922 гг.) и внука — Никиты Владимировича, но эта рукопись погибла вместе с библиотекой его сына Владимира во время оккупации фашистами Краснодара. До сего времени в Краснодаре сохранилось родовое поместье врачей психиатров, ученых Анфимовых [5].

С профессором Я. А. Анфимовым (пишет один из его учеников) познакомился в 1903 году в Харькове, слушая студентом его лекции по психиатрии и невропатологии. Первая его лекция для нашего курса касалась раздвоения личности. Ораторский талант, зрелость и широкий размах мысли, умение оживить серьезно, строгое научное изложение мастерски поданной шуткой, описание клинически редких и весьма интересных случаев — все это произвело глубокое впечатление на нас, студентов.

Харьковский университет не располагал в то время своей психиатрической клиникой, поэтому Я. А. Анфимов читал курс психиатрии в частной больнице известного в Харькове профессора психиатрии И. Я. Платонова, где профессор Я. А. Анфимов состоял консультантом и оттуда он брал больных в качестве материала для своего клинического курса. Невропатологию же профессор читал в специальной университетской поликлинике с демонстрационным и разбором — собеседованием об интересных больных, что повышало интерес к лекции со стороны слушателей [4].

Частная лечебница для душевно и нервнoбольных была учреждена в Харькове профессором И. Я. Платоновым в 1886 году. Примечательно, что в разные годы консультантами этой лечебницы были профессора Харьковского университета П. И. Ковалевский (1849 – 1923) и Н. И. Мухин (1863 – 1966) [7].

В 1909 году на 3-м съезде психиатров России был избран русский комитет Международной Лиги борьбы с эпилепсией, в состав которого вошел профессор Я. А. Анфимов.

Профессор Я. А. Анфимов был не только прекрасный лектор, но и редкий полемист, оппонент. Он всегда находил случай высказать свои полные теоретического и практического интереса замечания, дать



оценку почти всем докладам, каких бы отраслей они не касались.

В политических же вопросах профессор Я. А. Анфимов занимал нейтральную позицию, но он был сторонником прогрессивного направления.

Яков Афанасьевич всегда начинал работать в строго определенные часы, причем работал очень много. Он был очень пунктуален и вовремя, без опоздания являлся на заседания, лекции, консультации. Всем своим существом он был ученый-теоретик и отрицательно относился к врачебной работе, как таковой, считая, что практика отнимает у него время.

Особенно интересовали профессора Я. А. Анфимова философия, история, естествознание. В последние дни своей жизни он увлекался чтением книг о падении античной культуры.

Яков Афанасьевич отличался исключительной памятью. Он мог наизусть цитировать целые страницы из произведений своего любимого писателя И. С. Тургенева, земляка, проживавшего в Орловской губернии, в Спасском-Лутовинове к которой относился город Севск — родина Я. А. Анфимова.

Бескорыстная любовь к науке, к своей великой родине, служению которой посвятил все долгие годы своей жизни профессор Я. А. Анфимов, делает его образ незабываемым для друзей, учеников и молодого поколения.

Особенно незабываемы были лекции ученого об афазии. В них он делал большой и необычайно интересный экскурс в область теории происхождения речи, первого слова, будто бы произнесенного древним человеком. Он приводил, между прочим, теорию о том, что первое слово человека было “бруде”, которое на одном из древних языков означает призыв о помощи. Так было на заре общений между древними людьми, в борьбе с окружающим миром ищущими помощи в себе подобных. В таких диапазонах протекали лекции ученого.

Не меньшей оригинальностью отличались лекции о происхождении мира, о первозданной, по выражению ученого природе, о первозданном мозге. Я. А. Анфимов всегда с большим увлечением читал о подкорковых и вегетативных образованиях и их функциях.

Конечно, в его лекциях и защищаемых им концепциях было много идеалистического духа, которым, впрочем, в то время страдали еще многие ученые, но все это преподносилось с таким мастерством, с приведением такого множества интересных фактов, что почти каждая лекция вносила всегда свежую струю в мышление тех, кто имел удовольствие их слушать. Профессор говорил, что он любит читать не столько сам предмет, сколько философию предмета, что дает общее развитие студенту или врачу, которым легче будет затем усвоить элементарные понятия и по книгам.

Всегда подтянутый и внешне и духовно, всегда пунктуальный и точный в работе, требовательный к

себе, так писали его ученики о своем учителе, ученый с исключительной мягкостью и добросердечностью относился к студентам. За много лет они ни разу не слышали от него какого-нибудь резкого выговора. В 1905 году женщины впервые вошли в стены харьковского университета (вопрос о женском труде в психиатрических лечебных учреждениях одним из первых поднял доктор медицины П. И. Якобий). Пять лет они работали наравне со студентами, проводили практические занятия, курировали больных, сдавали зачеты.

Лекции профессора Я. А. Анфимова посещались с большим рвением. Курс был велик и для того, чтобы слушать лекцию сидя, приходилось занимать место за 1 – 1,5 часа до назначенного времени. На лекциях, помимо студентов, можно было видеть врачей различных дисциплин, урвавших время от своих обязанностей, чтобы послушать или посоветоваться с ним.

Наряду с огромной научно-педагогической деятельностью, Яков Афанасьевич вел плодотворную общественную работу. В бытность свою в Харькове он долгое время состоял председателем “Научного общества медицины и гигиены”. В Грузии профессор Я. А. Анфимов был председателем Кавказского медицинского общества, членом Ученого Совета Народного комиссариата здравоохранения и почетным членом секции национальных меньшинств Грузинского медицинского общества. Пятнадцать лет своей научно-врачебной деятельности Яков Афанасьевич провел в Грузии, к ней он привык, освоился и полюбил [2].

Профессор Я. А. Анфимов скончался 11 февраля 1930 года и похоронен в Дидубе, в Пантеоне выдающихся грузинских деятелей.

И. И. Щиголев

## ЛИТЕРАТУРА

1. Брокгауз Ф. А., Ефрон И. А. Русский биографический словарь. (репринтное издание) М. ЭКСМО. 2007., с. 46.
2. Ковторадзе П. П. Жизнь и деятельность заслуженного профессора Я. А. Анфимова. Государственное издательство “Сабчата Сакортвело”. Тбилиси 1960.
3. Медицинский факультет Харьковского университета за первые 100 лет его существования (1805 – 1905). Издательство университета 1905 – 1906г.
4. Платонов И. Я. Краткий отчет о деятельности частной лечебницы для душевнобольных и нервных больных доктора И. Я. Платонова в Харькове. — Архив психиатрии, неврологии и судебной психопатологии. 1890, № 1, Т. 15, с. 81 – 82.
5. Петрюк П. Т., Петрюк А. П. Профессор В. Я. Анфимов — организатор Кубанской психиатрии. // Независимый психиатрический журнал № 1, 2010., с 79 – 83.
6. Профессоры медицинского факультета Императорского (государственного) Томского университета — Томского медицинского института — Сибирского государственного медицинского университета (1873 – 2003): Биографический словарь. — Томск, 2004. Т. 1 378 с.
7. Щиголев И. И. Частная психиатрическая помощь в России из 19 в 21 век. Брянск. 2002. с. 134 – 137.
8. Юдин Т. И. Очерки истории отечественной психиатрии М. 1951. с. 112, 114, 139, 140, 226, 344.

# Анатолий Кузьмич Ануфриев в живой жизни. Часть 2.<sup>1</sup>

Из воспоминаний Нины Павловны Дейкиной (сокр.).

Мы уходим...

Д. Е. Мелехов (1899 – 1979)

## Введение

Мне слух мой сохранил голос проф. Мелехова на Ганнушкинских чтениях 1975 г., подчеркнувшего невосполнимость утраченных воспоминаний об Учителе, которые поток времени уносит в Лету вместе с их живыми носителями. И вот больше нет с нами Нины Павловны Дейкиной, но остались ее бесценные воспоминания об Анатолии Кузьмиче, которыми она дорожила и, можно сказать, жила на пороге инобытия. Они записывались мною на диктофон в беседах с нею в 2005 – 2010 гг., со специального разрешения Нины Павловны для публикации, за исключением отдельных воспоминаний, которые не предназначались для печати — в этих случаях она говорила: “А теперь, выключайте диктофон”. Наше “Слово о настоящем психиатре”, опубликованное в МГ 14.01.2011 г., дает некоторое представление о ее личности.

*“15 декабря истекшего года внезапно ушла из жизни на 86 году старейший ветеран московской областной психиатрии Нина Павловна Дейкина. До последнего дня она сохранила ясный ум и необыкновенную память, обогатившую историю отечественной психиатрии*

*По окончании 2-го МГМИ и специализации по психиатрии у доцента В. М. Морозова в ЦИУ с 1949 года работала психиатром, зав. женским отделением в Рязанской ПБ им. Баженова в окружении сонма ярких личностей, многие из которых вошли в элиту отечественной психиатрии. Среди них — профессора Стрелюхин, С. Ф. Семенов с женой Ксенией Александровной, С. Г. Жислин и его дочь Ева (работала в отделении Н. П. Дейкиной), Р. Е. Люстерник, Г. А. Ротштейн и его дочь Наталья; врачи-психиатры А. К. Ануфриев, В. И. Курьлев и Н. П. Честная, В. Г. Рабинович и В. Н. Громова, К. В. Шеханова (дочь репрессированного профессора экономиста — соратника Ленина), будущий академик Е. Д. Красик и психиатр Билинкис, которая помогла ему сделать диссертацию, Б. М. Хренов, Эсфирь Иудович и др.*

*Спустя 10 лет Нина Павловна с супругом В. И. Набойчиковым переехала в Подмоскovie и работала в МОПБ № 2 им. Яковенко. Там с ее мужем как крупным строителем подружился Р. Н. Мурашкин и в 1962 году забрал их с собой в Хотьковскую МОПБ № 5 для перестройки этой больнички из деревянных бараков на 200 коек. В результате этого сотрудни-*

*чества построено 3 кирпичных корпуса, пищеблок, больница приобрела образцовый вид, а коечный фонд превысил 1000. Это были годы необычайного подъема материальной основы и клинического уровня больницы. Нина Павловна заведовала 2-м женским отделением с 1962 по 1993 год. По воспоминаниям коллег, в те годы она так же жила в 100 м от работы и проводила почти все время в больнице. Персонал ее отделения отличался тем, что был как одна семья, а Нина Павловна была их мамой. Она жила проблемами и радостями каждого сотрудника, которые работали вместе с ней до выхода на пенсию. Тонкий клиницист, она относилась к старой школе психиатров, знала всех больных и их родственников. Была наблюдательной, владела острым умом и словом, экспромтом писала эпиграммы на врачей по разным поводам. Всегда была доброжелательной, готовой прийти на помощь. Уйдя на пенсию, продолжала интересоваться жизнью больницы, была в курсе текущих событий. Обладала исключительной памятью, и с ее уходом ушла память о многих людях, с которыми она трудилась. Она удивительно сочетала высокие качества опытного руководителя и мудрого наставника молодежи. После ранней утраты мужа и отставки, с 68 лет до своей смерти одиноко жила в старом доме над р. Ворей (“графские развалины”) на отшибе больницы. Несмотря на недуги старости обслуживала себя сама, предпочитая не обременять своими заботами ни сотрудников, ни младшую родную сестру. Всегда отличалась любовью к жизни — не к своей собственной, а к любым ее проявлениям, но особенно к слабым и беззащитным: к душевнобольным или беспомощным от одиночества и старости людям, а в последние годы — к братьям нашим меньшим, к бездомным кошкам, которых приютила у себя. Все заботы посвящала им.*

*Ходила с колясочкой в далекий магазин на “переправу”, где тратила на еду для кошек и голубей большую часть пенсии. В старом доме страдала зимой от холода, а минувшим летом — от дыма и гари лесных пожарниц. Прошлую лютую зиму перенесла как ленинградскую блокаду. С улыбкой говорила, будто ставит эксперименты по выживанию. На пороге инобытия грустила не о себе, а о судьбе своих кошек, которые никому не будут нужны после ее смерти.*

*Отпевание состоялось 18 декабря в Алексеевской церкви на Горбуновке. Похоронена в могиле мужа на хотьковском кладбище. Там же покоится прах проф. А. К. Ануфриева, с которым дружила с первых дней*

<sup>1</sup> 1-ю часть см. НПЖ, 2011, вып. 1.

его работы в психиатрии и до последнего дня его жизни 18 декабря 1992 года. Образ Нины Павловны Дейкиной как настоящего русского психиатра с даром тонкого понимания людей и талантом дружбы, всю жизнь посвятившую своему призванию, как самоотверженной женщины, семье и мужу которой МОПБ № 5 во многом обязана своим расцветом, будет жить в памяти поколений коллектива больницы. Отечественная психиатрия благодарна ей за уникальные воспоминания о ее истории и о становлении ее лидеров.”

Воспоминания Нины Павловны незаменимы — только они охватывают жизненный творческий путь А. К. Ануфриева с самого начала его психиатрической работы и до последних дней жизни. Они открывают нам тонкие пружины духовного и научного развития личности, выбора психиатрического призвания (после увлечения хирургией), жизненного маршрута с переездами (из Рязани в Крым и затем в Хотьково и, наконец, в Москву), увлечение темой ипохондрии и сенестопатий (кандидатская диссертация, 1964 г.), закономерно переросшей в “проблему основного расстройства при приступообразной шизофрении” (по словам А. В. Снежневского, на защите докторской диссертации АК в АМН СССР, 1970 г.), владевшую им неизменной доминанту познания и неостановимой научной мысли, которая, начиная со студенческого психиатрического кружка, не знала спадов, а только развитие и расцвет.

*Виктор Остроглазов*

### Истоки дружбы

*Расскажите о себе и как познакомились с Анатолием Кузьмичем?* — Родилась в 1925-м. Закончила институт в 1949, 2-й Московский медицинский. Моя мама коренной житель Ленинграда, гимназию там кончила. А отец — с родины Есенина. Поэтому я не просто так после института в Рязань поехала, направление получила.

А с Анатолием Кузьмичем (далее, АК) знакома очень давно. По окончании института работала психиатром в Рязанской ПБ им. Баженова, куда он приехал в начале 1950-х с семьей — с женой Ириной Михайловной и дочкой Леной. Они еще не было. К этому времени я уже поработала года 3 и прошла специализацию по психиатрии в ЦИУ у В. М. Морозова. Больница была базой кафедры психиатрии переведенного в Рязань 3-го Московского мед. института им. Павлова. Ею вначале заведовал проф. Стрелюхин. Потом стареющего Стрелюхина сменил проф. С. Ф. Семенов. После окончания ин-та вместе с Е. Д. Красиком пришел АК. — Он окончил институт в 1952-м. — Значит, тогда он и приехал в Рязань. Мы проработали вместе лет 5.

### Разные личности — разные судьбы

А начмед эстонка Эльфрида Августовна Кивимяги — горбатая старая дева — его сразу не влюбила — он умный, честный, бескорыстный. Абсолютно непрактичный. А она любила подхалимаж, подарки. АК этим совершенно не мог заниматься, уклонялся от любых конфликтов, не искал справедливости, не участвовал в коллективных протестах, не интересовался материально-бытовыми вопросами, не поддерживал разговоры о повышении зарплаты. Выполнял любые, даже несправедливые нагрузки. И судебную психиатрическую экспертизу мы проводили бесплатно, а деньги получала Кивимяги. Она любила подношения, а Красик в Москву ездил к своему знаменитому шурину — актеру МХАТа, (нар. артисту СССР, Герою соц. труда) Марку Прудкину — и привозил ей подарки, и буквально влез ... А Ануфриеву она дала самое трудное отделение беспокойных принудчиков коек на 100, опасное. Однажды там, на обходе один принудчик мне вдруг задрал юбку на голову и намотал вот так: “Ты что ж Революцию делаешь! Пришла в красном платье!”. Меня санитары еле отбили, такое страшное отделение было.

### Исследователь ab ovo

АК в Мед. институте мечтал стать хирургом, но рецидивирующая экзема рук помешала. И он выбрал психиатрию. И в Рязани он сразу, с самого начала увлекся изучением ипохондриков, которых исследовал на амбулаторном приеме. Я заведовала спокойным женским отделением и снабжала его пограничными ипохондричками. А сама занималась навязчивыми состояниями, но ничего не получилось у меня — не умею. Так, стал заниматься АК наукой с проф. Семеновым. А Ксения Александровна Семенова (жена его) — теперь профессор по ДЦП, — тогда была простым невропатологом: без конца по санавиации вызывала самолет и консультантов, а на самом деле зря, не надо было.

Она была врачом, а Сергей Федорович — профессором. Станный, рассеянный и милый человек. Совершенно не приспособленный к жизни. Раз, во время консультации кипящий чайник поставили на стул, а он на него сел и говорит, ой, чтой-то я мокрый! А дома-то у них!? — И вороны, и кого там только не было. И кошек, и собак бездомных... это все она собирала. Брала буханку хлеба и лошадь кормила. В это время в больницу из Рязани они на лошади ездили. Там больница была в 1,5 км всего, но дорога пустынная... А однажды, одна из докториц, красавица Ксения Шеханова, пригласила его на свидание. (Ее отец — профессор, экономист Шеханов — с Лениным еще работал. Был репрессирован, и ей нельзя было в Москве жить). Умница, красивая, она решила соблазнить (хотя у нее много любовников было; она соблазнила



профессора Ротштейна) и проф. Семенова тайком, но вечером на свидание... он явился с женой.

### “Ленинградская школа”?

А в Рязанской ПБ я еще работала с дочкой Жислина, с Евкой мы работали в одном отделении. С. Ф. Семенов приехал из Ленинграда. И принадлежал к “ленинградской школе”. А у нас консультантами были Г. А. Ротштейн, С. Г. Жислин, Р. Е. Люстерник и др. профессора. И мы привыкли к московской школе. А приехал проф. Семенов. И мне говорят, надо показать ему больную. Больной у меня не было подходящей для показа — диагностически неясной. Ну, говорят, любую покажи. У меня была большая шизофренией, настоящая шизофреничка. В отношении ее Евка (Е. С. Жислина) возражала, чего ты показываешь-то — “у нее бред сивой кобылы” — очевидная шизофреничка! Ну, коли некого, покажи ее. Я показала, а он ей “шизофрению” не поставил! Хотя всем было ясно — явная шизофрения! А Ксения Александровна нашла у нее “органическую микросимптоматику”. “Микро”! Ну, как всегда, она “микро” находила. Поэтому, наверное, проф. Семенов и стал заниматься не клиникой, а исследованием иммунитета у психически больных.

### Ануфриевы

поселились в бараке, потому что в каменном доме, когда они приехали, жилья уже не было. Но квартира у них была больше всех: 2 комнаты, огромная гостиная... И мы собирались все у них, вся команда. Лишь жена Бориса Михайловича Хренова — бывшего главврача Иркутской ПБ, сибиряка, рыбака, охотника и друга Анатолия Кузьмича — отдельно была. Из ревности. Она была подругой Ирины Ануфриевой. А мы все собирались у них. И когда АК на охоте убил лося, то Ирина — исключительная кулинарка! — делала из этого лося нам котлеты и пироги. И танцевали они с АК вдвоем изумительно совершенно. С Ириной вместе они станцевались, и так, видимо, они тренировались, что когда танцевали, то мы все любовались: такие они делали па, что никто из нас не умел еще делать.<sup>2</sup> Так вот мы все танцевали там до упаду. А с Ириной он еще в г. Алатыре вырос и познакомился. Она уже гинекологом работала, а АК еще кончал институт. Она была не старше его. И они уже... любовь у них была настоящая.

<sup>2</sup> В аспирантуре у проф. Вертоградовой я не обратил внимания на ее воспоминания об АК (окончившем вместе с нею 1-й Моск. Мед. Ин-т) как удивительном танцоре. Но 6.06.1982 года в ресторане “Арбат” (на банкете по поводу защиты диссертации его ученицей Валентиной Твердохлеб) своей элегантной свobodой в современных танцах он поразила всех. Ему было 60.

Он был стройный, спортивный, легкий, очень красиво танцевал. Недалеко было озеро, и он плавал там кролем. Мы любили смотреть, как он плавает и ныряет.

На рыбалку он ходил реже, а в основном на охоту. Мы знали, что он был в плену, в концлагере Дахау. Ирина говорила, что служил на западе, в Прибалтике, и вместе с военной частью попал в плен, когда Брестская крепость стояла насмерть.

Всегда казался умнее окружающих, стремился к тому, чтобы знать и то, что не знают другие. Целеустремлен, немногословен, прост. На неинтересующие его темы с ним невозможно было долго говорить, всякими бытовыми слухами, сплетнями он вообще не интересовался. Зато стремился стать истинным джентльменом. Легко усваивал хорошие манеры и выглядел при этом естественно. В компаниях и застольях не был тамадой, но поддерживал общее веселье, был общителен, обаятелен, приветлив. Увлекался классической музыкой. Был в больнице такой Касперов — интеллигент, замкнутый, видимо репрессированный, из дворян еще, у которого были пластинки с классической симфонической музыкой. И они с АК вдвоем, по ночам (днем-то некогда было, работали) ее слушали. А Ирина Ануфриева говорила, что это он “выдуряется”, “выпендривается”, дескать, не понимает ничего, а только изображает. Не верила она и в серьезность научного его призвания. Но многие женщины были к нему неравнодушны, особенно молодые ему здорово симпатизировали ну, нравился он всем, потому что очень умный и вел себя как джентльмен. В общем даже немножко аристократично, хотя из простой семьи, но изображал такого в общем-то, джентльмена. Мы были в него влюблены, так вот, платонически. Он ни с кем не флиртовал, ни с кем он...

Кстати, он очень мало говорил о своем происхождении, и никогда — о своих родителях. Но выделялся не только умом, но и всем обликом — выглядел и вел себя как настоящий джентльмен. И поэтому все врачи считали, что его родители — если и не профессора, то педагоги или врачи. И однажды спросили его друга Курьлева, а кто родители Анатолия Кузьмича? Тот ответил, что они учителя или врачи. Так и считали все. Анатолий Кузьмич, конечно, это знал и не опровергал. Отец АК — Кузьма — торговый работник. Работал продавцом в магазине в г. Алатыре. А мать — медицинская сестра. — *И это еще один признак его стремления быть выше, развиваться, стремления к тому, что считают благородством.* —

*А почему он “прилепился” к проф. Семенову? — АК боготворил Снежневского, но ездить в Москву не мог... из-за бедности. В отличие от Красика, который быстро делал партийную и административную карьеру — парторг, зав. областным ПНД, главный психиатр Рязанской области и т.д. Все время ездил в Московский НИИ психиатрии к Рахили Григорьевне Голодец и Цилии Львовне ... А АК прибил к проф. Семенову, а через него к биохимику Сахаровой, кото-*



рая делала ему биохимические исследования для диссертации. Кивимяги же ненавидела Ануфриева. И давила его, как только могла. Но все порядочные люди ценили и уважали АК за ум, простоту и благородство.

Он занимался наукой по-честному, а Красик тоже сразу стал делать научную карьеру, но по-своему. Правда, организатор был бесподобный, просто врожденный, от природы... предприниматель. И став парторгом больницы и главным врачом рязанского областного психоневрологического диспансера, он всем нам дал совместительство по полставки, чтобы мы делали для него диссертацию по ночам.

Настроение у АК было хорошее. В общем, такой порядочный. Если он даст слово, то сдержит. Если помочь кому-то надо, все, что в его силах, он поможет. Его друг В. И. Курылев тоже был сверхчестный, немножко правда странноватый.

*Значит, Анатолий Кузьмич был спортивного склада, и охотник, и исследователь, и танцор?* — Да, и путешественник, поэтому после защиты докторской мы ему палатку подарили. Летом 1954-го они с Курылевым и Хреновым на лодке плавали по Оке.

### Из Рязани в Касимов

И там я их встретила.

А еще в больнице работала дочка проф. Ротштейна Наташа. Она вышла замуж за брата его последней жены, — Романова, кажется, — и они уехали в Горький.

В те же приблизительно годы будущие психиатры МОПБ № 5 В. Г. Рабинович и В. Н. Громова учились в Рязанском Мед. Институте. Они появлялись в Рязанской ПБ, чтобы учиться на кафедре психиатрии. И возможно, они не были знакомы с Ануфриевым, а познакомились позже — в хотьковской МОПБ № 5. Валентина Николаевна Громова — коренная москвичка, из дворян, жила в московской квартире на Никольской улице у самого Кремля. Училась в 3-ем Московском мед. институте, и когда этот ВУЗ по решению правительства был переведен вместе со студентами в Рязань, там оказалась и Валентина Громова. А Владимир Рабинович, ее будущий муж, учившийся в Крымском Мед. институте, оказался замешанным в какой-то, как тогда говорили, антисоветской организации, вместе со Столбуном. После расследования КГБ деятельность этой организации была пресечена, а ее члены — студенты — рассредоточены по другим городам и ВУЗам. Так Рабинович и Столбун попали в Рязанский мед.институт. Столбун — впоследствии скандально известный парамедик, который организовывал в Московской области одну секту за другой.

Это уже после Рязани Рабиновичи (Владимир Григорьевич Рабинович и Валентина Николаевна Громова) работали в хотьковской МОПБ № 5, а В. И. Курылев — главным врачом в Калязинской ПБ.

— *А почему С. Ф. и К. А. Семеновы переехали из Ленинграда в Рязань, и потом в Симферополь, куда за ними последовал и АК?* — Из-за климата. Говорили, у нее туберкулез — у Ксении Александровны. Они и перебрались сначала в среднюю полосу, в Рязань из-за нее. А когда в Рязани тоже обострение началось, в Симферополь уехали. А за ним вместе с семьей АК переехал. Из-за науки. Ирина Михайловна мне говорила, что отец Ксении Семеновой — известный гомеопат в Крыму, частной практикой занимался, очень богатый ... Семеновы у него сначала жили в особняке 2-хэтажном. Сергей Федорович заведовал кафедрой психиатрии. Наукой заниматься они поехали вместе с АК. Семенов меня тоже приглашал, но у меня нет таланта к науке. Я говорила, что я ничего не сделаю. Ведь с Ксенией Александровной мы близко знакомы, как раз мы с ней смеялись, когда ему свидание-то Ксения Шеханова назначила, а он ничего не сумел, и пришел на свидание с собственной женой... Года два назад я читала ее статью о животных. Думаю, она жива. Ксения Александровна способная, очень практичная, карьеру себе сделала в Институте Сербского как настоящий ученый. Она это умела, а Сергей Федорович ничего этого не умел, она все пробивала, и квартиру, и лошадку для поездок в ПБ “Голенчино”, в общем, все ...

А вот когда из Симферополя проф. Семенов в Москву переехал на работу в Ин-т им. Сербского, АК опять за ним потянулся. Но Ануфриеву в Москве тогда прописаться невозможно было, и он обосновался в ближайшем Подмоскovie, в Хотькове — где с 1959 по 1962 год работал главврачом МОПБ № 5 — в маленьком домике на ул. Репина. Ему уже под 40 было, и он стремился завершить диссертацию, но Ирина Михайловна — как настоящий диктатор — подавляла мужа; в его талант, серьезность занятия наукой, верить не желала, и боролась с ним. Навязывала свою волю даже в хозяйстве, например, требовала “наколи дров”, а с его аргументами, что он зарабатывает достаточно, чтобы нанять дровокола, не считалась.

А когда он привез мать и отца — Кузьму и Анну Алексеевну — то частенько упрекала его: ну, когда же, наконец, ты купишь им дом! Ануфриев очень обиделся и ушел. И вот эта развалюшка, где я сейчас живу, он был деревянный — “графские развалины”, — он в графских развалинах там поселился. Это было еще в конце его работы главным врачом, когда он разводился с женой и стал жить отдельно в том домике. Однако, покоя для работы над диссертацией все равно не было. Ирина Михайловна продолжала преследовать его и в контору слала письма с осуждением его мнимой связи с К. А парторг больницы Юриков (который ушел потом доцентом к проф. Баншикову) писал обличающие АК статьи, которые публиковались в местной газете “Вперед”. Может быть, из-за этого конфликта АК так скоро ушел из больницы работать в

Москву, в Сербский... Потом его родители купили здесь свой дом.

### Перестройка хотьковской МОПБ № 5

А мы с мужем из Рязани переехали в Подмосковье и работали в МОПБ № 2 им. Яковенко около года. Р. Н. Мурашкин (впоследствии главврач МОПБ № 5, главврач ЦМОКПБ № 1 и Главный психиатр Московской области.- В. О.) там подружился с мужем как крупным строителем, и в 1962 году забрал нас в Хотьковскую ПБ № 5 для перестройки этой убогой больницы. Мурашкин отличался тем, что он был очень хорошим хозяйственником, любил строиться, благоустраивать. Очень хорошо умел подобрать кадры, используя самое лучшее, что есть у человека. Даже у плохих людей, он все равно их никогда от себя не выгонял, не увольнял, использовал их хорошие качества. Да-да, талантливейший руководитель был. Когда мы приехали сюда, и Мурашкин тут был, 200 коек была больница — деревянные бараки. И все, что построено сейчас на старой больнице, все построил Мурашкин вместе с моим мужем. Денег у них было очень мало. Тогда и кирпича красного не было. Все построено из силикатного, даже дом наш построен из силикатного кирпича. Только для главврача строили дом из красного кирпича.

Очень трудное было время, ни денег, ни строителей ничего не было. Мурашкин выходил из этого положения ведь как: строили алкоголики. А до этого все было деревянное, каменное было — только пристройка у 12-го отделения. И все строили вместе. Не было рабочих. Больных использовали алкоголиков бесплатно, ничего им не платили. Так как селить их негде было (все это были деревянные бараки) то ставили военные палатки, и в палатках жили строители — алкоголики, которые и возводили все эти корпуса. И если, что построено не совсем так, тогда иначе все это было очень трудно делать.

Из красного кирпича только дом главного врача построили, где Р. Н. Мурашкин потом жил. Это рядом со мной, где теперь живет Вера Николаевна Храпова. Он только летом тут жил. А так-то у него была в Москве квартира на Тверской-Ямской, потом — на ул. Дыбенко — кооперативная квартире.

Вы знаете, какая квартира у Мурашкина была? Его отец был частным юристом, еще до революции. Поэтому у них была такая огромная квартира роскошная на Тверской-Ямской, это ж — центр Москвы! Но после революции не дали им такую квартиру — туда подселили жильцов, — а Мурашкины занимали там только 2 или 3 комнаты. А потом эти 2 или 3 комнаты, эта квартира им стала мала — подросли ведь дети у них, — тогда на Дыбенко Мурашкин купил кооперативную квартиру. Такая история.

Хлопотать о строительстве было страшно трудно. Такое место было заповедное — все были против. По-

селок художников, потомки Мухиной были против, Кукрыниксы, Куприянов там, и поселок академиков был категорически против. И надо было найти обходные пути, чтобы построить эту больницу...

### Эй, ямщик, гони-ка к Яру!

Я вам расскажу, как они строили. Мурашкин взял классного шеф-повара, но спивающегося... из “Яра”. Справляли целые пиры с высокими гостями из Москвы... Пока второй секретарь обкома партии не влюбилась в Мурашкина и стала его добиваться, и чинить препятствия в строительстве. Даже жена его укоряла: “Ростик! Ну,...”. А теперь выключайте! /...../...../. В результате построено 3 кирпичных корпуса, пищеблок, коечный фонд достиг 1200, больница преобразилась и приобрела современный вид. — Действительно, это были годы необычайного подъема материальной основы и клинического уровня больницы. В период летних отпусков, замечая заведующих (супругов Андросовых) в 2-х отделениях больницы, я был удивлен клинической глубиной разборов, которая не уступала Московскому НИИ Психиатрии МЗ РСФСР, где я тогда работал в отделе общей психопатологии. —

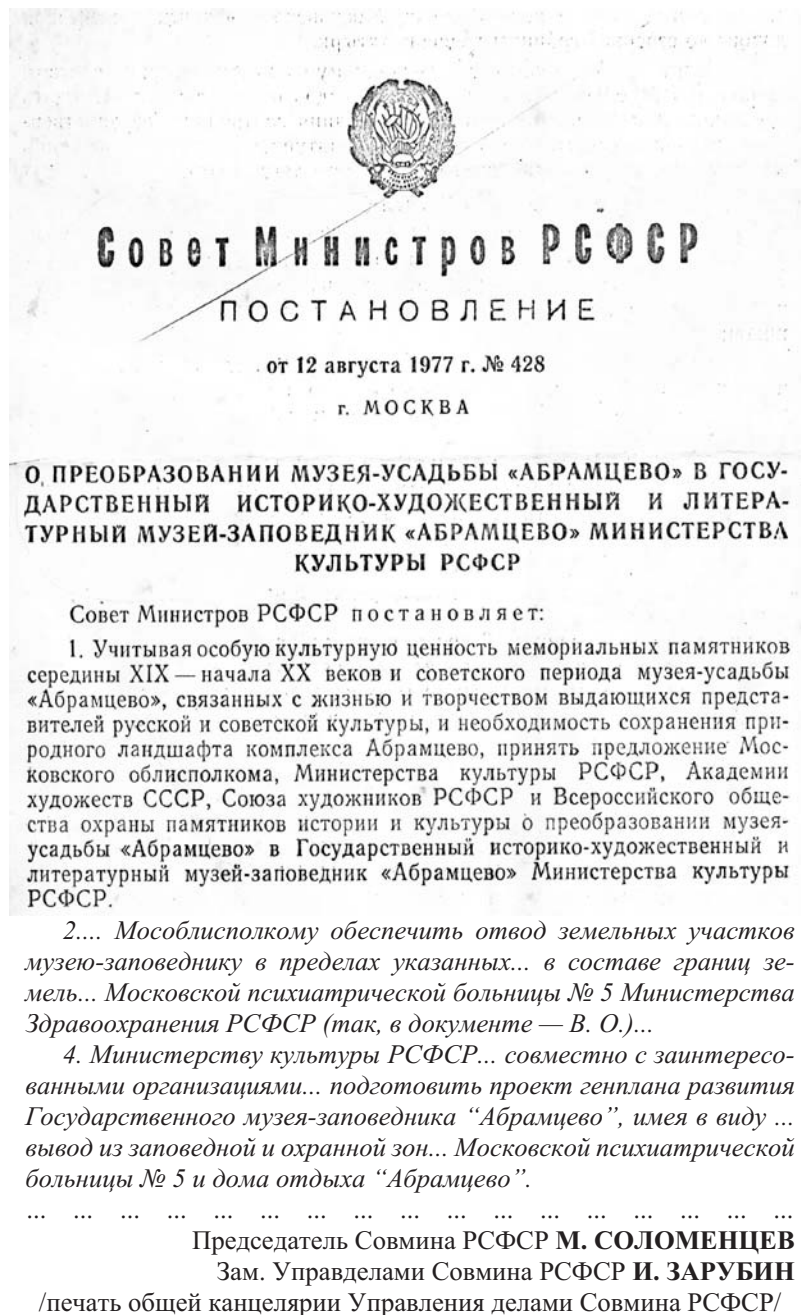
### Психбольницу — за Можай!

— Но, к несчастью, вопрос о переводе больницы снова возник, когда убили, кажется, кого-то из родственников Кукрыниксов ... Решили больницу перевести за Загорск (теперь, Сергиев Посад). Там место уже определили, но денег не дали, и больница осталась на месте, а Постановление Правительства — на бумаге. Публикуется впервые (прим. автора).

А с Раисой Максимовной Горбачевой — это был уже второй виток попыток по переводу больницы. Потому что она сказала, здесь, где 3-хэтажка, будут мастерские для художников. А где старая больница — казино. А на месте старых домов наших — смотровую площадку можно сделать. И пляж. А психбольницу? — Перенести за Загорск!

### Симферополь — Хотьково — Москва — Хотьково

Из Симферополя Ануфриевы перебрались в Хотьково. Олечка у них родилась, по-моему, в Симферополе. Когда я сюда приехала, она была уже в 1-м классе. Ирина и говорит, покажи, где мы живем, Олечка. И она водила меня, я помню, и говорит: “Нина Павловна, а Вы знаете, как дети вырождаются? Говорят, что их находят в капусте, а на самом деле они вырождаются в роддоме, потому что моя мама там работает”. Свою первую дочь Лену АК тоже очень любил. Вместе с Ириной Михайловной переживал, что у нее красный носик, как у деда Кузьмы. АК и Ирина Михайловна, его первая жена, всегда говорили, что они



**О ПРЕОБРАЗОВАНИИ МУЗЕЯ-УСАДЬБЫ «АБРАМЦЕВО» В ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ИСТОРИКО-ХУДОЖЕСТВЕННЫЙ И ЛИТЕРАТУРНЫЙ МУЗЕЙ-ЗАПОВЕДНИК «АБРАМЦЕВО» МИНИСТЕРСТВА КУЛЬТУРЫ РСФСР**

Совет Министров РСФСР постановляет:

1. Учитывая особую культурную ценность мемориальных памятников середины XIX — начала XX веков и советского периода музея-усадьбы «Абрамцево», связанных с жизнью и творчеством выдающихся представителей русской и советской культуры, и необходимость сохранения природного ландшафта комплекса Абрамцево, принять предложение Московского облисполкома, Министерства культуры РСФСР, Академии художеств СССР, Союза художников РСФСР и Всероссийского общества охраны памятников истории и культуры о преобразовании музея-усадьбы «Абрамцево» в Государственный историко-художественный и литературный музей-заповедник «Абрамцево» Министерства культуры РСФСР.

2... Мособлисполкому обеспечить отвод земельных участков музею-заповеднику в пределах указанных... в составе границ земель... Московской психиатрической больницы № 5 Министерства Здравоохранения РСФСР (так, в документе — В. О.)...

4. Министерству культуры РСФСР... совместно с заинтересованными организациями... подготовить проект генплана развития Государственного музея-заповедника «Абрамцево», имея в виду ... вывод из заповедной и охранный зон... Московской психиатрической больницы № 5 и дома отдыха «Абрамцево».

... ..  
Председатель Совмина РСФСР **М. СОЛОМЕНЦЕВ**  
Зам. Управделами Совмина РСФСР **И. ЗАРУБИН**  
/печать общей канцелярии Управления делами Совмина РСФСР/

русские. Хотя было известно, что в документах отдела кадров (личном деле и анкете) было написано — чуваш. Как и АК, Ирина Михайловна была яркой атеисткой. Гордилась, что воспитала дочерей так, что они вышли замуж за иностранных граждан Франции и Германии.

А со своей будущей второй женой Ириной Борисовной, АК познакомился, когда перешел на работу в Институт Сербского. Ирина Борисовна была там психологом. Говорят, всем она всегда старалась помочь, вечно она в каких-то заботах, чуткая... А Ирина Михайловна, наоборот, — так и должно быть, там ревность, — в общем-то, наоборот ее характеризовала,

такая-сякая. Но я общалась с Ириной Борисовной, и мне она тоже не понравилась. Вела себя как сноб. Любила про Твардовского говорить, как там они у своих знакомых с ним встречались, общались... Но в последние годы жизни она об АК уже совсем не стала заботиться. Жалко было смотреть, когда он шел с бутылкой кефира.

Ну это вообще уже жалко вспоминать, последние годы АК были печалью ... такой он неухоженный, заброшенный был...

*Доктор мед. наук Виктор Остроглазов*

*(продолжение следует)*



## Поучительная история

**Кирилл**, 11.08.2011: постараюсь вкратце описать ситуацию.

Мне 30 лет. 1980 г., до мая 2010 не испытывал “проблем с психикой”. Почему в кавычках, сейчас объясню.

В мае 2010 г. утром на работе внезапно испытал следующий приступ: 1. Сердце вдруг внезапно затрепыхалось. Ощущение как трепыхание “крыльев бабочки”. Через несколько секунд: 2. Нарастающее потемнение в глазах. 3. Усиливающийся шум в ушах. 4. Нереальная слабость. Ощущение, что вот-вот потеряю сознание. Длительность приступа 2 – 3 минуты. Окончание внезапное. Сердце начинает работать нормально.

После пары таких приступов был госпитализирован в 83 ФМБА России в кардиологическое отделение. Через неделю был выписан с диагнозом: Паническое расстройство, энцефалопатия. Врач настоятельно рекомендовала обратиться к психиатру для лечения данного расстройства.

Да, появился страх данного приступа, тем более врачу 83 ФМБА я не поверил, считал, что что-то происходит с сердцем. Стал опасаться внезапной смерти. Стал защищаться, просто неделю жил в машине около городской клинической больницы, объясняя это тем, что скорая просто не успеет доехать в случае “сердечного приступа”. Критика по поводу моего поведения сохранена. Оправдание — приступ жуткий...

Обратился в ПНД. ПНД рекомендовал лечь в санаторное отделение Кащенко, чтобы разобраться на фоне чего это у меня. Неделю лежал в ПБ Кащенко, не понравилось, по собственному желанию выписался. Через месяц зашел в ПНД, показали аккуратно шапку выписки — “Паническое расстройство, энцефалопатия.”

Лечение предложили в дневном стационаре, отказался (считал, что приступ вызван именно сердечными проблемами, а не психическими). Далее знакомый посоветовал лечь в клинику неврозов (филиал Рублево). Испытал приступ в клинике. Обратился к лечащему врачу. Лечащий врач расценил приступ как психоз на фоне шизофрении. Предложил инъекции галоперидола и аминазина. Объяснил, что все, что я ощу-

щаю во время приступа, — сенестопатии и бред. После месяца лечения выписался по собственному желанию.

Сразу же обратился в РКНК Мясникова в отделение электрофизиологии сердца. Диагноз: “Тахикардия широкими комплексами, синкопальные состояния на фоне аритмогенной дисплазии правого желудочка”. Рекомендовано оперативное лечение в Центре Бакулева. Д-з в Центре — “Пароксизмальная желудочковая тахикардия, синкопальные состояния. АДПЖ”. Рекомендована имплантация кардиовертер-дефибриллятора. Расписана подготовка к имплантации. Сейчас занимаюсь санацией ревматических очагов.

Профессура в Бакулева объяснила, что происходило: на фоне пароксизмальной желудочковой тахикардии сердце практически не качает кровь. Возникает состояние около клинической смерти, давление стремится к 0, на фоне ишемии мозга — нарушение зрения, нереальная слабость и шум в ушах, вплоть до обморока. Все это происходит на фоне патологии миокарда.

Я, конечно, понимаю, что данная патология не может объяснить мой страх смерти, мою защитную реакцию (прятался в машине возле больницы). Но собственно, после того как врачи мне все объяснили по поводу моего заболевания, как жить до имплантации, страх смерти у меня сразу пропал. То есть я прекрасно живу, работаю, страхов нет. Готовлюсь к имплантации ИКД (тем более он необходим только для того, чтобы спасти мою жизнь).

Фактически, я понимаю, что я на консультативном учете. ДЗ “шиза”, даже если ее поставили в клинике неврозов, они вроде в ПНД не сообщают. Я очень хочу как-нибудь аккуратно намекнуть ПНД, что собственно причины моих приступов найдены, не психика является их первопричиной, хочу это сделать осторожно. Ведь ребята в Кащенко и ПНД уже воткнули паническое расстройство. Опасаюсь, что данное паническое расстройство может помешать получить справки для техосмотра и тому подобное. Понимаете у меня сейчас и так тяжелый период жизни перед кардиохирургией...

Извините, за столь огромное простыню. Заранее спасибо!

**Кирилл** (на следующий день): я хочу вам расписать свои сомнения.

В мае 2010 г. я пришел в ПНД с жалобами на приступы (описание в предыдущем сообщении). Доктор

---

В предыдущем выпуске журнала допущена ошибка в iniciaлах автора статьи “Судебная проверка обоснованности решения органа опеки и попечительства о помещении недееспособного лица в ПНИ”. Следует читать: А. Г. Устинов. Приносим извинения Алексею Геннадьевичу и читателям.



## Поучительная история

выслушал описание приступов, спросил, боюсь ли смерти??? Я ответил утвердительно. Доктор посоветовал санаторное отделение Кашенко. В Кашенко провели лечение от панических атак — паксил. И отправили обратно в ПНД с паническим расстройством и энцефалопатией. Буквально через три месяца у меня нашли поражение миокарда и как следствие аритмию фатального типа — желудочковую тахикардию два ведущих кардиологических учреждения нашей родины. Помимо ПНД и Кашенко я провел месяц в клинике неврозов. Там был приступ (сердечный), так как ЭКГ никто не догадался снять, даже померить АД, следствием мой сопор и последующее возбуждение (вполне естественное после приступа ЖТ) было расценено как психоз.

Как бы мне документы в ПНД предоставить из центров Бакулева и Мясникова да и намекнуть психиатру, что их д-з — паническое расстройство, мягко говоря, не соответствует действительности...

А вообще психиатры могут ошибаться?

**Прохожий:** какое может быть управление автомобилем при синкопальных состояниях (обмороках)? Хотите аварию устроить и в тюрьму попасть???

**Кирилл:** Ваша тревога по поводу синкопальных состояний у руля мне понятна. Попробую ответить:

1. Я автолюбитель со значительным стажем и использую автомобили исключительно в личных целях.
2. Синкопальное состояние не развивается мгновенно, развитие происходит где-то за 60 сек., то есть от начала приступа проходит значительное время.
3. Кардиологи не запрещают водить автомобиль. Единственное, сразу после имплантации ИКД, где-то полгода, настоятельно рекомендовали воздержаться от вождения. Что я и собираюсь сделать. Причину таких странных рекомендаций я не уточнял...
4. Давайте тогда заставим отказаться от вождения и личного автомобиля всех сердечных больных.

**Прохожий:** в случае ЧП ваши рассуждения не спасут вас от уголовного преследования/больницы/кладбища/действий по принципу “зуб за зуб” со стороны потерпевших... В перечне медицинских психиатрических противопоказаний для отдельных видов деятельности синкопальные состояния упоминаются среди прочих противопоказаний для управления автотранспортом.

Вы правы, никто не застрахован от проблем со здоровьем за рулем. Однако, одно дело, когда возникает непредсказуемая проблема — это несчастный случай, и совсем другое дело, когда возникновение проблемы можно было предвидеть. В вашем случае возникновение проблем можно предвидеть заранее. То, что, по вашим словам, вы чувствуете наступление обморочного состояния примерно за минуту, ни о чем не говорит, т.к. вы не можете быть уверены, что очередной обморок не наступит очень быстро... В общем, вы ведете себя в этом деле абсолютно безответственно!

**Кирилл:** Вы настоящий унтер Пришибеев!

**Джюльермо Марикото,** юрист: “А вообще психиатры могут ошибаться?” — Как и все люди. Кирилл! У Вас на руках копии меддокументов из Кашенко, клиники неврозов, ПНД? Поговорите с Вашим лечащим врачом-кардиологом из Бакулевки и попросите его составить медицинское заключение с описанием симптоматики Вашего сердечно-сосудистого заболевания и направить его с сопроводительным письмом на имя главврача ПНД, в котором Вы состоите на “консультативном наблюдении”. Это первый вариант.

Вариант № 2. Этот вариант лучше, чем вариант № 1. Поговорите с лечащим врачом-кардиологом или с зав. отделением в Бакулевке о возможности созвать врачебную комиссию с участием врача-психиатра, входящего в штат Бакулевки, и на ней решить вопрос об обоснованности выставления Вам психиатрического диагноза без учета сердечно-сосудистой патологии. А потом заключение комиссии с сопроводительным письмом направить в адрес главврача ПНД.

Попробуйте предпринять эти первые шаги.

**Кирилл:** Джюльермо! На руках имеется:

1. Выписка из РКНПК Мясникова. Диагноз: Тахикардия широкими комплексами, синкопальные состояния. Гипертоническая болезнь.
2. Бумажка из Центра Бакулева. Консилиум поставил диагноз: Пароксизмальня желудочковая тахикардия. Синкопальные состояния. Рекомендовано: проведения инвазивной ЭФИ с задачами поиска аритмогенных зон перед имплантацией кардиовертер-дефибриллятора и возможной аблацией очагов. Документ данный был выдан, в частности, для предоставления в ДМС от Лукойла, где я работаю. Так как рекомендованные хирургические вмешательства стоят около 1 млн. руб.
3. В ПНД на руки копию выписки, заключения мне никто не давал. Дали посмотреть шапку выписки из Кашенко (по моей настоятельной просьбе), т.е. диагноз, прикрыв руками саму выписку — как я понимаю анамнез и размышления врача-психиатра по поводу моего заболевания.
4. В клинике неврозов мне не выдавали выписку на руки, диагноз даже на словах не был сказан. Перед тем, как меня начали колоть галоперидолом и аминамином, врач сообщил мне, что у меня бред, сенестопатии на фоне шизофрении!!!!!! (поставил диагноз за три минуты общения в первый день и за одну минуту, после приступа на второй день. Никаких психологических тестов на мышление вообще не проводилось), что данное лечение, которое мне будут проводить, перезагрузит мой мозг и данные приступы пройдут. Маме обосновали начатое лечение аналогично.

Мне требуется:

1. Инвазивная кардиохирургическая операция ЭФИ.
2. Имплантация кардиовертер дефибриллятора
3. Возможная аблация аритмогенных зон.

1, 2, 3 ЗАПРЕЩЕНЫ (не знаю кем, руководством центров Мясникова и Бакулева, возможно Минздра-

вом) к проведению у лиц с психическими расстройствами.

За три дня до назначенной операции в центре Мясникова я сказал лечащему врачу, что лежал в ПБ Кащенко и ПБ “клиника неврозов”. Следующим шагом лечащего врача был вызов для меня на освидетельствование штатного психиатра (у них есть из института Сербского). Поговорили с психиатром. Результат: вменяем, психических нарушений не видит... **НО ТАК КАК НЕТ ДОКУМЕНТОВ ИЗ КЛИНИКИ НЕВРОЗОВ, НЕТ ДОКУМЕНТОВ ИЗ ПНД, НЕТ ДОКУМЕНТОВ ИЗ КАЩЕНКО, ПСИХИАТР НЕ ЗНАЕТ, ОТ ЧЕГО ЛЕЧИЛИ, ДЛЯ ЧЕГО. ЕГО ПРЯМАЯ РЕЧЬ ЗАКЛЮЧАЛАСЬ В ТОМ, ЧТО ПОЛУЧАЕТСЯ НА НЕГО СЕЙЧАС БУДЕТ СВАЛЕНА !!!ОТВЕТСТВЕННОСТЬ!!! НА ДОПУСК К ОПЕРАЦИИ.** Его слова: “Извини, я боюсь.” В результате доктора Мясникова, рекомендовали обратиться в Бакулева и молчать там, что лежал в ПБ.

**Джюльермо Марикото:** Кирилл! Я Вам дам только юридические советы. В соответствии со ст.31 Основ законодательства о здравоохранении Вы вправе получить копии всех медицинских документов: выписок, медкарт и т.д. Часто психиатры не выдают копии меддокументов и тогда приходится судиться. Есть другой путь. В Бакулевке главврач заверяет Вашу доверенность на предоставление Бакулевке копий всех Ваших документов, и Бакулевка делает запрос во все психиатрические учреждения, где Вы лежали, с просьбой предоставить заверенные копии меддокументов в связи с предстоящей операцией. В Бакулевке будет проводиться операция, и на врачах Бакулевки будет лежать ответственность за последствия операции. Скрывать или не скрывать — решать Вам. Это Ваша жизнь. Советовать здесь невозможно, так как неизвестно, есть у Вас психическое расстройство или нет. Может быть, Вы ошибаетесь по поводу своего психического состояния.

Не совершите фатальную ошибку...

**Кирилл:** Джюльермо! Я обращался по поводу своего психического состояния в НИИ Психиатрии на ул. Потешной. Меня смотрел зам. директора Института А. Е. Бобров и занималась психотерапией Виноградова Любовь Сергеевна. Задавал я ей вопрос насчет ИКД, как перенесу операцию. Разрешили. Так что уверен, мое психическое состояние позволяет имплантировать ИКД. Фатальной ошибки не будет!

Медикаменты психотропные мне в НИИ вообще не назначали. Кстати, я читал темы форума, проследживается мысль: психиатры уроды, каратели и тому подобное. Это неверно. Просто в ПНД и учреждениях вроде Кащенко у врача сотня пациентов, досконально разбираться с тараканами в головах граждан нашей необъятной родины им тяжело, а помимо этого есть ответственность, а ее очень не хочется брать на себя. Отсюда и следует диагноз — вы глубокий дурак, необходимы инъекции аминазина. А дальше, приходим уже к другой реальности — психиатры шарлатаны,

психиатрия не наука! А это неверно. А вот когда врач начинает разбираться и заставляет себя думать, то результат не заставит себя ждать. Мне очень повезло, что я случайно “попал” на своего психотерапевта Виноградову Л. С. Она отличный доктор. Поэтому я не отвергаю психиатрию. И вижу другой путь: если я обращусь в НПА, предоставлю документы из соматических больниц, пройду психиатрическое освидетельствование. Получу непосредственные консультации специалиста-психиатра. И мы вместе обсудим всю ситуацию.

Как вы считаете, Джюльермо, такой подход будет более конструктивным?

**Джюльермо Марикото:** Возможно. По крайней мере, если результаты освидетельствования будут в Ваших интересах, то у Вас появится повод не сообщать врачам Бакулевки о всех Ваших перипетиях с психиатрами.

Кирилл! Вы заключили договор о ДМС. А там случайно нет пункта о том, что если выгодоприобретатель утаивает информацию о состоянии своего здоровья, то он несет риск ответственности, и на такие случаи страховое покрытие не распространяется?

**Кирилл:** Джюльермо! Договор ДМС заключает работодатель. Мне лишь выдается на руки пластиковая карточка. Я даже не подписываю документы. ДМС в курсе, начальство на работе также. ДМС оплачивает дорогостоящую операцию. Куратор контролирует состояние моего здоровья. Сами понимаете, что “придурка” не держали бы на работе в крупной компании и не оплачивали “идиотику” дорогостоящую кардиоинвазию.

**Игорь:** Кирилл, я как врач советую Вам молчать и забыть, что Вы там в ПНД лежали. Консультативное наблюдение это по обращаемости. После проведения оперативного лечения Вы можете в судебном порядке оспорить данный диагноз, если он Вам мешает при устройстве на работу.

**Кирилл:** Игорь, спасибо вам! Я так и поступлю.

**Умник:** Игорь, Вы как врач, не могли бы объяснить, как так получилось, что ситуация с ошибкой, которая чуть не стоила жизни, имела возможность быть. Возможно, кто-нибудь из других врачей объяснит.

**Ишкильдн:** вот именно поэтому ГКПЧ настаивает на том, чтобы КАЖДЫЙ человек, который может попасть в кабинет психиатра, ДО того, как он к нему попадет, получал полноценное соматическое обследование. Согласно исследованиям швейцарских психиатров, до 40 % пациентов, которые к ним попадали в 90-х годах, имели соматические заболевания, адекватное лечение которых могло улучшить психический статус человека и избавить его от всего, что происходило далее в психиатрическом стационаре. Кирилл очень легко отделался, ИМХО.

**Кирилл:** Я хочу ответить в данной ветке Умнику. Умник, я не врач, всего лишь пациент. Но разрешите вместо врача дать оценку ситуации. Ошибки психиатрии никакой не было... Врач ПНД обоснованно предлагает лечь в больничку, для диагностики. Я попадаю

## Поучительная история

в Кашенко, санаторное отделение. Мною занимается психиатр, зам. зав. отделения Киссельмана, забыл как ее зовут. Психиатр классный и вообще как человек замечательный. Мне эта женщина очень понравилась. Ее слова — после разбора и психолога: “С психикой у тебя все в порядке!”... Я сам ушел из Кашенко, мне не понравилась длительность предлагаемого лечения. И очень зря...

Клиника неврозов в Рублево? Лето, пора отпусков, два психиатра на несколько этажей. Молодой и старый. Тут у меня приступ, трясет, двигаюсь по стенке без тапочек, испуганно зову доктора и сообщаю, что мне жутко плохо, типа сердце. Что доктор может сделать... Он один, он молодой. Посоветоваться не с кем. На руках выписка из 83 ФМБА. Что он должен делать? Больница не приспособлена для содержания психически тяжелых граждан. Он не решается брать на себя ответственность, он просто меня усыпляет на три недели, расценивая все как шизофрению. Он просто ждет коллег из “Неврозов на Шаболовке”, чтобы “разделить” эту ответственность с ними... А НИИ Психиатрии, ну это за гранью моего понимания. Просто взяли и за месяц вылечили от страхов!!! Психотерапией (таблички составлял)... БЕЗ ТАБЛЕТОК И УКОЛОВ!

Да у нас самая лучшая психиатрия в мире!!! У нас самая невероятная школа. Бурно, Снежневский. Это же фантастика. Как же вы этого не видите!!! И остальные доктора у нас отличные... Я лично “идиотов” и “профанов” не видел...

P.S. ПНД все-таки не совсем лечебное учреждение. Есть у него функции контроля и учета. Поэтому лучше туда действительно не обращаться. Ошибутся немного, и шиза с наблюдением динамическим обеспечена.

**Умник:** возможно, тот врач, который Вам шизофрению поставил и “усыпил” на три недели, решится дать объяснения на этом форуме и заодно, рассказать, является ли тот препарат, который был Вам назначен, “снотворным” и чего он хотел добиться, погружая Вас в “сон”. Есть ли возможность каким-либо образом пригласить этого доктора на форум?

**Кирилл:** прошел целый год, он даже не вспомнит историю болезни. Да, к стати мог теми уколами меня убить... Но психиатр в этом не был виноват, так как соматика это упустила, и ни один из коллег-психиатров его бы не осудил...

**Умник:** Что ж... Другого ответа я и не ждал. Я уже привык, что подобные дискуссии сводятся к набору шаблонов (“это было давно”, “никто не виноват”, “мне ли судить” и пр.). По-видимому, ситуация вроде Вашей — обычное дело для психиатрии. И пациентам остается уповать лишь на везение. Если до Вашей истории я полагал, что человек, начав лечение у психиатра (добровольно в Вашем случае), попадает в ситуацию выбора между возможными рисками от лечения (побочное действие препаратов, длительная госпитализация с возможной соц. дезадаптацией, длительный

прием дорогостоящих препаратов, стигма) и возможной пользой (быстрое, в некоторых случаях, редуцирование симптоматики, минимум собственных усилий, улучшение качества жизни, предупреждение более серьезных последствий нелеченной болезни...), то сейчас, после Вашей убедительной истории, в правдивости которой я не имею морального права сомневаться, я понял, что на самом деле человек, обратившийся к психиатру, рискует собственной жизнью.

**Не в меня ем:** Кирилл, какой эйфоричный пост! Не могу оставить без ответа такую оду! Вы приняли “чудо-пилюли”? Уже запомнили как “врач сообщил мне, что у меня бред, сенестопатии на фоне шизофрении!!!! (поставил диагноз за три минуты общения в первый день и за одну минуту, после приступа на второй день”?... Врачи-маньяки могут десятилетиями принудительно лечить мифические хвори, делая человека животным. Я лично видел женщину, которая провела в психушке 6.5 лет! Вас бы туда, вместе с восторженностью... На лечебную экскурсию, на месяц хотя бы... Что это за болезнь?? Бывает ли такое в других направлениях медицины?

Большей частью все это — риторика (или как говорят психиатры “РЕЗОНЕРСТВО”). Пока вы пишете свои восхищенные опусы, а я гневные комменты на них, врачи-маньяки “старым дедовским” галоперидолом делают идиота из очередного несчастного. Это происходит сейчас, происходило вчера и не закончится ни завтра, ни послезавтра... ЧУДОВИЩНО.

**Умник:** “Мне эта женщина очень понравилась. Ее слова — после разбора и психолога: “С психикой у тебя все в порядке!”. Зачем, Кирилл, Вы искушаете на диалог с Вами. Трудно пройти мимо явных противоречий Ваших сообщений. С одной стороны, Вы нахваливаете отечественную психиатрию, с другой — рады, что вырвались. Так если там так хорошо, так и продолжайте лечение. Думаю, что выбор за Вами: лечить тело или успокоить душу и прожить столько сколько сможете.

**Кирилл:** ... Рисполепт, аминазин, галоперидол ни разу не сняли страх смерти. То есть фактически это лечение пошло мимо, потому что оно приносит плоды при настоящих психозах, а у меня просто ошибка была... Почему не хочу гадостей говорить про “неврозы” на Рублево. Не хочу и все тут. Как бы Вам объяснить, Умник! Мой родной дядя психиатр, д.м.н., профессор, родная сестра врач московской ПБ. Две тети психиатры областной дурки. Мама паталогоанатом, две бабушки врачи. В клинику неврозов я попал по протекции дяди. У него там все кореша. Лечили меня по высшему стандарту, по знакомству... А именно как — мой дядя испугался, что у меня шизофрения, ну и сдал в неврозы своим интернам. Когда у меня произошел приступ, врач интерн созвонился с дядей, ну и лечил дальше, как мой родной дядя ему сказал. Сняли лечение через три недели, когда комиссия приехала. А дядя кайфовал на Кубе в это время. Поэтому мое со-



стояние мониторил по телефону со слов интерна. Да, он был уверен, что у меня шизофрения. Сомнения в своих умозаключениях у него зародились после Мясникова и Бакулева. Сейчас успокоился. Говорит, что хотел как лучше, испугался, что у любимого племянника возникнет дефект. Говорит, что очень уж мое поведение было похоже на шизофреническое в тот момент, если бы знал что у меня реальные сердечный приступы, такой бы диагноз не впаял никогда. А врач Андрей, который непосредственно по команде дяди колол галоперидолом, а к нему какие вопросы могут быть?? Наоборот, когда я приходил в себя, рассказывал мне про сенестопатии и шизофрению... Объяснял, что спасает от дефекта. Говорил — что уколы мое спасение, надо терпеть... Кстати, говорил он это искренне. Он тоже хотел, как лучше. А получилось, что получилось. Кстати дядя тоже искренне рад тому факту, что ошибся с диагнозом. Говорит, что если бы я понимал, что такое “дефект”, то понял, почему он так перестраховался.

**Умник:** Кирилл, Вы ведете себя как подозреваемый на допросе, который и на самом деле виноват, но хочет скрыть преступление. С каждым новым постом появляются новые факты, один другого изощреннее. Вы мне напоминаете Раскольников. Только в Вашем случае Вы пытаетесь оправдать не себя, а других людей, совершивших “злодеяние”. Кавычки нужны потому, что герой Достоевского тоже был убежден, что поступок оправдан его нелепыми теориями и после каждого столкновения с реальностью был вынужден сочинять что то новое, удерживающее его вдалеке от контакта с ней. Итог один — нервное истощение и единственно возможный финал — признание как избавление от страданий. Не знаю, что ждет Вас впереди. Во всяком случае, Вы не Раскольников, а я не Порфирий Петрович. Так что живите себе спокойно и не вводите людей в заблуждение. На сей момент, Вы убедительно показали, как мини-сообщество психиатров в виде Вашего близкого окружения испортило Вам здоровье под влиянием собственных “психиатрических галлюцинаций”. Затем, как будто спохватившись, Вы начали хвалить и оправдывать этих же людей, не приводя сколько-нибудь значимой аргументации. Кого и в чем Вы хотите убедить на этом форуме?

**Не в меня ем:** Ну что ж... Я не прочь “порезонёрить” тему... В любом случае — на пользу делу

разрушения психиатрии! ЭТО НУЖНО УНИЧТОЖИТЬ! ДО ОСНОВАНИЯ!.. “Психи” должны объединиться. Во всех доступных средах, особенно во Всемирной Паутине. В крупных городах “психам” доступны масштабные, мощные акции.

**Кирилл:** ... Далее сердечный приступ. Андрюха испугался, набрал дяде. Дядя со слов Андрея приказал начать лечение галоперидолом и аминазином. Весь этот ужас продолжался три недели... Этот дурдом прекратила комиссия из центральной клиники неврозов. После чего мне резко остановили инъекции... Далее у меня неделю была нейрорепсия, я еле ходил. Руки, ноги двигались сами по себе. Андрюха, сказал, что нужен циклодол, только его НЕТ... Далее месяц со мной творилось что-то страшное. Я стал бояться всего... ВСЕГО... Я не хотел ехать домой, на работу... Я прятался в машине... Три раза я вызывал прямо к машине психиатрическую помощь... Я РАССКАЗЫВАЛ ВСЕ ЭТО. ПРОСИЛСЯ В ДУРКУ, В ОСТРОЕ... ПРОСИЛ ОБРАТНО ГАЛОПЕРИДОЛ, ЧТОБЫ НЕ ПОНИМАТЬ НИЧЕГО. МЕНЯ НЕ ЗАБРАЛИ... ОТВЕТ — У ВАС СИЛЬНЫЙ НЕВРОЗ... К ПСИХОТЕРАПЕВТУ.

Ко мне приезжала сестра, возила покушать в кастрюльке супчики. Уговорила лечь в Мясникова, раз я убежден, что у меня проблемы с сердцем. Дальше мне нашли причину “панических атак”. Я был опустошен... А вот Бобров, которому я пою дифирамбы, как раз и спас меня! Без таблеток, только за счет психотерапии. Я ОПЯТЬ ПРЕЖНИЙ...

Мои диагнозы у психиатров.

Первые освидетельствования у психиатров я проходил по требованию дяди в 2008 году. 2008 г.: Органическая мозаичная психопатия личности; истероидная психопатия личности; вялотекущая шизофрения;

2010 г.: паническое расстройство; шубообразная шизофрения; энцефалопатия; невроз; без патологии; неврозоподобная шизофрения; психастеник, нозофобия.

**Не в меня ем:** теперь я сильно сомневаюсь в правдивости всей картины, заодно и в том, что Вы в порядке... Хотя, если среди психиатров живете — немудрено.

...В “правдивости картины” я сомневаюсь — ОНА ФАНТАСТИЧЕСКАЯ. Такого не бывает!

*От редактора. Это отрывок с Форума на сайте нашей Ассоциации. Мы сократили текст по этическим соображениям. В нем с большой экспрессией разворачиваются, переплетаются и делают совершенно неожиданные зигзаги несколько важных линий — диагностическая и практические: организационная, юридическая, лечебная, антипсихиатрическая, этическая, а также осложняющий характер наличия родственников-психиатров и несколько других. Поначалу, казалось бы, ясно обрисованная картина вызывает сходные естественные советы, но введение дополнительной информации значительно меняет оценки, что само по себе очень красноречиво и поучительно. С определенного момента размах писаний обратившегося за советом Кирилла, их частота (порой каждые 10 минут), тональность, стиль, система отношений, раскованность, отсутствие тормозов... обнаруживают фазу подъема..., позволившую увидеть многое и самих себя другими глазами.*



## 20-летие Феникса. Юбилейная конференция в Ростове-на-Дону. Единство позиций

15 – 17 июня этого года в г. Ростове-на-Дону под эгидой Ростовского государственного медицинского университета, Лечебно-реабилитационного научного центра “Феникс”, Российского общества психиатров и Независимой психиатрической ассоциации России прошла научно-практическая конференция с международным участием.

Конференция имела большое географическое представительство. Среди ее участников были специалисты из Иркутска, Томска, Барнаула, Екатеринбурга, Ставрополя, Краснодара, Москвы, Санкт-Петербурга, Армении.

Она была приурочена к 20-летию Лечебно-реабилитационного научного центра “Феникс” и проводилась под девизом “Психиатрия: быть или не быть?!”. Уже сама по себе формулировка девиза, его полемичный характер отражали суть и направленность тематики конференции, подчеркивая озабоченность ее участников судьбой и перспективами этой важнейшей области медицины.

После официального открытия конференции состоялось юбилейное заседание. С докладом, а правильнее сказать, с увлекательным и поучительным повествованием “ЛРНЦ “Феникс”: 20 лет в пути” выступил его организатор и президент профессор А. О. Бухановский. Содержание его выступления, дополненное главным врачом этого центра О. А. Бухановской, показало трудности и в то же время позитивные перспективы развития частной психиатрии в нашей стране. Затем эта тема была продолжена рядом участников конференции и в официальных докладах, и в кулуарах.

Программа первого пленарного заседания “Блеск и нищета психиатрии” своим эпатажным обозначением усиливала звучание общего девиза конференции и соответствовала не менее звучным названиям и содержанию представленных на нем докладов, авторы которых анализировали положение дел в психиатрии и стремились наметить пути ее развития в условиях вызовов современности. Это доклады Н. Г. Незнанова и П. В. Морозова “Психиатрия: Quo vadis? (куда идешь?)”, А. С. Аведисовой “Фармацевтический рынок России: быть или не быть?”, Б. Н. Пивень “Психиатрия без психиатров?” и А. О. Бухановского “Блеск и нищета психиатрии”. Причем последний

доклад был представлен в виде впечатляющего видеоролика.

В повестке конференции значились и прозвучали в докладах на одном из пленарных заседаний такие важные для функционирования психиатрии в современных условиях вопросы как роль Российского общества психиатров (РОП) в отечественной психиатрии (Н. Г. Незнанов) и развитие профессиональных общественных организаций в России (О. В. Лиманкин), доступность психиатрической помощи больным с пограничными психическими расстройствами (В. Л. Малыгин).

Значительное место в программе конференции — отдельное пленарное заседание, заняли доклады, посвященные как общим (В. Н. Краснов, Н. А. Корнетов, Б. Д. Цыганков), так и частным (А. Б. Шмуклер, В. Л. Малыгин, Н. М. Залуцкая, В. В. Мрыхин) вопросам классификации психических расстройств. В частности профессор Б. Д. Цыганков в своем выступлении убедительно обосновал необходимость создания Национальной классификации психических заболеваний и предложил ее проект.

В ряде докладов одного из пленарных заседаний и нескольких симпозиумов рассматривались актуальные вопросы общей психопатологии, диагностики психических расстройств и терапевтической тактики при психических заболеваниях.

В программе конференции свое место нашли аспекты последипломной подготовки специалистов — психиатров (Н. Н. Петрова) и психотерапевтов (В. И. Курпатов).

С большим интересом участники конференции прослушали сообщение председателя экспертного совета по медицине ВАК России члена-корреспондента РАМН, профессора Д. Ф. Хритинина “Современные требования к диссертационным работам”, вызвавшее много вопросов.

В процессе работы конференции прошло заседание Президиума правления РОП. Обсуждалась как текущая его деятельность, так и планировались очередные мероприятия. В частности речь шла о необходимости официального, юридически оформленного членства в РОП его региональных отделений.

Во время заседания неожиданно прозвучало заявление заместителя председателя РОП профессора

В. Н. Краснова о том, что есть возможность решения многих острых проблемы психиатрии. И это решение достигается тем, что РОП, как член Медицинской палаты, возглавляемой профессором Рошалем, чуть ли не автоматически, вслед за ней, входит в Общероссийский народный фронт, что открывает широкие перспективы для исправления положения дел в психиатрии. В. Н. Краснов пояснил при этом, что обсуждение этого вопроса только что по телефону состоялось с профессором Рошалем, а его заявление следует считать лишь информацией. Однако заявление В. Н. Краснова не вызвало поддержки у присутствующих членов Президиума. Напротив, в выступлениях ряда членов Президиума и в репликах присутствующих было высказано неприятие этой позиции. Основным контраргументом вхождения в этот фронт явился отказ от участия психиатрии в политических акциях, диктуемый недавней негативной историей советской (русской) психиатрии.

Конференция была хорошо организована. Основными ее организаторами явились ЛРНЦ “Феникс” и кафедра психиатрии и наркологии РостГМУ, представляющие по сути дела единое объединение. “Фе-

никс” помимо лечебно-реабилитационной и научной работы занят большой благотворительной и общественно-профессиональной деятельностью. Профессор А. О. Бухановский и многие его сотрудники являются активными членами как РОП, так и Независимой психиатрической ассоциации России, а доцент А. Я. Перехов — ее вице-президентом. О масштабах общественной деятельности “Феникса” говорит и то обстоятельство, что он выпускает многополосную газету “Новая психиатрия”, распространяемую по бесплатной подписке.

Конференция широко и позитивно освещалась местными СМИ, что свидетельствует о хороших творческих контактах ростовской психиатрической службы и журналистов и идет на пользу имиджу психиатрии.

Хочется отметить также, что организаторы конференции создали теплый психологический климат, способствующий ее продуктивной работе. Он проявлялся и в индивидуальной заботе о гостях, и в насыщенной социальной программе. В числе ее мероприятий и великолепная прогулка на теплоходе по Дону.

*Б. Н. Пивень*

## **Национальная Медицинская Палата: декларация о намерениях и пошлая действительность**

22 июня 2011 г. на заседании Совета Национальной Медицинской Палаты под председательством Президента Палаты Л. М. Рошалья НПА России была единогласно принята в члены Палаты.

Помимо вопроса о членстве в Палате на заседании Совета были рассмотрены и другие вопросы. Первоочередной важности явился вопрос о выработке Палатой единой позиции в отношении редакции ст. 70 законопроекта “Об основах охраны здоровья граждан”, которая регулирует деятельность профессиональных медицинских и фармацевтических общественных организаций. До начала заседания Госдумы по уточнению редакции данной статьи оставалось несколько часов, и Л. М. Рошаль предложил Совету и всем собравшимся в срочном порядке обсудить предложения НМП по этому очень важному как для Палаты, так и для всех профессиональных медицинских организаций вопросу.

Несколько раз в течение заседания слово предоставлялось приглашенному на заседание Совета НМП представителю НПА России — руководителю юридической службы Ю. Н. Аргуновой, высказавшей в ходе дискуссии критические соображения и предложения по ст. 70 законопроекта.

Члены Совета проголосовали за предложение Ю. Н. Аргуновой по дополнению перечня прав профессиональных медицинских общественных органи-

заций правом участвовать в выработке решений органов государственной власти и органов местного самоуправления в порядке и объеме, предусмотренном законодательством. Это право записано, в частности, в Уставе НПА России.

Другое предложение — о введении права организаций выступать с инициативами по вопросам общественной жизни, вносить предложения в органы государственной власти по вопросам, касающимся уставной деятельности организации, — поддержки не получило. Не стремясь, по-видимому, проявлять инициативу, вносить свои предложения, т.е. занимать активную позицию, члены Совета тем самым поспособствовали постановке заслона для таких действий со стороны тех профессиональных общественных объединений, которые компетентны в вопросах, по которым выдвигают свои предложения, и при этом не боятся этого делать, имея как положительный, так и отрицательный опыт.

Глубокое сожаление можно также выразить по поводу категорического отказа членов Совета НМП включить в ст. 70 законопроекта право медицинских общественных организаций осуществлять защиту прав пациента, даже несмотря на то, что Ю. Н. Аргунова напомнила участникам заседания о большом вкладе в установление приоритетов прав пациента Всемирной медицинской ассоциацией (ВМА), осно-

ванной еще в 1947 г. национальными медицинскими ассоциациями. Важнейшее значение и поныне имеют принятые ВМА Лиссабонская декларация прав пациента (1981 г.), Хельсинская декларация (1964 г. с последующими изменениями). Хорошо известны положительные результаты по защите прав граждан с психическими расстройствами НПА России, Уставом которой специально предусмотрен данный вид деятельности. Президент НМП Л. М. Рошаль, отвергнувший, тем не менее, предложение представителя НПА России на основании мнения большинства членов Совета Палаты, видимо, не помнит о своем интервью “Российской газете” (2010, 16 сентября), в котором он убеждал читателей в том, что НМП как новая общественная организация России “нацелена на защиту и врача, и пациента”.

Ю. Н. Аргунова просила членов Совета Палаты не забывать, что обсуждаемая норма касается полномочий не сугубо НМП, а многочисленных медицинских общественных объединений. Но тщетно.

Разумеется, НПА России, как и другие, хотя и не многочисленные, профессиональные общественные организации, в Уставе которых записан данный вид деятельности, осуществлять действия по защите прав пациентов после принятия нового федерального закона не перестанут. В то же время позиция по данному вопросу профессионального медицинского сообщества в лице НМП весьма красноречива, о чем следует задуматься.

Указанные решения Совета НМП, однако, не единственное, что вызывает протест и возмущение, причем не только членов НПА России, но и некоторых других членов Палаты. Согласно предложенной редакции ст. 70 законопроекта под общероссийской профессиональной медицинской организацией отныне будет пониматься организация, которая объединяет региональные и (или) межрегиональные медицинские организации, созданные более чем в половине субъектов РФ и объединяющие более половины медицинских работников страны. То есть организация, образовавшаяся не путем объединения региональных организаций, а, наоборот, сформировавшая свои отделения в регионах, ставится вне закона. Такая позиция противоречит ст. 30 Конституции РФ (о праве граждан на объединение), а также положениям ФЗ “Об общественных объединениях”. Однако доктор Рошаль парировал указанные доводы, заявив, что он вообще против существования нескольких общественных организаций в рамках одной медицинской специальности; что достаточно одной организации, выражающей общее мнение, а остальным, “хоть это и будет для них неприятно, придется уйти”. Он считает, что мнение врачей всех специальностей должна представлять единая НМП, и никакие многообразие, своеобразие и плюрализм мнений значения иметь не должны. Дело доходило до абсурда: не видя разницы и постоянно путая психиатров и психотерапевтов,

доктор Рошаль выразил убеждение в том, что существование профессиональных объединений психиатров и отдельно психотерапевтов — результат того, что психиатры и психотерапевты “никак не могут между собой договориться”.

Примечательно, что те доводы представителя НПА России, которые не были приняты членами Совета открыто, находили затем поддержку присутствовавших — не членов Совета, а также членов Совета, но уже шепотом в кулуарах.

Отрадно, что НПА России и Российская психотерапевтическая ассоциация действовали на заседании Совета НМП фактически в тандеме.

*Ю. Н. Аргунова*

### Комментарий Президента НПА России

Полтора года назад мы опубликовали (НПЖ 2010, 1, 90) основания крайне скептического отношения к возможности в современных российских условиях что-либо радикально изменить в системе здравоохранения. Это не удалось академику Андрею Ивановичу Воробьеву в ранге министра в более благоприятных условиях.

Но кризис здравоохранения, кризис министерства здравоохранения, единодушное возмущение политической министерства на XIII съезде НПА России и XV съезде Российского общества психиатров (РОП), наша резкая резолюция, такая же резолюция Пироговского съезда и, наконец, позиция и сама фигура Леонида Михайловича Рошала с его планом создания Национальной медицинской палаты (НМП) обнадеживали. Выводы доклада о деятельности его комитета в Общественной палате, в которой он разочаровался, совпали с нашими выводами, а цели и задачи НМП — с нашим уставом. Поэтому мы, как и РОП, вступили в НМП.

Однако в помещенном выше репортаже Ю. Н. Аргуновой поражает не только элементарная юридическая неосведомленность представителей различных медицинских обществ, но и уозость их общественно-политического кругозора, легковерие, отсутствие собственной выношенной позиции как таковой. Более того, коллеги-медики явно не понимают, что такое психиатрия, не слышали о двойном членстве в обоих обществах, и явно не знают проблематики тем “Власть и наука”, “Власть и психиатрия”, которые стоит вспомнить в связи с 60-летием Павловской сессии.

Наконец, известие о вступлении Национальной медицинской палаты в Народный фронт вызвало ощущение, что нас заочно скопом женили, даже не извещая об этом, причем в нарушение одного из основных принципов нашего Устава — быть вне политики. Что бы не говорили, всем ясно, что Фронт — проправительственная и, таким образом, политическая структура, а вступление в ряды Фронта целыми обществами и коллективами — советский стиль. В

нашем уставе принципиально нет коллективного членства, только индивидуальное.

Вице-президент нашей Ассоциации проф. Б. Н. Пивень (Барнаул) прислал репортаж относительно обсуждения этого вопроса на Пленуме Правления РОП 16.06.11, где он и ведущие фигуры РОП были против вступления в Народный фронт. Такова же позиция трех других вице-президентов нашей Ассоциации из Архангельска, Ростова-на-Дону и Владивостока.

В телефонном разговоре с Л. М. Рошалем (04.07), я выяснил, что он лично — против, но, обзвонив членов НМП выявил якобы единодушное согласие (в нашу Ассоциацию никто не звонил), и что премьер В. В. Путин уверил его, что, войдя во Фронт, НМП сможет внести любые изменения в законопроект “Об основах охраны здоровья граждан в РФ”, так как до Думских слушаний оставалось еще три дня. “Я выдвинул, — сказал мне Л. М., — такие условия, которые можно назвать ультиматумом.” Как будто ультиматум возможен авансом, как будто законопроект на 193 страницах можно полноценно поправить в три дня, и как будто можно верить словам политиков, которые продают таким образом воздух, т.е. то, что каждому и без того положено. Достаточно сказать, что общественные организации привлекли к обсуждению, только когда законопроект уже перешел в Думу. Верить можно только делам и не прося, а требуя, не ослабляя позиции. Министр Т. Голикова не постеснялась заявить, что законопроект долго и тщательно обсуждался и что это “самый пациенто-центрированный закон в истории России”, хотя право медицинских объединений на защиту прав пациентов в 76 статье этого законопроекта как раз отсутствует. Действительно, тексты статьи “Профессиональные медицинские и общественные объединения” на сайтах Минздравсоцразвития (ст. 71) и Госдумы (ст. 76) существенно отличаются: так, исчезли слова, полностью девальвировавшие все предоставляемые права, т.к. по первоначальному тексту эти права предоставлялись только тем общественным объединениям, которые “аккредитованы уполномоченным федеральным органом власти”. Впрочем, нельзя исключить, что эта формулировка вынырнет снова в последний момент. Этот пример хорошо отражает общий дух подготовленного министерством законопроекта. Даже в последней редакции аттестация медицинских работников не передается в ведение научных обществ, как во всем мире, а они только “могут принимать участие” в этой деятельности.

Таковы наши “слуги закона” и “творцы русской демократии”. Надо ли еще разъяснять после сказанного, что Независимая психиатрическая ассоциация России не считает себя членом Народного фронта, более того, считает нелегитимным вступление в ряды Народного фронта Национальной медицинской палаты.

\* \* \*

19.08.2011 Л. М. Рошаль более полутора часов уделил мне и Ю. Н. Аргуновой, выслушав нас, читая предпосланные выше тексты и очень эмоционально разъясняя свою позицию относительно, прежде всего, ориентированности НМП на защиту интересов пациента. Мы постарались донести до него, что НПА России, видимо, едва ли не единственная профессиональная организация, которая соответствует декларациям Национальной Медицинской Палаты с самого начала своего существования, т.е. уже больше 20 лет, и что ее опыт важен для всех членов Палаты, так как сама специфика психиатрии, ее непосредственная переплетенность с социально-политическим положением в стране и проблемой профессиональной автономии выступают наиболее остро.

После этого нас приглашали на обсуждение программы развития здравоохранения г. Москвы на 2012 – 2016 гг. и на круглые столы по обсуждению системы подготовки и переподготовки кадров, а также по вопросам деятельности профессиональных медицинских ассоциаций и саморегулируемых организаций в здравоохранении. О первом мероприятии нам сообщили по телефону: “Завтра состоится...”, на второе и третье — электронной почтой, соответственно за один и два дня до начала без предоставления заблаговременно материалов по обсуждаемым вопросам. В связи с этим мы направили в Национальную Медицинскую Палату письмо, в котором в числе прочего говорилось:

«Приглашения на важные проблемные обсуждения за 1 – 2 дня электронной почтой даже без того, чтобы удостовериться в получении адресатом необходимого сообщения, либо телефонным звонком “завтра состоится...”, — такой стиль неприемлем, это откровенная имитация полноценных обсуждений, которая нужна, “Фронту”, а не “Национальной Медицинской Палате”».

*Ю. С. Савенко*



## Обсуждение проблем наркологии у Уполномоченного по правам человека в Российской Федерации

В первом выпуске нашего журнала за этот год был помещен ответ на запрос Уполномоченного по правам человека в Российской Федерации В. П. Лукина о мнении НПА России относительно заместительной терапии больных наркоманией. А 05.05 в офисе В. П. Лукина состоялось “экспертное совещание”, посвященное этому вопросу, но прежде всего проекту приказа Минздравсоцразвития совместно с Минобрнауки о двухэтапном тестировании школьников на употребление наркотиков, начиная с 13 лет.

Надо отдать должное В. П. Лукину: если по этому вопросу он выразил безусловную поддержку единодушно отрицательному мнению собравшихся, то по вопросу о заместительной терапии только принял высказанное к сведению.

Наш ответ относительно заместительной терапии был заранее разослан присутствующим. Из психиатров это проф. В. Д. Менделевич (Казань), д.м.н. А. Г. Софронов (главный нарколог Санкт-Петербурга), к.м.н. О. Зыков (“НАН”) и П. Г. Аксёнов (“ЭСВЕРО”), из правозащитников Л. С. Левинсон и Л. А. Пономарёв.

В качестве довода за заместительную терапию приводились впечатляющие цифры охваченностью ею большинства стран мира, включая Китай.

Мы помещаем комментарий Л. С. Левинсона к нашему ответу относительно заместительной терапии.

*«1. “...выдача наркотиков в рамках заместительной терапии может стать их институционализацией”.*

Метадоновая терапия не связана с легализацией немедицинского потребления. Метадон, бупренорфин и даже медицинский героин используются как лекарственные средства, как используются наркотические и психотропные лекарства в психиатрии, онкологии и т.п. Заместительная терапия легализует не наркотики, а наркозависимых людей, заменяя нелегальное, даже криминальное вещество легальным. Это служит социализации наркоманов, сокращает криминальные риски, формирует приверженность лечению.

*2. “Заместительная терапия не является лечением наркомании”.*

Заместительная терапия, безусловно, не универсальный метод лечения наркомании (такого просто не существует), хотя используется и для постепенного снятия опиоидной зависимости. В медицинском плане ее следует рассматривать, в первую очередь, как поддерживающее симптоматическое лечение. Такого рода медикаментозная помощь практикуется при многих неизлечимых или считающихся неизлечимыми заболеваниях.

*3. “Задача наркологии — полное излечение от зависимости, а не ее консервация”.*

С этим нельзя спорить. Но заместительная терапия применяется там, где другие методы не дали резуль-

тата. Снятие абстинентного синдрома также не является лечением и даже, напротив, помогает наркоману снизить дозу, то есть косвенно поддерживает его пристрастие. Но никто на этом основании не предлагает запретить снятие абстиненции.

*4. “Длительное употребление метадона существенно вредит здоровью”.*

Многие лекарства вызывают серьезные побочные последствия. Специалисты считают метадон более вредным для организма, чем героин. Этим, в частности, объясняется замена метадона медицинским героином во многих европейских странах (Швейцария, Германия, Нидерланды, Испания). В РФ ставить вопрос о выдаче наркоманам героина преждевременно.

*5. “Никто не сравнивает продолжительность жизни тех, кто принимает метадон, с продолжительностью жизни тех, кто прекратил прием любых наркотиков”.*

Принимающих метадон приходится сравнивать не с прекратившими употребление наркотиков, а с умирающими от передозировок, в том числе подмены уличного героина “белым китайцем” (фентанилом).

*6. “Велики риски поступления медицинского метадона на нелегальный рынок”.*

Исключать это нельзя, но доля такого предложения в общем объеме нелегальных наркотиков была бы крайне мала.»

Мы видим, что из шести пунктов только первые три нуждаются в возражении, а четвертый является признанием недопустимости метадоновых программ, собственно, главного камня преткновения. Поразительным образом этот препарат словно пытается повторить на своем поле авантюру Гитлера, в честь которого был первоначально назван адольфином. Синтезированный в годы второй мировой войны в Германии, лишенной натурального опийного сырья, для обезболивания раненых, он был обращен ко всем только своей положительной стороной. Отрицательная вскрылась значительно позже: метадономания оказалась тяжелее героиновой.

Итак, рассмотрим первые три возражения Л. Левинсона в обратном порядке.

*“Снятие абстинентного синдрома также не является лечением и даже напротив, помогает наркоману снизить дозу, то есть косвенно поддержать его пристрастие”.* — Снятие абстинентного синдрома не является излечением наркомании, но является лечением абстиненции, как мучительного и опасного состояния, с которым сейчас помещают в реанимационное отделение, где “койка вдвое дороже обычной”. Таким образом, это симптоматическое лечение. И почему “напротив”? Если оно “помогает снизить дозу”, то это лечение — эффективный выход за пределы просто-

го снятия абстиненции, и это является прямым положительным эффектом, а не косвенно отрицательным.

*“Заместительная терапия применяется там, где другие методы не дали результатов”.* — Сомнительный тезис, этих других методов слишком много, чтобы их перепробовать.

*“Заместительная терапия... — поддерживающее симптоматическое лечение”.* — Этот тезис верен для заместительной терапии ферментными и эндокринными препаратами, но не наркотиками. Здесь полностью снимается специфика наркологии. Между тем, она заключается в химически инородном организму составе используемого средства; в “раскруте” доз; и в принципиально более жестком ограничении добровольности: необходимости подписки, пока добровольно начатый курс лечения не завершен, “разрешить себя связывать”. Так спасся Одиссей, проплывая мимо острова сирен.

*“Заместительная терапия легализует не наркотики, а наркозависимых людей, заменяя нелегальное и даже криминальное вещество легальным. Это служит социализации наркоманов...”*, это действительно сильный довод. Конечно, он выходит за пределы биологической медицинской проблематики, как предмет социальной психиатрии и социальной медицины. А здесь уже и политика, в силу сращивания отдельных властных структур с криминальным миром, осуществляющим торговлю наркотиками, оружием и даже людьми.

Отсюда важно прозвучавшее на обсуждении резюме Льва Левинсона: “Я хочу рассмотреть не медицинскую позицию, а правовую. Как правозащитник, я убежден, что основной вред от наркотиков — полицейская антинаркотическая кампания. Я не буду вдаваться в дискуссию о вреде метадона. Главное, что это легальный наркотик, который заменяет нелегальный, позволяет **человеку выйти из подполья**. Это ключевое”. Важно также замечание П. Аксёнова: “Я бы очень был осторожен в формулировках: заместительная терапия и “снижение вреда”. К примеру, можно сказать, что метро — подземное сооружение. Но в первую очередь это транспортное средство. “Снижение вреда” — некая абстрактная концепция, которая направлена на снижение негативных последствий наркопотребления, при которой не ставится жесткое условие отказа от наркотика”.

На обсуждении, кроме опубликованного нашего мнения была вынесена также “аналитическая записка” В. Д. Менделевича “Заместительная терапия героиновой (опийной) наркомании”, которая опиралась на позицию ВОЗ, Управление ООН по наркотикам и преступности (CND и UNODC) и ВИЧ/СПИДу (UNAIDS), Международного комитета по контролю за наркотиками (INCB), Кокрановского обзора

2002 года<sup>1</sup>, на охват заместительной терапией фактически всех стран мира и даже СНГ, за исключением России, Туркменистана и Узбекистана, где заместительная терапия законодательно не разрешена. Причины отсутствия заместительной терапии в России названы “субъективными”.

На обсуждении Ю. С. Савенко, в частности, сказал: “Дело в том, что я не нарколог и представляю ассоциацию, в рядах которой высказываются различные мнения. Я постарался дать взвешенный ответ, консультируясь с высокими профессионалами в этой сфере, такими как: А. Г. Гофман, Т. Н. Дудко, М. Л. Рохлина и другими. Относительно резких разноречий ответ на поверхности: тот, кто исследует больных наркоманией в амбулаторной практике, в стационаре, в судебной экспертизе или, как я, в реанимационном отделении общесоматической больницы, имеет разный опыт, отталкивается от своей эмпирической основы. Нужно говорить очень дифференцированно о разных группах больных, о разных подходах. Впечатляющие китайские данные — это сверхобобщение. Спор бесплоден, потому что компромиссный ответ в дифференцированном подходе. Слепое подражание западным программам неуместно. Необходимо предвидеть, к чему приведет введение предлагаемых методов в наш социальный контекст.”

В. Д. Менделевич: *“Я с большим уважением отношусь к мнениям коллег, но эксперт должен основываться не только на своем опыте, но и на мировой практике, научных исследованиях. Если уважаемые перечисленные вами профессора говорят изложенное, я не могу расценивать их как экспертов”.*

Видимо, В. Д. забыл, что при наличии даже менее острых разноречий необходимо выслушивать мнения всех сторон, группы экспертов, так как непосредственный регулярный опыт неизбежно доминирует в каждом эксперте, за исключением разве что чисто реферативного знания. Наконец, В. Д. не обратил внимания на то, что вокруг него единомышленники, а не оппоненты, и поэтому такое обсуждение в свою очередь не может считаться экспертным в подлинном смысле этого слова.

Интересное замечание сделал А. Г. Софронов: *“У нас есть веский аргумент. В Санкт-Петербурге переполнено отделение психиатрии, а наркология стоит полупустая. Мы за посещение считаем визит родственников, телефонный звонок. Между тем, система пожирает миллионы. У нас пять центров, а идти в них никто не хочет. Здесь замешано всё: и политика, и субъективное мнение и многое другое. В Санкт-Петербурге 500 коек в отделении наркологии, нам хватает, а в Москве, как говорит Брюн<sup>2</sup>, — 2900 и не хватает. Кто прав? Тот, кто деньги дает”.*

<sup>1</sup> Изложение не убеждает: применение метадона сравнивается с нефармакологическим методом, а бупренарфина с плацебо. Приведены данные исключительно индуктивных обобщений и ни одного феноменологического исследования.

<sup>2</sup> Е. А. Брюн, д.м.н., проф., главный нарколог Минздравсоцразвития России.

# Общественный контроль распространяется на закрытые психиатрические учреждения

## Конференции в Перми и Барнауле

С 1 сентября 2008 г. в России действует Федеральный закон № 76-ФЗ *“Об общественном контроле за обеспечением прав человека в местах принудительного содержания и о содействии лицам, находящимся в местах принудительного содержания”*. Закон впервые наделил общественных наблюдателей правом посещать места лишения свободы и проверять соблюдение там прав человека. За три года накопился большой опыт в этой области и **в настоящее время обсуждаются поправки к закону**, в частности, предлагается распространить его действие на психиатрические стационары, в которых содержатся пациенты, к которым была применена принудительная мера медицинского характера.

Уполномоченный по правам человека в Российской Федерации **В. П. Лукин лично обратился к Президенту Д. А. Медведеву** с просьбой поддержать подготовленные поправки и **распространить действие ФЗ № 76 закона на психиатрические больницы, которые осуществляют принудительное лечение**, и получил его одобрение.

Совместно с Советом Европы В. П. Лукин разрабатывает масштабный многолетний проект *“Поддержка эффективного общественного мониторинга мест принудительного содержания в России”*, направленный на обучение членов общественных наблюдательных комиссий методам выявления и предотвращения пыток и жестокого унижающего человеческого достоинства обращения. Проект был инициирован организациями, входящими в Российский исследовательский центр по правам человека и поддержан Европейским комитетом против пыток. В связи с тем, что планируется расширение сферы действия ФЗ № 76 и внесение психиатрических больниц в список объектов, подлежащих общественному контролю, по предложению В. П. Лукина Независимая психиатрическая ассоциация России принимает участие в проекте, и ее исполнительный директор Л. Н. Виноградова стала координатором Рабочей группы.

В июле-августе 2011 г. в Перми и в Барнауле в рамках проекта были организованы первые межрегиональные конференции по теме *“Пути преодоления трудностей общественного контроля мест принудительного содержания в Российской Федерации”* под общим руководством В. П. Лукина и Отдела национальных структур по правам человека, пенитенциарных заведений и полиции Совета Европы. В конференциях приняли участие делегаты общественных наблюдательных комиссий Уральского, Приволжско-

го, Дальне-восточного и Сибирского федеральных округов, представители Совета Европы, федеральный и региональные уполномоченные по правам человека, представители заинтересованных министерств и ведомств, эксперты и наблюдатели.

Обсуждая проблемы развития общественного контроля в России, возможности создания национального механизма предотвращения пыток и жестокого обращения участники с прискорбием отметили, что в России в настоящее время более миллиона человек находится в местах принудительного содержания, и там по-прежнему отмечается неудовлетворительная ситуация с соблюдением прав человека. Во многих регионах страны практикуются пытки и жестокое унижающее человеческое достоинство обращение.

Принятие в 2008 г. ФЗ № 76 *“Об общественном контроле за обеспечением прав человека в местах принудительного содержания и о содействии лицам, находящимся в местах принудительного содержания”* и начало работы Общественных наблюдательных комиссий позволило сделать большой шаг вперед на пути улучшения ситуации с соблюдением прав человека в местах принудительного содержания.

Однако участники конференций выразили убеждение, что возможности общественного контроля в этой крайне неблагоприятной сфере действительности по-прежнему существенно ограничены. Они высказали свою озабоченность тем фактом, что **Россия до сих пор не ратифицировала Факультативный протокол к Конвенции против пыток** и тем самым не взяла на себя обязательство по созданию национального механизма предотвращения пыток и жестокого ненадлежащего обращения. Созданные в России общественные наблюдательные комиссии, как и институт Уполномоченных по правам человека, наделенный большими правами контроля за соблюдением прав человека в местах принудительного содержания, не соответствуют тем требованиям, которые предъявляются к национальным механизмам превенции и не могут в полной мере выполнять функции по предотвращению пыток и жестокого обращения.

Провозгласив создание национального механизма превенции основной долгосрочной целью на пути гуманизации российской системы исполнения наказаний, участники отметили, что необходимо строить этот механизм на основе реально существующих в России условий, в первую очередь — работы общественных наблюдательных комиссий в их взаимодействии с институтами уполномоченных по правам чело-



века. Для повышения эффективности работы общественных наблюдательных комиссий необходимо срочно предпринять комплекс мер, как законодательного, так и правоприменительного характера, одна из которых — включение психиатрических больниц в список объектов, подлежащих общественному контролю.

Участники конференций наметили план многолетнего крупномасштабного проекта, который будет

осуществляться во всех регионах страны. НПА России видит свою задачу в том, чтобы организовать совместно с представителями Совета Европы обучение членов наблюдательных комиссий правилам посещения психиатрических стационаров, контроля за соблюдением прав пациентов. Важно, чтобы в психиатрические стационары пришли подготовленные люди, которые будут оказывать действенную помощь, а не дезорганизовывать работу учреждений.

### Поездки в Ногинскую и Орехово-Зуевскую психиатрические больницы

В связи с готовящимся распространением Федерального закона № 76 об общественном контроле за соблюдением прав человека в местах принудительного содержания на психиатрические стационары, осуществляющие принудительное лечение, Уполномоченный по правам человека в Российской Федерации В. П. Лукин обратился к председателям региональных общественных наблюдательных комиссий и региональным уполномоченным по правам человека субъектов Федерации с просьбой посетить находящиеся в их регионах психиатрические больницы, составить предварительное впечатление о соблюдении прав пациентов и дать свои рекомендации относительно предстоящих поправок к закону об общественном контроле.

Общественная наблюдательная комиссия Московской области вместе с Уполномоченным по правам человека А. Е. Жаровым откликнулась на этот призыв, наметив посещение всех психиатрических стационаров области. В некоторых поездках приняли участие и сотрудники НПА России.

Так, в частности, 1 июля они посетили психиатрическую больницу № 3 г. Ногинска, а 14 июля — психиатрическую больницу № 8 в Орехово-Зуево (гл. врач Г. И. Ширяев). Оба раза в составе комиссии были члены общественной наблюдательной комиссии (ОНК) Московской области и сотрудники аппарата Уполномоченного по правам человека в МО.

Комиссии встретили доброжелательный прием без каких-либо ограничений в деятельности. Заведующая психиатрическим стационаром № 3 г. Ногинска Ирина Юрьевна Гольцева, как и зам. главного врача психиатрической больницы г. Орехово-Зуево Михаил Михайлович Старостенков подробно рассказали о работе своих учреждений, ответили на все заданные вопросы, провели по отделениям, предъявили запрошенные документы. Однако этим сходство ограничилось.

Психиатрический стационар в г. Ногинске с 1986 года находится в подчинении главного врача МУЗ “Ногинская ЦРБ” и производит впечатление

весьма запущенного учреждения. Он расположен в трех корпусах бывших Морозовских казарм 1912 года постройки. Связь с внешним миром затруднена: в стационаре отсутствует телефон/факс, нет электронной почты. В 2010 году был сделан косметический ремонт детского отделения, пищеблока и лестничных пролетов, однако на момент осмотра некоторые помещения больницы находились в неудовлетворительном санитарно-гигиеническом состоянии и требовали срочного ремонта: следы от протечек, сырости, грибок на стенах и т.п. В трехэтажных зданиях стационара с потолками в 3,5 метра, отсутствуют лифты, что создает серьезные проблемы для перемещения пациентов и персонала (выход на прогулку, доставка пищи и т.п.).

На одного больного приходится в среднем 5,0 кв.м палатной площади, и скученности пациентов не наблюдается, однако в отделениях отсутствуют комнаты для отдыха, нет мягкой мебели, тесные и неудобные комнаты для свиданий, столовая не имеет отдельного помещения, расположена в расширяющейся части коридора. В палатах нет ничего кроме кроватей и тумбочек (по одной на двоих пациентов), а в детском отделении отсутствуют тумбочки и шторы на окнах — администрация стационара уверяет, что это сделано в целях безопасности. Для удобства наблюдения в палатах отсутствуют двери, а на окнах в целях безопасности установлены решетки.

Обеспеченность санитарно-техническим оборудованием в целом по больнице неудовлетворительная — по 2–3 унитаза и умывальника на отделения, где содержится 60–70 человек. В детском отделении одна туалетная комната для девочек и мальчиков (два унитаза без перегородки — опять же, “в целях безопасности”). Мыло только хозяйственное, коричневого цвета, что поразило членов ОНК Московской области: они давно не видели такого качества мыла в камерах ИВС и СИЗО.

Кормят больных удовлетворительно, на 130 рублей в день. На обед в день посещения был овощной



суп, курица с гарниром, компот и только что испеченные булочки.

**Длительность и условия лечения.** Оборот койки в год составляет 6,7, т.е. средний срок пребывания менее 2-х месяцев, однако небольшая часть больных находится в стационаре по социальным показаниям, в связи с тем, что их некуда выписать. Они нуждаются в помещении в психоневрологический интернат, а этих учреждений в Московской области не хватает, очереди приходится ждать годами.

По информации заведующей отделением больные в стационаре обеспечены психотропными препаратами лишь на 50 %, отсутствуют препараты нового поколения, медикаментов для лечения хронических соматических больных нет вообще, их приносят родственники.

**Укомплектованность стационара кадрами** недостаточная: — врачи — на 50 %; средний медперсонал — на 65 %; санитары — на 65 %. Недостаток врачей препятствует индивидуализации и обеспечению высокого качества лечения, а недостаток персонала создает проблемы безопасности и ухода за пациентами. В стационаре нет своего психолога и юриста, юридическую помощь пациентам можно получить только в МУЗ “Ногинская ЦРБ”.

**Соблюдение прав пациентов.** Пациенты, лечение которых осуществляется без их согласия, составляют от 5 до 7 %. Суды по вопросу о недобровольной госпитализации выезжают в больницу, и пациент обычно присутствует в судебном заседании, однако не имеет своего представителя. В качестве представителя иногда приглашаются родственники, интересы которых часто не совпадают с желаниями больного. Решение суда пациенту не выдается, и он не может воспользоваться своим правом на обжалование этого решения в 10-дневный срок. Решение суда он получает только при выписке.

Недееспособные пациенты госпитализируются по заявлению опекуна и осматриваются комиссией врачей-психиатров, которая решает вопрос о необходимости стационарного лечения. Согласия недееспособного лица на госпитализацию, как того требуют последние изменения в Закон о психиатрической помощи в соответствии с ФЗ от 6 апреля 2011 г. № 67-ФЗ, не спрашивают, и в суд не обращаются.

Трудотерапия заключается в добровольном мытье полов, глажении и ремонте постельного белья. Пациенты в сопровождении сотрудников больницы также доставляют пищу с пищеблока в отделение.

Прогулки больных осуществляются летом ежедневно, в остальное время года редко, в зависимости от погодных условий. Для прогулок на территории больницы оборудованы специальные дворики. Со слов заведующей отделением больным, у которых нет своей верхней одежды для прогулок, зимой выдается специальная одежда стационара.

Для посещения больных родственниками выделены два дня в неделю, других ограничений, особенно для детей, по времени нет. Городской телефон имеется на посту в каждом отделении, и пациентам разрешено им пользоваться, мобильные телефоны разрешены только в наркологическом отделении.

Информационный стенд для обращений и жалоб, а также прейскурант платных услуг в стационаре отсутствуют. Отсутствует информация о правах пациентов психиатрических стационаров (ст. 37 закона о психиатрической помощи). На одном из стендов среди другой информации имелась перепечатка ст. 30 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан. Закон РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании” имеется только у заведующих отделениями и, с их слов, выдается пациентам по первому требованию.

Жалобы и заявления больных, направленные в органы представительной и исполнительной власти, прокуратуру, суд и адвокату, адресатам не отправляются, а передаются в специально созданную комиссию МУЗ “Ногинская ЦРБ”, которая их рассматривает и берет объяснения по указанным в них фактам от заведующей отделением. Таким образом, грубо нарушается ст. 37 Закона РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”.

Меры стеснения в виде фиксации пациентов в пределах кровати применяются редко и, со слов врачей, не превышают 30 минут. Во время посещения стационара комиссией фиксированных пациентов не обнаружено. В каждом отделении существует журнал регистрации мер стеснения, делается также запись в истории болезни.

Средний срок принудительного лечения лиц, совершивших уголовно-наказуемое деяние и признанных невменяемыми, составляет полтора года. Каждые полгода пациентов осматривает комиссия, которая решает вопрос о возможности отмены принудительного лечения или изменения его формы, после чего документы отправляются в суд. При этом, судебные заседания проходят заочно без участия пациента и его адвоката, что является нарушением постановления Конституционного Суда РФ от 20 ноября 2007 г. № 13-П, согласно которому лица, в отношении которых разрешается вопрос о применении принудительных мер медицинского характера либо об их продлении, изменении или прекращении, имеют право на личное участие в суде.

Таким образом, помимо неудовлетворительных условий содержания, комиссия выявила грубые нарушения прав пациентов, в частности:

1) отсутствие представителей госпитализированного лица на судебном заседании по решению вопроса о недобровольной госпитализации;

2) невручение пациентам стационара №3 решений судов по их недобровольному лечению для возможности подачи кассационной жалобы;

3) заочное решение судами вопроса о продлении принудительного лечения или изменения формы принудительного лечения пациентам, которые проходят лечение в связи с совершенным уголовно наказуемым деянием;

4) цензурный контроль и неотправка по назначению жалоб и заявлений пациентов в органы представительной и исполнительной власти, прокуратуру, суд, адвокату.

Часть этих нарушений предложено исправить администрации больницы, а по другим — обратиться в прокуратуру г. Ногинска и Московской области.

В отличие от психиатрической больницы г. Ногинска, посещение психиатрической больницы № 8 г. Орехово-Зуево оставило самое приятное впечатление. Эта больница заслуженно считается лучшим психиатрическим стационаром Московской области, и с честью несет это высокое звание.

Здесь красивая ухоженная территория (даже труба от котельной — в виде ракеты), хорошо отремонтированный большой четырехэтажный основной корпус с грузовым и пассажирскими лифтами, уютные палаты с занавесками и цветами на окнах, столом, стульями и тумбочками, освещение на стенах, отдельные столовые и комнаты для отдыха. Пациентам разрешено ходить в домашней одежде и пользоваться мобильными телефонами с условием отсутствия фотоаппарата и видеокамеры. В больнице царит общая атмосфера открытости и доброжелательности.

Предусмотрены дополнительные услуги и физиотерапевтические процедуры. Есть ванный зал, гидромассаж, жемчужные ванны, сауна, тренажерный зал. Лаборатории с уникальным оборудованием обслуживают не только пациентов и сотрудников больницы, но и оказывают платные услуги населению города. Есть отделение реанимации и интенсивной терапии, барокамера, кабинет плазмофереза.

Работает дневной стационар, где больные помимо медикаментозного лечения и питания получают целый комплекс различных психореабилитационных программ, особой популярностью пользуются занятия по арттерапии. Для тяжело больных, утративших навыки самообслуживания, организована специальная тренинговая программа, где пациентов обучают основным навыкам самостоятельного проживания. Таким образом их готовят к выписке.

Одна из немногих — больница сумела сохранить лечебно-трудовые мастерские. Пациенты, находящиеся на лечении в больнице и приходящие из дома,

шьют постельное белье, набивают матрасы и подушки, изготавливают мебель, и получают за это реальные деньги. У больницы есть договор с центром занятости, и работа пациентов по благоустройству территории больницы также оплачивается.

Никаких нарушений законодательства комиссия не обнаружила: в каждом отделении есть информация о правах пациентов, телефоны и адреса организаций, в которые можно обратиться; недобровольные госпитализации оформляются через суд с соблюдением всех сроков, суд приезжает вместе с адвокатом, по желанию пациента его представителя приглашают в суд, решение суда выдают на руки, при необходимости помогают составить кассационную жалобу. При стационарном недееспособном спрашивают его согласие, в случае отказа оформляют госпитализацию через суд. Пациентов, проходящих принудительное лечение в связи с совершенным преступлением, возят в суд на продление принудительного лечения или изменение принудительной меры медицинского характера, давая возможность отстаивать свои права в суде, в частности, высказать свое несогласие с решением комиссии.

Из общих проблем — недостаточная укомплектованность кадрами, а также наличие пациентов, которые вынуждены находиться в больнице по социальным показаниям, в частности, в связи с нехваткой мест в психоневрологических интернатах. Больница ищет решение этих проблем и планирует в ближайшее время открыть общежитие для пациентов, утративших социальные связи. Помещение на 12 коек уже есть, осталось согласовать необходимые формальности.

В качестве отрицательных моментов можно назвать близость железной дороги и официальный адрес больницы, который звучит так: ул. Торфобрикетная, 42. Но даже это не отпугивает пациентов, и они охотно идут на лечение. Процент недобровольных госпитализаций крайне низкий — всего 1,2 %. И в данном случае, о фальсификациях говорить не приходится: большая часть пациентов действительно дает добровольное информированное согласие на лечение в стационаре.

Больница сумела преодолеть характерную для психиатрии стигматизацию. Никакого страха и отчуждения у населения города нет, преобладает спокойное и доброжелательное отношение как к обычному лечебному учреждению. Дети охотно идут сюда для занятий в спортивном комплексе, взрослые — для получения платных услуг и консультаций по поводу своего здоровья. Так больница оказывается встроенной в жизнь города.

## Проверка соблюдения прав детей-сирот при оказании психиатрической помощи в Челябинской области

18 – 19 июля 2011 г. исполнительный директор НПА России Л. Н. Виноградова и директор Московского Центра психолого-медико-социального сопровождения “ОЗОН”, эксперт по правам детей НПА России Е. И. Цымбал по приглашению Уполномоченного по правам человека Челябинской области А. М. Севостьянова посетили Челябинск для участия в независимой экспертизе ситуации, сложившейся после проверки прокуратурой города соблюдения прав детей-сирот при оказании психиатрической помощи. Прокуратура обнаружила, что за предыдущий год в областную клиническую психоневрологическую больницу № 1 было стационарировано 40 воспитанников специальной коррекционной школы-интерната для детей сирот № 13, причем по ее мнению, детей помещали в психиатрическую больницу в качестве наказания. Многочисленные комиссии, созданные в ответ на представление прокуратуры министерством здравоохранения Челябинской области и составленные из ведущих специалистов в области психиатрии, отвергли обвинения и пришли к выводу, что никаких нарушений в деятельности Челябинской областной психоневрологической больницы не было. Однако информация попала в прессу, и газеты вновь, как в давние времена, запестрели заголовками “Карательная психиатрия”, “Аминазин как средство воспитания” и т.п. Чтобы разобраться в происходящем и разрядить ситуацию Уполномоченный по правам человека в Челябинской области решил создать собственную независимую комиссию, пригласив специалистов из других регионов страны. В комиссию вошли главный детский психиатр Волгоградской области Л. Г. Раевская, главный детский психиатр Свердловской области Л. Б. Ильяшева, два специалиста НПА России и уполномоченный по правам ребенка в Челябинской области М. Н. Павлова.

По результатам проверки члены этой комиссии составили общее заключение, в котором подтверждалось, что психиатрическая помощь воспитанникам СКШИ № 13 оказывалась в соответствии с законом РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании” и основными нормативными актами Министерства здравоохранения и социального развития, касающимися порядка оказания психиатрической помощи.

Однако специалисты НПА России, осознавая важность данной проблемы не только для Челябинской области, но и для всей страны в целом, составили впоследствии собственное заключение, в котором представили свое видение проблемы и предложили пути ее решения. Приводим выдержки из этого заключения.

“Согласно действующему с 1993 г. Закону РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании” (ст. 5) “все лица, страдающие психическими расстройствами, при оказании им психиатрической помощи имеют право на психиатрическую помощь в наименее ограничительных условиях, по возможности по месту жительства”. В 2005 г. Россия присоединилась к Европейскому плану действий в области психического здоровья, согласно которому приоритет в оказании психиатрической помощи должен принадлежать внестационарным видам помощи. Помещение в психиатрический стационар должно осуществляться в исключительных случаях, для проведения обследования, которое не может быть осуществлено в амбулаторных условиях, или для купирования острого состояния, а также выраженной декомпенсации имеющихся психических расстройств. Завершение курса лечения, а также психокоррекционные мероприятия следует проводить по месту жительства пациента.

Между тем, в Челябинской области сложилась ситуация, когда психиатрическая помощь воспитанникам СКШИ № 13 фактически может быть оказана только в виде лечения и психокоррекционных мероприятий в условиях психиатрического стационара. Отсутствие в СКШИ № 13 необходимого количества и ассортимента психотропных препаратов создает ситуацию, в которой врач-психиатр не может не только самостоятельно проводить лечение, необходимое воспитанникам, но и не в состоянии выполнять рекомендации врачей-психиатров психиатрического стационара. А неукомплектованность штата психологами ограничивает возможности проведения психокоррекционной работы.

Воспитанники СКШИ № 13 в подавляющем большинстве случаев относятся к помещению в психиатрический стационар негативно и рассматривают это как наказание. В условиях отсутствия соответствующей психокоррекционной работы неоднократные помещения в стационар приводят к формированию у воспитанников интерната негативного отношения к психиатрической помощи в целом. Открытость данной информации в пределах интерната способствует также стигматизации воспитанников, помещенных на лечение в психиатрический стационар.

Учитывая особую уязвимость детей-сирот, находящихся в государственных интернатных учреждениях, при помещении ребенка в психиатрический стационар следует решать не только вопрос о наличии или отсутствии психического расстройства, но и о том, возможно ли оказание психиатрической помощи во внестационарных условиях. При этом следует учитывать, что интересы законного представителя в лице

администрации интерната могут не всегда совпадать с интересами несовершеннолетнего воспитанника. Мы не можем согласиться с утверждением комиссии, образованной на основании приказа Министерства здравоохранения Челябинской области от 22.06.2-11 № 803/1, о том, что установление психиатрического диагноза может свидетельствовать об обоснованности пребывания в психиатрическом стационаре.

Кроме того, в интернатах следует строго соблюдать медицинскую тайну и следить за тем, чтобы направление ребенка в психиатрический стационар не становилось достоянием гласности. Согласно Закону о психиатрической помощи «сведения о наличии у гражданина психического расстройства, фактах обращения за психиатрической помощью и лечении в учреждении, оказывающем такую помощь, являются врачебной тайной, охраняемой законом». Согласно справке о диспансеризации воспитанников СКШИ за 2010 г., из 139 осмотренных воспитанников у 139 был установлен психиатрический диагноз. Такой контингент требует особенно внимательного отношения к оказанию психиатрической помощи, введения дифференцированных подходов к содержанию воспитанников в СКШИ, разнообразных мер медицинской, педагогической и психологической коррекции нарушений поведения.

С нашей точки зрения, важным шагом на пути устранения нарушений прав детей при оказании психиатрической помощи и сокращения количества стационаризованных в психиатрические больницы стали бы следующие действия:

– расширение форм психиатрической помощи, оказываемой воспитанникам коррекционных школ по

месту их проживания, установление более тесных контактов между коррекционными школами-интернатами и психиатрическими стационарами, проведение при необходимости консультаций воспитанников СКШИ сотрудниками кафедр психиатрии и врачами больницы на территории интерната;

– повышение квалификации педагогов-психологов, работающих в коррекционных школах-интернатах, проведение специальных семинаров-тренингов для овладения навыками психологической и педагогической коррекции нарушений поведения;

– введение службы защиты прав пациентов психиатрических стационаров, предусмотренной Законом о психиатрической помощи;

– введение судебного контроля за стационарированием детей-сирот, находящихся в государственных интернатных учреждениях, аналогично законодательно закреплённому судебному контролю за стационарированием граждан, признанных недееспособными;

– расширение общественного контроля за соблюдением прав детей при оказании им психиатрической помощи, формирование общественных и попечительских советов в интернатных учреждениях и в психиатрических стационарах;

– активизация программ по передаче детей-сирот в приемные и опекунские семьи.

Мы полагаем, что опыт данного исследования должен быть широко распространён по другим регионам России с целью обсуждения и принятия соответствующих мер”.

*Л. Н. Виноградова*

25-й конгресс

**Европейского колледжа нейропсихофармакологии**

*13 – 17 октября 2012 г., Вена, Австрия*

[www.exxnp.eu](http://www.exxnp.eu)



## О некоторых аспектах творчества Иосифа Бродского (размышления психиатра-психотерапевта)<sup>1</sup>

Б. А. Воскресенский

Отмечается, что одной из важнейших в психиатрии, психотерапии, искусстве является категория переживания. На примерах из произведений И. Бродского предпринимается попытка показать как своеобразие душевной организации, взаимодействуя с изначальной языковой — литературной одаренностью приводит к появлению произведений универсального, непреходящего экзистенциального звучания.

**Ключевые слова:** переживание, гениальность, психика, личность, болезнь, страдание, вера.

Подзаголовок сегодняшней конференции — “Психотерапия и мир” — отталкивается от афористического определения Эрнста Кречмера “Душа есть мир как переживание”. Переживание — центральный феномен человеческого бытия<sup>2</sup>. Он по-особому значим и для нас, ибо в психиатрии психикой врача познается психика больного, а психотерапия есть лечение переживаниями (Б. А. Воскресенский, 1995).

О значении переживания в искусстве Иосиф Бродский сказал (хотя и не употребляя этого слова, он говорит о лиризме) в одном из интервью: “В поэзии, в искусстве можно достичь такой высокой ноты лиризма, которая недостижима в человеческих отношениях. Понял я это не так давно. Однажды ночью слушал Моцарта и услышал то, чего я хотел достичь в своей жизни, в человеческих отношениях, а это возможно достичь только в искусстве”. (Цит по В. П. Полухиной).

Размышления об искусстве, звучащие в психиатрически — психотерапевтическом собрании, могут быть обоснованы еще и тем, что диагностическое мышление психиатра — образное, хотя и в ином, чем при художественном творчестве, смысле. Констатируя, квалифицируя психическое расстройство, определяя в каком направлении изменяются душевные процессы пациента, врач-психиатр сравнивает, со-

поставляет душевный облик (образ) больного на разных этапах заболевания (Б. А. Воскресенский, 1992).

Задача сообщения показать — лишь эскизно — мир И. Бродского необъятен — некоторые темы, подходы, образы, представленные в его произведениях, и по моему мнению, значимые для нас как людей, посвятивших себя определенной — психотерапевтической — деятельности.

Иосиф Александрович Бродский родился 70 лет назад (в связи с этим позвольте считать настоящее сообщение запоздалым приношением его памяти), 24 мая. Это день святых Кирилла и Мефодия — учителей Словенских. В современной России он отмечается и как светский праздник, прославляющий письменность этих народов. Это и дата кончины Алексея Федоровича. Лосева (1988 год)<sup>3</sup>.

Для меня вхождение в мир И. Бродского началось с Нобелевской лекции, с его размышлений по поводу известнейшей фразы Ф. М. Достоевского “Красота спасет мир”, которую, как полагал оратор, следует понимать скорее в прикладном, чем платоническом смысле, ибо “Дело не столько в том, что добродетель не является гарантией создания шедевра, сколько в том, что зло, особенно политическое, всегда плохой стилист” (т. 1, с. 9, подчеркнуто нами — Б. В.<sup>4</sup>). Зато “... человек со вкусом, в частности литературным,

<sup>1</sup> Доклад на Консторумских чтениях 2010 года.

<sup>2</sup> Переживание мы понимаем — также вслед за Э. Кречмером — широко — как целостное состояние, включающее в себя эмоциональные, когнитивные, волевые-поведенческие и прочие компоненты душевно-духовной активности человека.

<sup>3</sup> Эти совпадения, наложения рассматриваем не как “тайную мистику”, а как своеобразное указание на самостоятельную от физического времени активность духовной сферы. Сопоставления можно продолжить, причем на столь же высоком уровне. Достаточно будет напомнить, что, Б. Л. Пастернак родился в день кончины А. С. Пушкина, пусть и через 53 года (всего-то!).

<sup>4</sup> Все цитаты из стихотворений И. Бродского и фрагмент “Лекции” даются по изданию: Иосиф Бродский. Сочинения в четырех томах. Сост. Г. Ф. Комаров. — Культурно-просветительское общество “Пушкинский фонд”. Издательство “Третья волна” (Париж-Москва-Нью Йорк), 1992 – 1994. Первые цифры — том, после запятой — страницы. Прозаические фрагменты приводятся по изданию Бродский И. Поклониться тени: Эссе. — СПб.: Азбука-классика 2001. — 320 с.

менее восприимчив к повторам и ритмическим заклинаниям<sup>5</sup>, свойственным любой форме политической демагогии. Чем богаче эстетический опыт индивидуума, чем тверже его вкус, тем четче его нравственный выбор, тем он свободнее, хотя, возможно, и не счастливее” (там же). После этих строк, полагаю, сразу же становится очевидным универсальный, онтологический, вселенский масштаб художественного и философского мышления И. Бродского.

В психопатологическом плане зло — ригидность, прямолинейность, бескомпромиссность как характерологические качества, всегда сцепленные со склонностью к вспышкам озлобления, взрывам ярости, персонифицируются в эпилептоидных, возбудимых, паранойяльных личностях, в больных с дисфорически окрашенными психоорганическими расстройствами. Деятельность их всегда разрушительна, деструктивна по своим механизмам и эффектам, даже если направлена на благородные, гуманистические, созидательные цели. В этом и проявляется “плохой стилист”<sup>6</sup>.

Второй мой шаг по направлению к Бродскому — стихотворный:

Плывет в тоске необъяснимой  
среди кирпичного надсада  
ночной кораблик негасимый  
из Александровского сада, ...

“Необъяснимая тоска” повторяется в последующих строках еще несколько раз. Для психиатрической аудитории очевидно, что речь идет об эндогенной депрессии, однако для окончательной достоверности заключения крайне желательны дополнительные, уточняющие сведения. В финальных строках этого стихотворения находим:

Твой Новый год по темно-синей  
волне среди шума городского  
плывет в тоске необъяснимой,  
как будто жизнь начнется снова,  
как будто будут свет и слава,  
удачный день и вдоволь хлеба,  
как будто жизнь качнется вправо,  
качнувшись влево.

Рождественский романс I, 150

Нет никакого сомнения, что “вправо” и “влево” — здесь не идеология (она тоже будет упомянута сегодня, но чуть позднее), а “вверх” и “вниз” аффективных колебаний, ведь “жизнь начнется снова”, в противоположность “нелюдимости”, “печали”, “невзрачности”, “несчастью”, “холоду” и “морозу” —

<sup>5</sup> Стереотипии являют собой более низкий по сравнению с индивидуализированными, личностными проявлениями уровень психической деятельности (сноска наша — Б. В.).

<sup>6</sup> Эта коллизия также зафиксирована И. Бродским, но в стихотворной форме: Как подзол раздирает /бороздою соха,/ правота разделяет/ беспощадней греха. (Строфы, 2, 94).

лексике предыдущих строк, выражающих status praesens героя

Вот еще одно стихотворение с такой же эмоциональной окраской, но представленной более развернуто, многообразно:

Я не то схожу с ума, но устал за лето.  
За рубашкой в комод полезешь, и день потерян.  
Поскорей бы, что ли, пришла зима и занесла все это —  
города, человек, но для начала зелень.  
Стану спать не раздевшись или читать с любого  
места чужую книгу, покамест остатки года,  
как собака, сбежавшая от слепого,  
переходят в положенном месте асфальт.  
Свобода — это когда забываешь отчество у тирана,  
а слюна во рту слаще халвы Ширази,  
и, хотя твой мозг перекручен, как рог барана,  
ничего не каплет из голубого глаза.

Из цикла “Часть речи” II, с. 416

Здесь и несомненная психологизация — “устал за лето”, и двигательная (“за рубашкой в комод...”), и идеаторная (“стану читать с любого места”) заторможенность, и недоступность прямолинейной “бодряческой” психотерапии (зелень раздражает, только усиливает тоску), и сенестопатически-витальные ощущения, и угнетение естественных вегетативных реакций (“ничего не каплет...”).

Подчеркну, что ни сейчас, ни в дальнейшем я не ставлю никаких диагнозов, понимая, что автор — конкретный человек — и его лирический герой — личности разные. Вместе с тем допускаю, что опыт определенных душевных переживаний, в том числе и болезненных, может быть переведен в духовные формы — художественные, научные, религиозные.

Должен признаться, что освоение мира И. Бродского, особенно поэтического, было и остается для меня делом непростым. Из опыта подобных ситуаций позвольте посоветовать сначала слушать аудио- (или видео-) записи произведений в исполнении мастеров художественного слова и/или же выступлений самих поэтов. Это помогает улавливать причудливо выраженную мысль, чувствовать акценты, завораживаться музыкой стиха.

С другой стороны, обращаясь к Бродскому с любыми вопросами — о жизни ли, с научной проблемой, в поисках душевного прояснения, всегда получаешь всеохватывающий и одновременно адресованный лично тебе ответ.

И. Бродский — гений<sup>7</sup>. Размышляя в связи с этим о гениальности вообще, биограф Бродского Лев Лосев подчеркивает, в частности, что “Усиленная по срав-

<sup>7</sup> Общеизвестно, что другой гений русской поэзии — А. С. Пушкин. Но эта оценка приходит к нам, людям рубежа XX-XXI веков в уже, так сказать, академической, за бронзовевшей, почти мифологической форме. Феномен И. Бродского, вселенная И. Бродского рождалась (и несмотря на необратимость времени и жизни, рождается) на

нению с нормой витальность благодаря редкой комбинации генетического материала<sup>8</sup> проявляется во всем — в глубине переживаний, силе воображения, харизматичности и даже физиологически, в ускорении процессов взросления и старения” (с. 6).

Тема личной смерти звучит уже в его юношеских стихах, в хрестоматийных ныне “Стансах” (1962 год): “Ни страны, ни погоста не хочу выбирать..., на асфальт упаду” (I, 225). Образ оказался провидческим, Он так и умер — жена нашла его лежащим на полу рабочего кабинета.

Вот другое стихотворение тех же лет:

Пусть время обо мне молчит.  
Пускай легко рыдает ветер резкий  
и над моей могилой еврейской  
младая жизнь настойчиво кричит.

(Бессмертия у смерти не прошу, 153)

В дни своего 40-летия поэт размышляет (строки, также ставшие классическими): “Что сказать мне о жизни? Что оказалась длинной.” (III, 7). Или пророческое “Век скоро кончится, но раньше кончусь я...” (III, 191).

Его личность весьма своеобразна. “Гений одиночества”, так озаглавил статью о И. Бродском другой поэт — наш современник Сергей Гандлевский. А сам И. Бродский говорил о себе: “я не солист, но я чужд ансамблю” (II, 87). Вполне естественно, что в этом контексте возникает проблема “гениальность и помешательство”. Не разбирая ее специально, заметим, что она содержательно, мудро и сострадательно решается на основе трихотомии (дух — душа — тело, Д. Е. Мелехов, Б. А. Воскресенский). Здесь уместно вспомнить ответ И. Бродского на вопрос судьи: “А кто это признал, что вы поэт?... — Я думаю это... (*рас-терянно*) от Бога...” (Л. Лосев, с. 90, курсив автора).

Не секрет, что И. Бродский дважды лежал в психиатрических больницах, по доброй своей воле и недолго. Опыт этих пребываний отражен в нескольких произведениях, наиболее значительное из них — поэма “Горбунов и Горчаков”. Но прежде — несколько кратких строк из других стихотворений, в которых закреплена эта трагическая связь высокого призвания и душевного страдания:

наших глазах, в нашей жизни и это внушает надежду. Он с несомненностью воплощает экзистенциально-мистический философский тезис, гласящий, что “творческий акт всегда есть переход от небытия к бытию, т.е. творчество из ничего” (Н. А. Бердяев). Бродский также обращается к нам “Никогда с любовью...” (II, 397).

<sup>8</sup> В психиатрии, а данном случае и у Л. Лосева, витальность биологична и физиологична. Применительно к духовной, творческой одаренности в целом ее хочется связать с бергсоновским *elan vital* — жизненным порывом, для которого не существует никаких препятствий, вернее — он преодолевает любое отягощение. Здесь представляется уместным напомнить и об одном частном для биографии гения факте — его образование — неполные 8 классов.

У пророков не принято быть здоровым.  
Прорицатели в массе увечны.

Прощайте, мадемуазель Вероника (II, 51)

Всем хорош монастырь, да с лица — пустырь  
и отец игумен, как и есть безумен.

Песня (I, 391)

Сразу же вспоминается библейское: “Христианство — безумие перед миром...”.

А вот строки о кажущейся отдаленности от человечества:

Кровь моя холодна.  
Холод ее лютей  
реки, промерзшей до дна.  
Я не люблю людей.

Вещи приятней. В них  
нет ни зла, ни добра  
внешне. А если вник  
в них — и внутри нутра.

Но это самоотчуждение — душевноболезненное состояние, ибо в этом же стихотворении дальше мы читаем:

Последнее время я  
сплю среди бела дня.  
Видимо смерть моя  
испытывает меня,  
поднося, хоть дышу,  
зеркало мне ко рту, —  
как я переносу  
небытие на свету.  
Я неподвижен. Два  
бедра холодны, как лед.  
Венозная синева  
мрамором отдает.

В этих строках с очевидностью выступает переживание депрессивной витальности. Затем возникает по-особому зловещий образ смерти:

Это абсурд, вранье:  
череп, скелет, коса.  
“Смерть придет, у нее  
Будут твои глаза”.

Натюрморт II, 272 – 273

Душевная дисгармония, тюрьма, суд, ссылка, изгнание, драмы в личной жизни — таковы страдательные эпизоды его жизненного пути. В связи с ними естественно вспоминаются слова отца Павла Флоренского: “Удел величия — страдание, страдание от внешнего мира и страдание внутреннее — от самого себя. Так было, так есть и так будет. Почему это так — вполне ясно: это отставание по фазе: общества от величия и себя самого от собственного величия. Ясно, свет устроен так, что давать миру можно не иначе, как расплачиваясь за это страданиями и гонениями. Чем

бескорыстнее дар, тем жестче гонения и тем суровее страдания”. Действительно, страдание — удел человеческой жизни вообще:

Боже, чем больше мир, тем и страданье больше  
 (“Прощальная ода” I, 311)

И это не случайно, это — не несовершенство мира, а сущностное человеческое свойство, о котором по-другому, с иными акцентами, подразумевая рефлексивность, писал С. С. Аверинцев: “Мы делаемся опытнее. Это означает, что мы делаемся все более виноватыми: что мы не можем сделать того или иного поступка, который с чистой совестью делали наши предшественники, и сохранить чистую совесть: они-то поступали в своей перспективе *bona fide*, а в нашей перспективе это не получится”. (с. 307). Быть может, и поэтому И. Бродский говорит о себе:

Только с горем я чувствую солидарность.  
 (III, 7)

Но именно

Только размер потери и делает  
 Человека равным Богу.

Богopodobие человека, страшное в своей неопостижимости и недостижимости, утверждается в финальных строках уже цитированного “Натюрморта”:

— Мать говорит Христу:  
 — Ты мой сын или мой  
 Бог? Ты прибит к кресту.  
 Как я пойду домой?

Как ступлю на порог,  
 не узнав, не решив:  
 ты мой сын или Бог?  
 То есть мертв или жив?

Он говорит в ответ:  
 — Мертвый или живой,  
 разницы, жено, нет  
 Сын или Бог, я твой.

(II, 274).

Это и провозглашение бессмертия человека и совершенная по полноте и в то же время по краткости формула (говоря сухим профессиональным языком) его психосоматического единства.

Рассказывая о ситуации с захоронением праха поэта, Л. Лосев определяет И. Бродского как человека без вероисповедания. Вместе с тем его произведения несомненно наполнены духом высокой религиозности. Для моих размышлений по проблеме “психиатрия и религия” особо значимой оказалась строка, афористически раскрывающая, так сказать “психотерапевтический механизм” веры:

И то, чего вообще не встретишь в церкви,  
 теперь я видел через призму церкви.

“Остановка в пустыне” (II, 12)

Клинический анализ этого феномена был представлен ранее (Б. А. Воскресенский, Л. С. Виноградова) и занял несколько страниц. Поэту хватило двух строк.

Приведу еще несколько отрывков, поэтически выразительно и точно научно являющих нам важнейшие и сложнейшие стороны духовно-душевной жизни человека.

Но в том и состоит искусство  
 любви, вернее жизни — в том,  
 чтоб видеть, чего нет в природе,  
 и в месте прозревать пустом  
 сокровища...

.....

Не в том суть жизни, что в ней есть,  
 но в вере в то, что в ней должно быть.

(Пенье без музыки, II, 238 – 239)

Это духовное обогащение достигается внутренней созидательной работой, в ходе которой

... скорость внутреннего прогресса  
 больше, чем скорость мира.

Это — основа любой известной  
 изоляции. Дружба с бездной  
 представляет сугубо местный  
 интерес в наши дни. К тому же  
 это свойство несовместимо  
 с братством, равенством, и, вестимо,  
 благородством невозместимо,  
 недопустимо в муже.

.....

Иначе — верх возьмут телепаты  
 буддисты, спириты, препараты,  
 фрейдисты, неврологи, психопаты.  
 Кайф, состояние эйфории,  
 диктовать нам будет свои законы.  
 Наркоманы прицепят себе погоны.  
 Шприц повесят вместо иконы  
 Спасителя и Святой Марии.

(Речь о пролитом молоке II, 32 – 33)

Утверждая примат “высокой” (Б. В.) психики, Бродский обращается к основоположнику психоанализа:

Доктор Фрейд, покидаю Вас,  
 сумевшего (где-то вне нас) на глаз  
 над речкой души перекинуть мост,  
 соединяющий пах и мозг.

(“Письмо в бутылке” I, 365)

Глубинная психология понимается И. Бродским гуманистически и поэтому, будет правомерно считать, как механизм созидательный, личностный, творческий: “Мы надзираем за тем, что происходит у нас внутри; так сказать доносим нашей совести на наши инстинкты. А затем себя наказываем..... я не хочу сказать, что подавление лучше свободы; просто я полагаю, что механизм подавления столь же присущ че-



ловеческой психике, сколь и механизм раскрепощения”. (*“Меньше единицы”* с. 87)

В таком же контексте переосмыслиется экономика:

К нам не плывет золотая рыбка  
Маркс в производстве не вяжет лыка:  
Труд не является товаром рынка.  
Так говорить- оскорблять рабочих.  
Труд- это цель бытия и форма.  
Деньги — как бы его платформа.  
Нечто помимо путей прокорма:  
Разматываем клубочек.

Вещи больше, чем их оценки.  
Сейчас экономика просто в центре  
Объединяет нас вместо церкви,  
Объясняет наши поступки.

(Речь о пролитом молоке II, 30)

И в прозаической: “...изречение Маркса “Бытие определяет сознание” верно лишь до тех пор, пока сознание не овладело искусством отчуждения; далее сознание живет самостоятельно и может как регулировать, так и игнорировать существование”. (*“Меньше единицы”* с. 69).

Можно бесконечно отыскивать все новые и новые строки в стихах и прозе Бродского, касающиеся глубоких и глубинных проблем бытия. Человечный и в тоже время универсальный ответ будет найден всегда.

В заключение — несколько фрагментов из “психиатрической” (Б. В.) поэмы “Горбунов и Горчаков”. В ней есть все: и клиническая психиатрия, и иронически поданный психоанализ, и больничный быт, и проблема злоупотребления психиатрией. Но главное — она проникнута человечностью и верой. Образы и диалоги в ней настолько содержательны и многозначны, что размышления над ними заняли бы не один десяток страниц. Оставляем эту возможность за читателем, ведь именно таково его призвание. Обратим внимание лишь на несколько пассажей.

“... Врач говорит: основа всех основ — нормальный сон”.

.....

“Фрейд говорит, что каждый — пленник снов”.

Вопрос о сновидениях очень часто приходится слышать в психиатрически-психогигиенически ориентированных аудиториях. Вот краткий и вместе с тем исчерпывающий ответ:

“Вчера мне снился стол на шесть персон”.  
“А сны твои — они бывают вещи?  
Иль попросту все мчатся колесом?”  
“Да как сказать; те — вещи, те — зловещи”.

.....

“Да, знаешь, ты действительно готов.  
Ты метишь, как я чувствую, в Ньютоны.  
На буйном тоже некий Хомутов  
— кругом галдеж, блевотина и стоны —

твердит: я — Гамильтон, и я здоров;  
а сам храпит как наши харитоны”.  
“Шло при Петре строительство портов,  
и наезжали разные тевтоны.  
Фамилии нам стоили трудов.  
Возможно Хомутовы — Гамильтоны”.

Представляется, что это есть замечательная пародия на психологизацию в психиатрии. Далее, в одной из глав Горчаков рассказывает (а по существу доносит) врачам о Горбунове (прообраз которого — сам автор, И. Бродский). Здесь явлены и та самая идеология, о которой упоминалось в начале доклада, и сомнительная с точки зрения советского человека религиозность и жизнь влечений — при определенном настрое все это может пониматься как проявления болезни:

“— Преувеличен внутренний наш мир,  
А внешний, соответственно, уменьшен”, —  
вот характерный для него язык.  
В таких вот выражениях примерных  
свой истинный показывает лик  
сторонник непартийных, эфемерных  
воззрений...” “В этом чувствуется сдвиг  
налево от открытий достоверных  
марксизма”. “Недостаточно улик”

.....

“А он отвык от женщины?” “Отвык.  
В нем телодвижений характерных  
для этого...ну как его...ах ты!..”  
“Спокойно, Горчаков!” “...для женолюбя”.  
“А как он там... ну, в смысле наготы?..  
Там органы и прочее?” “Сугубо,  
сугубо от нужды и до нужды.  
Простите, что высказываюсь грубо”.  
“Ну что Вы! Не хотите ли воды?”  
“Воды?” “А вы хотели коньяку бы?”  
“Не признаю я этой ерунды”.  
“Зачем же Вы облизывали губы?”  
“Не знаю... что-то связано с водой”.  
“Что именно?” “Не помню, извините”.  
“Наверное, стакан перед едой?”  
“Да нет же, Вы мне спутали все нити...”

.....

“Я слишком в Горбунова углубился...  
Он беспартийный, вот его беда!  
И если день особенно морозен,  
он сильно отклоняется туда...  
ну, влево, к отопленью...” “Грандиозен!”  
“А он религиозен?” “О, да-да!  
Он так религиозен... религиозен!  
Я даже опасуюсь иногда:  
того гляди, что бухнется он оземь  
и станет Бога требовать сюда”.  
“Он так от беспартийности нервозен”.  
“Он влево уклоняется” ...

Наконец отнюдь не клинический характер беседы становится совершенно явным:

“... Эй, Горчаков, вы не могли бы  
автограф свой?” “Я нынче без очков”.  
“Мои не подойдут?” “Да подошли бы.

Так: “влево уклоняется”... каков!  
... и “вправо”...справедливо! Справедливы  
два мнения. Мы этих барчуков...  
Одно из двух: мы выкурим их, либо...”  
“Спасибо вам, товарищ Горчаков.  
На Пасху мы вас выпустим.” “Спасибо.

Да-да. Благодарю. Благодарить...  
Не сделать ли поклона поясного?..  
Где Горбунов?! Глаза ему раскрыть!..  
О ужас, я же истины — ни слова...”

В финале поэмы Горчаков раскаивается в совершенном в отношении Горбунова предательстве:

“Как все случилось, сам я не пойму.  
Прости меня, прости мне, Бога ради.  
Постой, подушку дай приподниму...  
Удобней так?.. Я сам с собой в разладе.  
Прости... мне это все не по уму...”

. . . . .

Спи, Горбунов. Пока труба отбой  
не пропоет... Всем предпочту наградам  
стеречь твой сон... а впрочем, с ней, с трубой!

. . . . .

Спи, спи, мой друг. Я посижу с тобой.  
Не над тобой, не под тобой, — а просто рядом.

А что до сроков — я прожду любой,  
пока с тобой не повстречаюсь взглядом...”

(II, 102 — 138)

Пусть каждый наполнит эти последние строки своим смыслом — гуманистическим, экзистенциальным, христианским<sup>9</sup>.

## ЛИТЕРАТУРА

1. *Аверинцев С. С.* Перед лицом “неолиберализма” В сб. In memoriam: Сергей Аверинцев) РАН. ИНИОН. — М., 2004. С. 307.
2. *Воскресенский Б. А.* Психотерапия, духовность, культура. В сб. Терапия духовной культурой. — М. Российское общество медиков-литераторов. 1995. С. 8 – 10.
3. *Воскресенский Б. А., Виноградова Л. С.* О некоторых аспектах религиозно-ориентированной психотерапии. Независимый психиатрический журнал. 2007, IV. С. 65 – 68.
4. *Гандлевский С.* Найти охотника. Стихотворения. Рецензии. Эссе. — СПб.: “Пушкинский фонд”, 2002. С. 104.
5. *Кречмер Э.* Медицинская психология. Кооп. Издательство “Жизнь и Знание”. — М. 1927. С. 13.
6. *Лосев Л. В.* Иосиф Бродский Опыт литературной биографии. 3-е изд., испр. — М.: Молодая гвардия, 2008. 407 с.
7. *Полухина В. П.* Больше самого себя. О Бродском. — Томск: ИД СК-С, 2009. С. 28.
8. *Флоренский П. А.* Из письма от 13 февраля 1937 г. Ж. “Огонек” 1990. № 45 с. 27.

<sup>9</sup> С неизбежностью вспоминается эпизод, описанный митрополитом Суржским Антонием. Работая в молодые годы в психиатрической клинике, он наблюдал больного с предшествующим многомесячным мутизмом. С разрешения зав. отделением будущий выдающийся иерарх просиживал с этим пациентом по многу часов подряд без единого слова. Через две недели больной вдруг заговорил: “Зачем вы все эти дни и часы со мной сидите...?” “И с этого началось его выздоровление”, — так заканчивает эту историю Владыка. (“Жизнь, болезнь, смерть”. Изд. “Христианская жизнь” Клин 2006, с. 9). Полагая, что в данном случае обсуждать приоритет тех или иных факторов — психотерапевтических, медикаментозных или спонтанных саногенных — неуместно.

Не удивительна ли, не полна ли высокой таинственности эта встреча иерарха и поэта, это пересечение, это слияние реальной жизни и художественного образа?

12-й международный форум  
по расстройствам настроения и тревожным расстройствам

Ноябрь 2012 г., Флоренция, Италия

www.ifmad.org

## Орест Дмитриевич Сосюкало

1930 – 2011  
23.12 15.03



Орест Дмитриевич родился на рубеже 1931 года во Львове, откуда с приходом советской власти его семья в числе многих была выслана на Дальний Восток. В 1954 году он окончил Хабаровский медицинский институт и возглавил психиатрическую больницу в Комсомольске-на-Амуре. В 1961 году поступил в аспирантуру Центрального института усовершенствования врачей, в 1964-м защитил кандидатскую диссертацию, а с 1966 года работал в Московском НИИ психиатрии ближайшим сотрудником Груни Ефимовны Сухаревой. С тех пор наряду с ней и В. В. Ковалевым, он буквально олицетворяет отечественную детскую психиатрию. Он внес весомый вклад практически во все разделы этой труднейшей области психиатрии, под его руководством защищено более 30 кандидатских диссертаций.

Для нас высоко знаменательно, что Орест Дмитриевич всей душой был солидарен со всеми устремлениями и деятельностью нашей ассоциации, оказывая этим своим участием немаловажную поддержку и привнося более светлый взгляд на будущее, вводил в курс реального положения вещей в своей области, делал всё, что было в его силах. Его рослая спортивная фигура контрастировала со скромной манерой держаться, а деликатность с непреклонной принципиаль-

ностью. Он замечательно разбирал больных, непринужденно вызывая доверие, мастерски обнаруживая скрытую патологию и решительно отрицая ее там, где ее нет. Так было на одном из самых ярких семинаров нашей ассоциации, посвященного клиническим разборам, на примере как раз того приверженца буддийской организации “Учение Истины — Аум”, на котором строилось судебное обвинение в причинении этой организацией “грубого вреда психическому здоровью”.

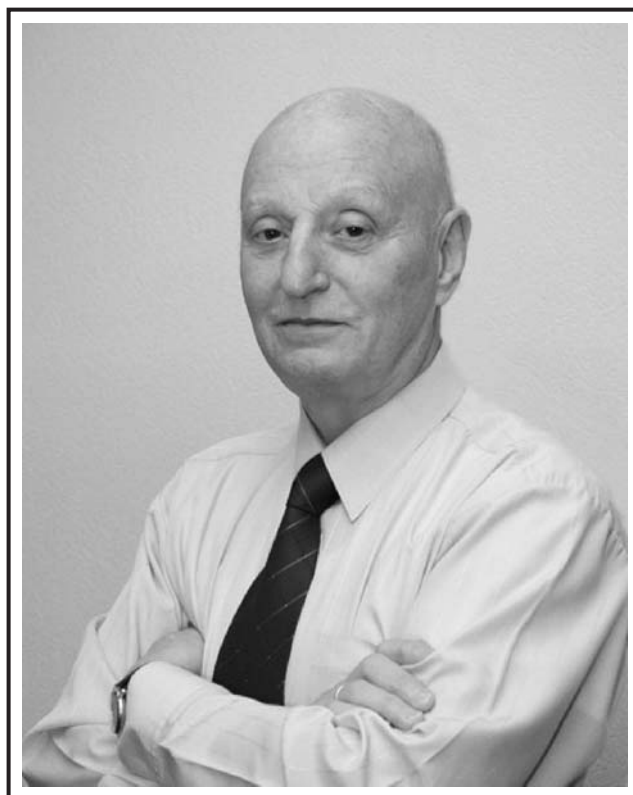
Вопреки драматическим обстоятельствам своего детства и тяжелой изнуряющей болезни, в последние годы жизни Орест Дмитриевич оставался на высоте положения. Обаятельный, доброжелательный, отзывчивый человек, точный и ясный ум, профессионал самого высокого класса, мастер чеканных формулировок экспромтом, человек с редким культурным горизонтом, он сумел на десятилетия сохранить после Г. Е. Сухаревой высочайший клинический и научный уровень нашей детской и подростковой психиатрии во всех ее разделах и направлениях.

Хотелось бы, чтобы многочисленные ученики Ореста Дмитриевича продолжили его дело на таком же высоком профессиональном, гражданском и человеческом уровне.

# Александр Юрьевич Магалиф

1938 – 2011  
27.02 12.07

## Памяти друга и соратника



Что остается после нас, когда даже близкие люди сочиняют скучные безличные некрологи, сухие реестры, что кончил, где служил, что сделал, не оживляя сопровождающий портрет, а наводя на него глянец? Александр Юрьевич, как мало кто, вырывается из этих рамок, — удивительно живой и светлый образ, ясный ум, добрый юмор и очень естественно и свободно-отважное сердце. Неумная любознательность, творческие поиски и чуткое чувство нового и безупречная порядочность. Общение с ним всегда было таким легким, просветляющим, доставляло истинное удовольствие.

Я знаю Александра Юрьевича с 1963 года, без малого 50 лет, знаю как открытого, доброжелательного, динамичного, разностороннего человека, живо откликавшегося на всё, — энтузиазм молодости никогда не покидал его. Знаю как талантливого научного исследователя, автора диссертации, названной Г. Я. Авруцким “менделеевской таблицей корректоров”,

знаю как врача-исследователя, вытаскивавшего труднокурабельных больных, как лектора, организатора, остроумного рассказчика и литератора.

Но прежде всего, по нашей совместной деятельности в НПА России, в руководство которой он входил. Роль ведущего ежемесячных открытых клинических разборов в старейшей в Москве Преображенской психиатрической больнице имени В. А. Гиляровского на протяжении 15 лет, позволила А. Ю. сполна реализоваться в его любимой стихии. Это были удивительно гармоничные, соразмерные во всем, трезвые диагностические решения, мастерски обоснованные на основе живого нестандартного общения с больными. Они доставляли глубокое удовлетворение самым опытным коллегам. Материалы этих разборов за первые 10 лет, в большинстве своем проведенные им лично, открывавшие каждый выпуск Независимого психиатрического журнала, составляли его главную особенность и читались всеми в первую очередь.



Тщательно рубрифицированные Александром Юрьевичем, они вышли отдельной книгой под редакцией проф. А. Г. Гофмана и сразу стали незаменимым руководством не только для начинающих психиатров. А. Ю. хорошо понимал значение НПА России и пытался донести это до молодых коллег. Он был участником многих образовательных семинаров ассоциации, на которых выступал с лекциями, разборами, неформальными беседами, активно участвовал в дискуссиях и в деятельности НПЖ, как член его редколлегии.

Александр Юрьевич успевал везде: гонял с молодости на мотоцикле, женился на очаровательной коллеге, а после окончания I ММИ в 1962 году устроился врачом в психиатрическую больницу имени П. Б. Ганнушкина. Прошел клиническую ординатуру в Московском НИИ психиатрии, но в институт его взяли только в 1969 году, когда выяснилось, что он не еврей. А. Ю. забавно рассказывал, как директор института проф. Д. Д. Федотов, глубоко чуждый господствовавшему тогда государственному антисемитизму, набросился на него: как это он раньше не раскрыл карты. В самом деле, фамилия Маг-Алиф была как из 1001 ночи. А. Ю. был из артистической семьи — мать Людмила Эрнестовна Гиттерман — балерина, хореограф, отец Юрий Михайлович Магалиф чтец-декламатор, автор известных сказок, поэт, художник. И сам А. Ю. был не чужд этих занятий.

В 1969 – 1974 г. он работал в отделе психофармакотерапии проф. Г. Я. Авруцкого. Здесь своим наставником А. Ю. всегда называл И. Я. Гуровича с его требованием начинать клинический анализ с квали-

фикации синдрома, и всегда ругал его за измену клинике...

В 1975 – 1984 г. А. Ю. руководил клинической группой в НИИ по биологическому испытанию химических соединений (директор акад. Л. А. Пирузян) в лаборатории Давида Черняховского, а затем Льва Латаша, проводя клиническую апробацию ряда популярных ныне препаратов.

С 1985 года вернулся в НИИ психиатрии старшим научным сотрудником отдела клинической наркологии проф. А. Г. Гофмана. Параллельно с научной работой в институте, работал в организованной им вместе с женой и сыном Алексеем частной клинике психологической адаптации амбулаторного типа, где разрабатывал реабилитационные программы для больных с различного рода зависимостями и пограничными состояниями. В 2003 году ему был вручен диплом почетного профессора Московского объединения психотерапевтов, в котором он активно участвовал.

Более 10 лет А. Ю. был экспертом СМИ по многим острым проблемам психиатрии. Даже будучи уже тяжело больным, он много сил отдавал работе с молодыми психиатрами, не оставляя научной работы, был полон новых замыслов, в частности о спонтанной психотерапевтической атмосфере и взаимопомощи среди тяжелых соматических больных.

Александр Юрьевич оставил поистине СВЕТЛУЮ память, хотя точнее было бы сказать светлую сферу в нашей одичавшей действительности.

*Ю. С. Савенко*

## РЕКОМЕНДАЦИИ

---

---

- Кьеркегор Серен*. Или — или. — СПб., 2011 (первый полный перевод).  
*Кьеркегор Серен*. Евангелие страданий. — М., 2011  
*Кассирер Эрнст*. Философия символических форм, в трех томах — М., 2011  
*Кравченко Адель А.* Логика гуманитарных наук Э. Кассирера. — М., 2010  
*Шах Идрис*. Путь Суфия. — М., 2011  
*Гренц С., Олсон Р.* Богословие и богословы XX века. — Черкассы, 2011  
*Чистяков Георгий*. Пятикнижие. Дорога к свободе. — М., 2011  
*Рэнд Айн*. Возвращение примитива. Антииндустриальная революция. — М., 2011

\* \* \*

- Платон как математик. — М., 2011  
*Грэхэм Лорен, Кантор Жан-Мишель*. Имена бесконечности (о религиозном мистицизме и математическом творчестве) — СПб., 2011  
*Гессен Машиа*. Совершенная строгость. Григорий Перельман: гений и задача тысячелетия (пер. с англ.) — М., 2011

\* \* \*

- Вежбицкая Анна*. Семантические универсалии и базисные концепты. — М., 2011  
*Мозжейко З. Я.* Экология традиционной народно-музыкальной культуры. — Минск, 2011  
*Резник Семен*. Запятнанный Даль. — СПб., 2010  
*Осовцов А. А., Яковенко И. А.* Еврейский народ в России: кто, как, и зачем к нему принадлежит. — М., 2011

\* \* \*

- Туманова А. С., Киселев Р. В.* Права человека в правовой мысли и законотворчестве Российской империи второй половины XIX — начала XX века. — М., 2011  
*Фейгенберг И. М.* Человек достроенный и этика. — М., 2011  
Шаламовский сборник. Вып. 4. — М., 2011  
*Градовский Залман*. В сердцеvine ада. Записки, найденные в пепле возле печей Освенцима. — М., 2011  
*Медведев Рой*. К суду истории. О Сталине и сталинизме. — М., 2011 (включая очерк “Был ли Сталин душевнобольным?”)  
*Эванс Ричард*. Третий Рейх. 3-ий том. — Екатеринбург, 2011  
Мемуары “власовцев”. — М., 2011  
*Пионтковский Андрей*. Третий путь к рабству. — 2011

\* \* \*

- Сараскина Людмила*. Ф. М. Достоевский. — М., 2011  
*Волков Соломон*. История культуры Санкт-Петербурга с основания до наших дней. — М., 2011  
*Джонсон Д. Б.* Миры и антимирy Владимира Набокова. — СПб., 2011  
*Барабтайло Г.* Сочинения Набокова. — СПб., 2011  
*Чуковский Корней*. Дневник 1901 – 1969, в трех томах. — М., 2011

# ABSTRACTS

---

---

## **The Importance of Neuropathic Constitution in the Formation of Hypochondriasis in Children and Adolescents.**

*E. V. Koren, A. M. Marchenko*

In article based on comparative age-related approach concerning forming of specific features of hypochondriasis in children and adolescents revealed that neuropathy as psychiatric syndrome distinguishing for child psychiatry plays important role as an obligatory sign of high vulnerability to the formation of such disorder and also has its own pathogenetic significance that makes it possible to establish constitutionally-neuropathic types of hypochondriacal conditions observed in children.

Also age-related peculiarities of the formation of valuable types of hypochondriacal conditions indicating the precipitating role of neuropathic constitution were highlighted, as well as the impact of modified neuropathic responsiveness to hypochondriacal presentation of the plot of some types of hypochondriac syndrome, with neuropathy playing a significant pathoplastic role as a factor of the internal conditions of formation of hypochondriasis in children and adolescents. Pathoplastic relationship of neuropathy to age-related presentation of hypochondriac syndrome and its pathogenetic significance in cases of unfavourable dynamics of hypochondriacal conditions with a tendency to development of hypochondriacal personality traits are marked.

**Keywords:** hypochondriasis, neuropathic constitution, children and adolescents, age-related approach.

## **Alcoholic Hallucinosis (Literature Review)**

*T. I. Nemkova, A. G. Hofman*

Literature review of the main national and foreign researches of alcoholic hallucinosis from 1847 to 2009 has been presented and analyzed.

**Keywords:** alcoholic hallucinosis.

## **Pathological Gambling Addiction. Phenomenology of Involving. Part 1**

*D. A. Avtonomov*

The author presents results of research of motives, motivation and behaviour at 103 patients, suffering by

pathological gambling (F63.0), who addressed independently primarily to the out-patient Center for treatment and preventive maintenance of game addiction at Moscow narcological dispensary # 12 during from 03.04.2007 for 09.10.2009. The game anamnesis, initial motives and circumstances of familiarizing with participation in gambling, features of manifestation, escalation and progress of a pathological involvement is studied.

**Keywords:** pathological gambling, motives, motivation, circumstances of familiarizing.

## **The Short-term Version of the Creative Self-Expression Psychotherapy by Burno in Palliative Oncology**

*T. V. Orlova*

The article describes the variant of the clinical psychotherapy method: the creative self-expression psychotherapy by Burno, developed for terminally ill oncology patients, included in the field of spiritual culture.

**Keywords:** creative self-expression therapy by Burno, therapy by spiritual culture, psychotherapy in palliative oncology.

## **Some Aspects of the Literary Work of the Poet I. Brodsky (the Reflection of the Psychiatrist-Psychotherapist)**

*B. A. Voskresensky*

Category of experience is one of the most important in psychiatry, psychotherapy, art. The author makes an attempt based on the works of the poet I. Brodsky to show how the singularity of mental organization in interaction with original language and literary talent leads to the appearance of products with universal and enduring existential sounding.

**Keywords:** experience, genius, mind, personality, disease, suffering, faith.